

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Burnout in der Pflege –
Kollegiale Beratung und klinische Supervision als
Präventionsmöglichkeit**

Qualifikationsarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts der Pflege

Tag der Abgabe: 26.05.2017

Vorgelegt von: Linda Telzerow

Matrikelnummer:



Betreuende Prüfende: Dr. Kirsten Kopke

Zweite Prüfende: Veronika Blachowski

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Das Burnout-Syndrom und die Besonderheiten in der Pflege.....	3
2.1	Das Burnout-Syndrom	3
2.2	Die Besonderheiten von Burnout in der Pflege	5
3.	Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Pflege.....	6
4.	Rahmenbedingungen und Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention.....	8
5.	Begriffsklärung kollegiale Beratung und klinische Supervision.....	13
5.1	Kollegiale Beratung	13
5.2	Klinische Supervision	15
5.3	Differenzierung und Parallelen von Kollegialer Beratung und Klinischer Supervision	17
6.	Die systematische Literaturrecherche.....	18
6.1	Methodik der Recherche	18
6.2	Ergebnisse der Studien mit hohem Evidenzgrad	21
6.2.1	Systematische Literaturrecherchen.....	21
6.2.2	Randomisiert kontrollierte Studien.....	24
6.3	Ergebnisse weiterer Studien.....	24
6.3.1	Einfluss klinischer Supervision und kollegialer Beratung auf Symptome des Burnouts	24
6.3.2	Einfluss auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte und ihre Arbeitsumgebung	26
6.3.3	Einfluss auf die Kommunikation, soziale Interaktion und Support.....	27
6.3.4	Einfluss auf die klinische Praxis und die Patientenbeziehung	29
6.3.5	Die Bedeutung der erworbenen reflexiven Praxis.....	30
6.3.6	Faktoren, die die Wirksamkeit von CS und Kollegialer Beratung beeinflussen	30
6.3.7	Die Grenzen der Interventionen	33
7.	Diskussion	34
7.1	Zusammenfassung und Einordnung der Studienergebnisse	34
7.2	Grenzen der Forschungsarbeit	35
7.3	Bewertung der Qualität der Studien.....	36
7.4	Beantwortung der Forschungsfrage, Ausblick und Handlungsempfehlungen.....	39
8.	Fazit	41
9.	Literaturverzeichnis	43
10.	Anhang	48

1. Einleitung

Die Profession Pflege ist ein ausgesprochen komplexes Berufsfeld (Koivu *et al.* 2012b). Es wird allgemein angenommen, dass Personen, die im Sozial- und Gesundheitswesen tätig sind, besonders von dem Risiko an Burnout zu erkranken, betroffen sind (Technische Universität Dresden 2016). Hierbei liegen die Ursachen des „Ausbrennens“ grundsätzlich „in Persönlichkeitsfaktoren der Pflegepersonen wie auch in den Umgebungsbedingungen ihrer Arbeit begründet“ (Schewior-Popp *et al.* 2012). Denn einerseits umfasst die Arbeit von Pflegekräften nicht nur die rein medizinische Betreuung einer kranken Person, sondern auch die Konfrontation mit dessen Leben und Persönlichkeit, individuellen Schicksalen und Bedürfnissen (Schewior-Popp *et al.* 2012). Andererseits haben Pflegenden in ihrer Arbeit mit multiplen Stressoren und einem hohen Arbeitsaufkommen zu tun (Bundesministerium für Gesundheit 2016a, Statistisches Bundesamt 2012, Koivu *et al.* 2012b, Schewior-Popp *et al.* 2012). Hierzu trägt u.a. der demographische Wandel bei, da viele langzeitkranke und multimorbide Patient*innen eine komplexe Versorgung benötigen, wobei die Krankenhausverweildauer seit dem Jahr 1991 um fast 50% gesunken ist (Bundesministerium für Gesundheit 2016a, Statistisches Bundesamt 2012). Der Mangel an Pflegenden und die hohen Personalfluktuationsraten im Gesundheitssystem erschweren es den Pflegenden zusätzlich, dem Anspruch ihrer Profession, qualitativ hochwertige Pflege zu leisten, gerecht zu werden (Schewior-Popp *et al.* 2012, Bégat und Severinsson 2006, Ye und Wang 2007, Koivu *et al.* 2012b, Wallbank und Hatton 2011, Bundesministerium für Gesundheit 2016a). Dies gilt ebenso für die vielfältigen Dokumentationspflichten und die Erweiterung der ambulanten Angebote, die zwar viel Arbeitszeit beanspruchen, aber in der Krankenhausstatistik zur Arbeitsbelastung von Pflegenden nicht anerkannt werden (Statistisches Bundesamt 2012). Insgesamt können diese komplexen Arbeitsbedingungen nicht nur in einer weitreichenden Unzufriedenheit von Seiten der Pflegenden münden, sondern auch die Zusammenarbeit im Team und somit das Arbeitsklima in negativer Weise beeinflussen (Schewior-Popp *et al.* 2012, Bégat *et al.* 2005).

Letztendlich werden die Fähigkeiten der Pflegenden, kompetente und mitfühlende Pflege zu bieten, durch all die genannten Einflussfaktoren deutlich kompromittiert und die Entstehung von Burnout bei Pflegenden gefördert (Bégat *et al.* 2005, Bégat und Severinsson 2006). Verdeutlicht wird dies auch durch die laut Bégat *et al.* (2005) vielfach in der Literatur belegte Tatsache, dass die Inzidenz von stressbedingtem Burnout in dieser Profession sehr hoch ist. Es gestaltet sich jedoch aufgrund einer fehlenden, einheitlich festgelegten Definition des Burnout-Syndroms, sowie fehlenden einheitlichen Diagnosekriterien als sehr problematisch, genaue Zahlen für die Prävalenz der Erkrankung in diesem Berufsfeld anzugeben (Technischen Universität Dresden 2016). Es wird aber insgesamt deutlich, dass Pflegenden täglich vor der enormen Herausforderung stehen, sich häufig verändernden

Arbeitsumgebungen zu stellen, um dem Anspruch einer hohen Flexibilität gerecht werden zu können (Koivu *et al.* 2012b).

Unter den beschriebenen Gesichtspunkten ist es von großer Bedeutung, präventive Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung von Burnout am Arbeitsplatz durchzuführen (Koivu *et al.* 2012b, O'Connell *et al.* 2011). Mittlerweile zeigen hieran verschiedenste Organisationen ein Interesse und die betriebliche Gesundheitsförderung rückt zunehmend in den Vordergrund (Bundesministerium für Gesundheit 2016c, Koivu *et al.* 2012b, O'Connell *et al.* 2011). Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2016b) (im Folgenden BmG) ist sie ein wesentlicher Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements und bezieht Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Sozialbeziehung, individuelle Anpassungen und das unterstützende Umfeld ein, um die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern. Es gibt zudem diverse gesetzliche Grundlagen, die die Pflichten und Möglichkeiten von Arbeitgeber*innen, Krankenkassen etc. zur Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz regeln (Bundesverband mittelständische Wirtschaft 2017). Ebenso wurden Leitlinien verfasst, die die Qualitätskriterien von diesbezüglichen Interventionen klären und Möglichkeiten zur Umsetzung darlegen (Bundesverband mittelständische Wirtschaft 2017). In dieser Arbeit soll die kollegiale Beratung bzw. klinische Supervision auf ihre Wirksamkeit als eine Maßnahme zur Prävention von Burnout im Vordergrund stehen. Laut der deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (2012a) (im Folgenden DGSv) ist die klinische Supervision „ein wissenschaftliches fundiertes, praxisorientiertes und ethisch gebundenes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratung in der Arbeitswelt“. Thematisiert werden hier in Einzel-, Gruppen- oder Organisationssupervisionen Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag, um die Kommunikation am Arbeitsplatz zu verbessern und die Zusammenarbeit im Team zu fördern. Ebenso soll die Wahrnehmungsfähigkeit der Pflegekräfte sensibilisiert, sowie Handlungsmöglichkeiten erörtert werden, um ihre Arbeit besser und effektiver gestalten zu können. (DGSv 2012a) Diese Grundlagen gelten auch für die kollegiale Beratung (Tietze 2010, Tietze 2013).

Das genaue Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist es, herauszufinden, ob und in welchem Umfang diese Interventionen dazu beitragen können, der Entstehung vom Burnout-Syndrom bei Pflegekräften entgegen zu wirken bzw. spezifische Symptome des Burnouts zu vermindern. Die Fragestellung zur Bearbeitung dieses Themas lautet: „Haben die Interventionen kollegiale Beratung und klinische Supervision einen präventiven Einfluss auf das Burnout-Syndrom und die damit einhergehenden Symptome bei Pflegekräften?“ Im Rahmen der Bearbeitung dieser Frage wird zunächst wichtiges Hintergrundwissen definiert und näher erläutert. Dabei wird auf die Entstehung des Burnout-Syndroms, die

Notwendigkeit von Präventionsmöglichkeiten, rechtliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Struktur der kollegialen Beratung und klinischen Supervision eingegangen. Anschließend wird die Methodik zur systematischen Suche der geeigneten Literatur beschrieben, woraufhin die Ergebnisse der einzelnen Studien betrachtet, untereinander verglichen und in Zusammenhang gebracht werden. Darauf folgt im Rahmen der Diskussion eine Zusammenfassung und Einordnung der Literatur. Im Anschluss werden sowohl die eigene Studie als auch die verwendete Literatur in Hinblick auf ihre Qualität und Aussagekraft kritisch bewertet. Abschließend wird überprüft, ob die Forschungsfrage beantwortet werden konnte. Zudem werden ein Ausblick und Handlungsempfehlungen gegeben. Als letzter Punkt wird ein Fazit sowohl über die Erarbeitung, als auch über das Ergebnis der eigenen Arbeit gezogen.

2. Das Burnout-Syndrom und die Besonderheiten in der Pflege

In diesem Kapitel wird das Burnout-Syndrom näher erläutert. Der Stand der Forschung zu dieser Erkrankung und das Fehlen einer eindeutigen Definition erschweren allerdings eine genaue Darstellung der Problematik. Trotz dessen werden im Folgenden die wichtigsten Merkmale von Burnout zusammengefasst und der Einfluss von Stress auf dessen Entstehung verdeutlicht. In Hinblick auf die Ausrichtung der Arbeit auf die Profession Pflege werden die speziellen Rahmenbedingungen der Pflege und dessen weitreichende Einflüsse auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte näher betrachtet.

2.1 Das Burnout-Syndrom

Der amerikanische Psychologe Herbert Freudenberger prägte den Begriff „Burnout“ in den 1970er Jahren, indem er versuchte, die Konsequenzen von schwerwiegendem Stress und hohen Idealen bei Pflegekräften zu beschreiben (*Institute for Quality and Efficiency in Health Care* 2017, Moosler *et al.* 2009). Heutzutage wird dieser Begriff laut dem *Institute for Quality and Efficiency in Health Care* (2017) (im Folgenden IQWiG) nicht mehr allein in Bezug auf Pflegenden in ihrer „selbstaufopfernden“ Rolle genutzt. Es kann jeder Mensch von den entsprechenden Symptomen betroffen sein. Allerdings gibt es keine klare Definition darüber, was genau Burnout wirklich ist und wie es sicher diagnostiziert werden kann, was eine Aussage über die Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung deutlich erschwert (IQWiG 2017, Moosler *et al.* 2009, Technische Universität Dresden 2016). Dies belegt auch die Problematik, die Moosler *et al.* (2009) aufgreifen:

„Burnout ist bisher weder in der *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10) (deutsche Fassung) noch in der jüngsten verfügbaren Ausgabe der amerikanischen Fassung des *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (DSM-IV) beschrieben“ (Moosler *et al.* 2009: 88).

Durch die bisher fehlende Berücksichtigung des Burnouts in diesen weltweit anerkannten Dokumenten zur Klassifizierung von Psychischen Erkrankungen wird deutlich, dass Burnout bisher nicht genug erforscht wurde, um grundlegende spezifische Charaktereigenschaften und Diagnosemöglichkeiten zu identifizieren. Um trotzdem einen Weg zu finden, Burnout näher zu beschreiben, ist es wichtig, zunächst das Phänomen „Stress“ in Abhängigkeit vom Arbeitsplatz genauer zu betrachten. Hierzu wird im Folgenden zusammengefasst, wie die *World Health Organization* (2017) (im Folgenden WHO) diese Thematik definiert. So kann arbeitsbedingter Stress eine Antwort auf Arbeitsansprüche und Belastungen sein, denen ein Mensch auf Basis seines/ihrer Wissens nicht gewachsen ist. Dies stellt eine hohe und mitunter nicht zu bewältigende Anforderung an die eigenen Bewältigungsstrategien dar. Häufige Einflussfaktoren auf die Entstehung von Stress sind u.a. ein geringer Support durch die Kolleg*innen sowie der geringe Einfluss auf Arbeitsprozesse von Seiten der Arbeitnehmer*innen. Weitere Gründe für arbeitsbedingten Stress sieht die WHO (2017) in schlechter Arbeitsorganisation, unzureichender Arbeitsgestaltung, schlechtem Management, nicht zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen und fehlender Unterstützung durch Kolleg*innen. Das IQWiG (2017) erläutert hier im gleichen Sinne, dass eine permanente Überarbeitung oder auch Unterforderung, Zeitdruck und Konflikte mit Kolleg*innen, einen Einfluss auf die Entstehung von Stress haben. Die möglichen Auswirkungen dieser Belastungsfaktoren beschreiben die Autor*innen folgendermaßen:

“A stressful lifestyle can put people under extreme pressure, to the point that they feel exhausted, empty, burned out, and unable to cope. Stress at work can also cause physical and mental symptoms” (IQWiG 2017).

Viele der dargelegten Einflussfaktoren, die zur Entstehung von arbeitsbedingtem Stress führen, sind ebenso Ursachen für das Auftreten von Burnout (IQWiG 2017). In Anlehnung an das IQWiG (2007) und Schewior-Popp *et al.* (2012) gibt es drei Kernsymptome der Erkrankung: die (emotionale) Erschöpfung, die Entfremdung von arbeitsbedingten Tätigkeiten und eine reduzierte Leistungsfähigkeit. Die Erschöpfung äußert sich darin, dass sich Betroffene emotional ausgelaugt, traurig und niedergestimmt fühlen und nicht in der Lage sind, Dinge zu bewältigen. Eine Entfremdung von arbeitsbedingten Tätigkeiten wird deutlich, wenn Menschen ihre Arbeit als stressig und frustrierend ansehen und deshalb einerseits zynisch gegenüber ihrem Umfeld werden und sich andererseits fortlaufend von ihrer Arbeit distanzieren. Als Folge dieser beschriebenen Symptome sind die Betroffenen weniger belastbar und weisen eine Leistungsverminderung auf, die sich auch im täglichen Leben äußern kann (IQWiG 2017, Schewior-Popp *et al.* 2012).

„People with burnout are very negative about their tasks, find it hard to concentrate, are listless and lack creativity” (IQWiG 2017).

Laut Schewior-Popp *et al.* (2012) kann die Entwicklung von Burnout-Symptomen ein langwieriger Prozess sein oder innerhalb weniger Monate geschehen. Die Erkrankung genau zu diagnostizieren ist zudem problematisch, da die vielfältigen Symptome auch im Rahmen anderer Erkrankungen wie den Depressionen oder Angststörungen auftreten können (IQWiG 2017). Wichtig ist hierbei jedoch zu beachten, dass das Burnout hauptsächlich aufgrund arbeitsbedingter Probleme entsteht, wobei Symptome der Depressionen aus jeglichem Kontext hervorgehen können (IQWiG 2017). Um eine Selbstbewertung bzgl. des Vorhandenseins eines Burnouts vorzunehmen, gibt es diverse Fragebögen. Diese stellen jedoch keine validierten Instrumente dar, die Auskunft darüber geben können, ob ein Burnout vorliegt oder nicht (IQWiG 2017). Das „Maslach Burnout Inventory“ nach Maslach (1981) ist laut Angaben des IQWiG (2017) das bisher am meisten verwendete Instrument, um Symptome des Burnouts zu erfassen. Allerdings wird dies hauptsächlich in der Forschung und nicht von Ärzt*innen genutzt. Eine genaue und umfassende Betrachtung der Lebensumstände, Persönlichkeitsfaktoren und Symptome ist bei einer ärztlichen Untersuchung also zwingend notwendig, um Differentialdiagnosen ausschließen zu können und nicht in Gefahr zu laufen, den/die Betroffene*n falsch zu behandeln (IQWiG 2017).

2.2 Die Besonderheiten von Burnout in der Pflege

Trotz der bisher wenigen wissenschaftlichen Belege wird allgemein angenommen, dass Personen, die im Sozial- und Gesundheitswesen tätig sind, besonders vom Risiko an Burnout zu erkranken betroffen sind (Technische Universität Dresden 2016, Günüßen *et al.* 2010). Auch Burisch (2006) beschreibt Burnout als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und persönlicher Leistungseinbußen, das meist bei Individuen auftritt, die hauptsächlich mit Menschen arbeiten. Etwas ausführlicher formulieren dies Schewior-Popp *et al.* (2012):

„Die Pflegekräfte stehen unter einer Dauerbelastung (Stress), die bei einer unzureichenden Aufarbeitung und Eigenreflexion (Psychohygiene) zu schweren Krankheiten, psychischen Störungen und letztlich zum Auftreten des *Burnout-Syndroms* beitragen kann“ (Schewior-Popp *et al.* 2012: 169).

So wird die Ursache des Burnouts einerseits in den Persönlichkeitsfaktoren der Pflegenden, vor allem aber auch in deren Arbeitsbedingungen gesehen (Schewior-Popp *et al.* 2012, Moosler *et al.* 2009). Bégat *et al.* (2005) und Koivu *et al.* (2012b) beschreiben, dass es die Realität von Pflegenden ist, dass sie in einer Organisation arbeiten, die ständigen Veränderungen und strukturellen Umbrüchen unterliegt. Nach Bégat und Severinsson (2006) besteht heutzutage zudem ein Konflikt zwischen den zentralen Werten der Pflegekräfte und denen der Organisation. Diese problematischen Rahmenbedingungen können die Arbeitszufriedenheit in negativer und stressvoller Weise beeinflussen (Bégat *et*

al. 2005). Um trotzdem in der Lage zu sein, die Herausforderungen der Arbeit in einer Gesundheitseinrichtung annehmen zu können, müssen sich Pflegende klar darüber sein, warum sie denken und handeln wie sie es tun und sie müssen sich selbst als fähig wahrnehmen (Bégat *et al.* 2005). Eine gesunde Arbeitsumgebung ist hier essentiell für die Qualität der Pflege, da die Pflegekräfte sonst nicht ihr volles Potential in Hinblick auf die Gestaltung ihrer Aufgaben entfalten können (IQWiG 2017). Letztendlich besteht ein wachsendes Interesse am Wohlbefinden von Pflegenden und am Nutzen von Strategien, um dieses zu fördern und somit die Mitarbeiter*innen zu halten (O'Connell *et al.* 2011).

3. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Pflege

Wie vorangehend deutlich wurde, unterliegen Pflegende also einer hohen Anzahl beruflicher Belastungen. Deshalb ist es besonders wichtig, dahingehende Faktoren und Einflüsse zu identifizieren und diesen in präventiv gesundheitsfördernder Weise zu begegnen (Schewior-Popp *et al.* 2012, Kocks *et al.* 2012). Für die einzelnen Pflegekräfte bedeutet dies, dass ihre Widerstandsressourcen zur Bewältigung dieser Anforderungen entwickelt und gefördert werden müssen (Schewior-Popp *et al.* 2012, Kocks *et al.* 2012). Nach dem amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky, der Anfang der 1970er Jahre den Begriff „Salutogenese“, eine Theorie von Gesundheit und Krankheit, prägte, bezeichnen benannte Widerstandsressourcen die Merkmale und Eigenschaften (Ressourcen), die ein Mensch oder eine Menschengruppe hat, um sich Belastungen zu stellen (Antonovsky 1997). Diese Komponente der „Handhabbarkeit“ ist ein elementarer Baustein des „Sense of coherence“, das Antonovsky (1997) im Rahmen des Modells der Salutogenese beschrieb. Neben der „Handhabbarkeit“ setzt sich das Kohärenzgefühl noch aus den zwei weiteren Komponenten „Verstehbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ zusammen. Die „Verstehbarkeit“ bezieht sich laut Antonovsky (1997)

„auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky 1997: 34).

Die „Bedeutsamkeit“ beschreibt die Bereiche, die eine Person als wichtig genug ansieht, um emotional in sie zu investieren und sich zu engagieren (Antonivsky 1997). Die Ausprägung der beschriebenen drei Komponenten und damit des Kohärenzgefühls ist wichtig dafür, wie ein Mensch mit seiner Umgebung umgehen und auf diese reagieren kann (Antonovsky 1997). Im Sinne des Gesundheits- und Krankheitskontinuums (Gesundheit und Krankheit bedingen sich gegenseitig) kann ein gut ausgebildetes Kohärenzgefühl dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten (Antonovsky 1997, Schewior-Popp *et al.* 2012).

Derzeit bildet das Modell der Salutogenese die Grundlage für das Verständnis von Gesundheitsförderung. Das Besondere an diesem Modell ist die „eindeutige Ausrichtung der wissenschaftlichen und praktischen Aufmerksamkeit auf die Gesundheit und ihre Ressourcen“ (Schewior-Popp *et al.* 2012: 169). An diesem Punkt setzt auch die Gesundheitsförderung an, die in Form von verschiedenen Interventionen das Ziel verfolgt, einen kollektiven oder individuellen Gesundheitsgewinn zu erreichen (Schewior-Popp *et al.* 2012). In der Ottawa-Charta von 1986 wurde die Gesundheitsförderung wie folgt definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO 1986).

Die Krankheitsprävention hingegen verfolgt das Ziel, das Auftreten und die Ausbreitung negativer Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zu verringern oder zu vermeiden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2015, Schewior-Popp *et al.* 2012). Dies gilt insbesondere für Risikogruppen „mit erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2015, Schewior-Popp *et al.* 2012). Das Wirkungsprinzip beschreibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) so, dass Krankheitsursachen durch die Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheitsrisiken ausgeschaltet werden oder das Fortschreiten bereits bestehender Erkrankungen durch die Prävention vermieden wird. Damit stellt sie die ergänzende strategische Ausrichtung zur Gesundheitsförderung dar (Schewior-Popp *et al.* 2012).

Fasst man die vorangehend genannten Grundlagen der Salutogenese, der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention zusammen, so wird deutlich, dass persönliche, soziale und organisatorische Ressourcen dazu beitragen können, die vielfältigen Herausforderungen des Pflegeberufs zu bewältigen. Hierfür bedarf es effektiver Interventionen, die im Rahmen der Arbeit angeboten werden, um den Prozess im entsprechenden Wirkungsraum zu fördern und somit die Gesundheit der Pflegekräfte aufrecht zu erhalten und Krankheit entgegen zu wirken (Schewior-Popp *et al.* 2012).

4. Rahmenbedingungen und Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention

Dass die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts aufgrund diverser Bedingungen, wie der Globalisierung, der Verbreitung neuer Informationstechnologien, der längeren Lebensarbeitszeit als Folge des demografischen Wandels, der wachsenden Bedeutung des Dienstleistungssektors, der Zunahme chronischer Erkrankungen etc. einem stetigen Wandel ausgesetzt ist, wurde in den vorangehenden Ausführungen bereits verdeutlicht (BKK Dachverband 2014, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017b, BmG 2016a). Mittlerweile wird diese nicht zu unterschätzende Problematik als gesundheitliche Herausforderung für Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen weiträumig anerkannt. (BKK Dachverband 2014, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017b, BmG 2016a). So hat die betriebliche Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren in vielerlei Hinsicht zunehmendes Interesse gefunden, „da sie ein geeignetes Mittel ist, auf die gesundheitlichen Beanspruchungen der Beschäftigten und veränderten Belastungen [...] zu reagieren“ (BmG 2016b). Unter der Bezeichnung „betriebliche Gesundheitsförderung“ werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die sowohl auf das Verhalten von Menschen (Verhaltensprävention) ausgerichtet sind, als auch solche, die Arbeitsbedingungen analysieren (Verhältnisprävention) (BmG 2016c). Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements und umfasst die Bereiche von Gesundheits- und Arbeitsschutz, Personal- und Organisationspolitik sowie betrieblichem Eingliederungsmanagement, wobei sie alle in Betrieben durchgeführten Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen einschließt (BmG 2016b). Die hohe Relevanz der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt auch die Verabschiedung der Luxemburger Deklaration 1997, einem europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung in der europäischen Union (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017c). Dieses Netzwerk besteht aus allen 27 Mitgliedsstaaten der EU und der Schweiz und hat es sich zur Aufgabe gemacht, „Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Beschäftigte und die Gesellschaft dabei zu unterstützen, Wohlbefinden und Gesundheit am Arbeitsplatz zu sichern und zu fördern“ (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017c). Die Basis hierfür sind Leitlinien, Zieldefinitionen und Qualitätskriterien „die Anregungen geben und so zur Entwicklung einer umfassenden und nachhaltig wirksamen Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz beitragen sollen“ (BKK Dachverband 2014, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017a).

Über die Umsetzung zum Erreichen dieses Ziels legt die Luxemburger Deklaration folgendes zugrunde:

„Betriebliche Gesundheitsförderung beruht auf einer fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Beteiligten ihren Teil dazu beitragen“ (BKK Dachverband 2014).

Aufgrund der steigenden Kosten für Arbeitsausfälle etc. haben Krankenkassen ebenfalls ein steigendes Interesse an der Gesundheitsförderung entwickelt (Bundesverband Mittelständische Wirtschaft 2017, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Derzeit beruht die betriebliche Gesundheitsförderung zwar noch auf einer allgemeinen und auf Freiwilligkeit beruhenden Rechtsgrundlage, doch wird den Krankenkassen im Rahmen des §20 des Sozialgesetzbuches V (im Folgenden SGB) ein Engagement in diesem Bereich ermöglicht (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Eine weitere Handlungsgrundlage für die Arbeit der Krankenkassen und Arbeitgeber*innen ist der „Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a, GKV Spitzenverband 2014a). Hier werden die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Merkmale für die Leistungen der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkasse auf Bundesebene für diesen Bereich festgelegt (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a, GKV Spitzenverband 2014a). Die Ottawa-Charta der WHO gilt ebenfalls als eine Basisgesundheitsverordnung (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Sie beinhaltet „konkrete Handlungsstrategien zur Gesundheitsbildung, -beratung, -selbsthilfe und zur Prävention, die insbesondere als Leitfaden für die politische Umsetzung dienen sollen“ (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a, WHO 1986).

Im Folgenden werden einige ausgewählte Gesetze dargelegt, die den rechtlichen Regelungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention zugrunde liegen. §20 Abs. 1 SGB V beschreibt, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“ (§20 Abs. 1 SGB V) vorsehen müssen. Die Kriterien und Handlungsfelder, die die Krankenkassen hier zugrunde legen sollen, sind in §20 Abs. 2 SGB V wie folgt definiert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele“ (§20 Abs. 2 SGB V).

Des Weiteren soll insbesondere der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen durch Leistungen der Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung gefördert werden (§20b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale soll unter Beteiligung der Versicherten, der Verantwortlichen für den Betrieb, der Betriebsärzt*innen und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit erhoben werden (§20b Abs. 1 Satz 2 SGB V). Auf dieser Basis sollen dann entsprechende Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung von Ressourcen erfolgen (§20b Abs. 1 Satz 2 SGB V). In §20b Abs. 2 SGB V wird dargelegt, dass die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dem bereits beschriebenen §20b Abs. 1 SGB V „mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ zusammenarbeiten sollen. Zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird folgendes geregelt:

„Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben“ (§20c Abs. 1 SGB V).

In §20c Abs. 1 Satz 3 wird zudem bestimmt, dass sich die Krankenkassen in der Verpflichtung befinden, den zuständigen Stellen für Arbeitsschutz und dem Unfallversicherungsträger sofort mitzuteilen, wenn die Annahme besteht, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder Berufskrankheit vorliegt. In diesem Falle greifen auch die Gesetze des SGB VII zur gesetzlichen Unfallversicherung. Diese hat die Aufgabe, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und

Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ (§1 Abs. 1 SGB VII), oder die Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Falle bereits eingetretener Unfälle oder Berufskrankheiten mit allen Mittel wiederherzustellen (§1 Abs. 2 SGB VII). Nach dem Gesetz gilt dies sowohl für Beschäftigte (§2 Abs. 1 SGB VII) als auch für „Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen“ (§2 Abs. 2 SGB VII).

Ein weiterer wichtiger Paragraph des SGB V ist zudem noch der §20d zur Nationalen Präventionsstrategie.

„Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz [...]“ (§20d Abs. 1 SGB V).

In der Bundesrahmenempfehlung nach §20d Abs. 3 SGB V, die in Kooperation des GKV Spitzenverbandes mit dem Spitzenverband der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, sowie mit der Deutschen Rentenversicherung Bund entstanden ist, wurde dies umgesetzt (GKV Spitzenverband *et al.* 2016). Es wird genau definiert, welche Aufgaben in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegeversicherung, die gesetzlichen Unfallversicherungsträger und die gesetzlichen Rentenversicherungsträger auf Grundlage der Gesetze zu erbringen haben (GKV Spitzenverband *et al.* 2016). Als Basis hierfür wurde folgendes festgelegt:

„Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz wirken in gemeinsamer Verantwortung darauf hin, die Lebenswelten, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag haben, so zu gestalten, dass Gesundheit gefördert und gesundheitliche Risiken vermindert werden“ (GKV Spitzenverband *et al.* 2016).

Die hier erwähnten Lebenswelten werden wie folgt definiert:

„Lebenswelten [...] sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§20a Abs. 1 Satz 1 SGB V, GKV Spitzenverband *et al.* 2016).

Die vorangehend erwähnten gesundheitsfördernden Leistungen in den Lebenswelten müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, die ebenfalls in der Bundesrahmenempfehlung nach §20d Abs. 3 genau für die einzelnen Träger festgelegt sind und denen Leitlinien und Konzepte zugeordnet sind, nach denen die Leistungen ausgerichtet werden sollen.

„Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden“ (GKV Spitzenverband *et al.* 2016).

Auch das Arbeitsschutzgesetz befasst sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung und der Prävention. Dieses thematisiert die „Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“ (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a) und regelt die Pflichten der Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Der Grundsatz, dass alle Arbeitgeber*innen verpflichtet sind, eine Gefährdungsbeurteilung ihrer Mitarbeiter*innen vorzunehmen, was vorher für körperliche Gefährdungen galt, wurde 2014 explizit auf psychische Belastungen erweitert (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Auch das Arbeitssicherheitsgesetz besagt, „dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dafür sorgen müssen, dass Fachkräfte bestellt werden, die wiederum den Arbeitsschutz unterstützen und für die Unfallverhütung sorgen“ (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Damit sind die Arbeitgeber*innen in der Pflicht sicherzustellen, dass ausreichend geschultes Personal zur Umsetzung der Arbeitssicherheit und des Arbeitsschutzes zur Verfügung steht. Zudem gibt es noch das betriebliche Eingliederungsmanagement welches nach §84 Abs. 2 SGB IX geregelt ist.

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung [...] mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“ (§84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Auch dieses Gesetz ist im Sinne der Gesundheitsförderung und (Sekundär-) Prävention ausgerichtet und dient dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, wobei die Teilnahme an der Wiedereingliederung für die Betroffenen grundsätzlich freiwillig ist (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Als letzten wichtigen Punkt der hier

Betrachtung findet, wird noch die Einkommenssteuergesetzgebung nach §3 Nr. 34 EStG beschrieben, um auch die Möglichkeiten der Arbeitgeber*innen einmal hervorzuheben. Es handelt sich hier um Leistungen, die von den Arbeitgeber*innen nicht versteuert werden müssen und damit dem/der Arbeitnehmer*in zugutekommen sollen. Steuerfrei sind demnach:

„Erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen“ (§3 Nr. 34 EStG).

Die zuständigen Finanzämter haben sich dabei nach den Qualitätskriterien der Krankenkassen (Leitfaden Prävention) zu richten (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2017a). Es wird also deutlich, dass auch Arbeitgeber*innen finanzielle Unterstützung in der betrieblichen Gesundheitsförderung finden. Der Leitfaden des GKV Spitzenverbandes (2014a) gibt „dem Arbeitgeber einen Überblick über wesentliche Qualitätskriterien [...] und soll ihn bei der Auswahl von Angeboten und Anbietern unterstützen“ (GKV Spitzenverband 2014a). Hier werden neben anderen Konzepten auch die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen sowie die Stressbewältigung und Ressourcenstärkung als Maßnahmen für ein mögliches Handlungsfeld und Präventionsprinzip nach § 20 Abs. 1 SGB V dargelegt (GKV Spitzenverband 2014a).

Insgesamt geht also hervor, dass es für Arbeitgeber*innen und Organisationen viele Regelungen, aber vor allem auch Möglichkeiten gibt, in der (betrieblichen) Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten tätig zu werden. Diverse Interventionsmöglichkeiten können in diesem Rahmen helfen, der Entstehung oder Manifestierung von Stress und Burnout am Arbeitsplatz entgegen zu wirken (Moosler *et al.* 2009). Es gilt nun zu überprüfen, ob die „klinische Supervision“ und die „kollegiale Beratung“ eine ausreichende Evidenz bezüglich ihrer Wirksamkeit in diesem Bereich aufweisen können.

5. Begriffsklärung kollegiale Beratung und klinische Supervision

Im Folgenden wird zu diesem Zweck ein kurzer Überblick über die Definitionen der beiden Begriffe gegeben und die entsprechenden Konzepte werden in Kürze in ihren Grundzügen dargelegt.

5.1 Kollegiale Beratung

In Deutschland findet man in Bezug auf die Grundlagen der kollegialen Beratung vor allem Schriften des Diplompsychologen Kim-Oliver Tietze. Dieser beschreibt dieses Konzept als

„eine lebendige Möglichkeit, konkrete Praxisprobleme des Berufsalltages in einer Gruppe zu reflektieren und gemeinsam Lösungen zu entwickeln“ (Tietze 2013: 7).

„Kollegiale Beratung ist ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe, in dem ein Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem festgelegten Ablauf mit verteilten Rollen beraten wird mit dem Ziel, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln“ (Tietze 2013: 11).

Tietze (2010) hebt in seiner Dissertation zu den Wirkprozessen und personenbezogenen Wirkungen kollegialer Beratung insgesamt sechs wesentliche Charakteristika des Konzeptes hervor: die personenorientierte Beratung, den Gruppenmodus, berufsbezogene Fälle, Systematik, Wechselseitigkeit und ergebnisorientierte Reflexion. Kennzeichnend ist bei der kollegialen Beratung zudem, dass die Beratung, im Gegensatz zur klinischen Supervision, ohne Steuerung durch einen Externen erfolgt (Tietze 2013, Kocks *et al.* 2012). Da sich die Mitglieder der Gruppe das Wissen zur kollegialen Beratung eigenständig angeeignet haben, wird deutlich, dass die Verantwortung des Gelingens der Beratung auf alle Beteiligten verteilt ist (Kocks *et al.* 2012). Hierdurch wird auch die Gleichberechtigung und Gleichrangigkeit aller Gruppenmitglieder erkennbar (Kocks *et al.* 2012). Die besondere Wirkung der kollegialen Beratung ist, dass sowohl die Kollegialität als auch die personalen Kompetenzen gestärkt und gefördert werden können (Kocks *et al.* 2012).

Im Folgenden wird das Konzept der kollegialen Beratung nach Tietze (2013) dargestellt, um eine Möglichkeit des Ablaufs des Konzeptes deutlich zu machen. Demnach werden zu Beginn der Beratung ein/e Fallerzähler*in, ein/e Moderator*in und die Berater*innen gewählt. Der/die Moderator*in stellt hierbei den formellen und strukturierten Ablauf der gesamten Beratung sicher. Der/die Fallerzähler*in schildert nach der Bestimmung der Rollen eine praxisrelevante Situation, in der er/sie Unterstützung benötigt. Nach Klärung von Verständnisfragen von Seiten der Berater*innen wird eine Schlüsselfrage erarbeitet, auf deren Basis die weitere Beratung zur Bearbeitung der geschilderten Problematik erfolgen soll. Hierzu wird eine Beratungsmethode (aufgegliedert in anteilnehmende, lösungsorientierte, strukturierte und Perspektivverändernde Methoden) gewählt. Im Schlussteil der Beratung zieht der/die Fallerzähler*in eine Bilanz über die erarbeiteten Möglichkeiten. Ebenso können auch die anderen Teilnehmer*innen persönliche Anmerkungen über das Gelingen der Beratung äußern. Als weitere hilfreiche Rollen können optional ein/e Sekretär*in (ein/e Berater*in, der/die die zentralen Gedanken, Ideen und Erfahrungen der Beratung in schriftlicher Form festhält) und ein/e Prozessbeobachter*in (nimmt selbst nicht an der Beratung teil und gibt im Schlussteil erwähnenswertes Feedback über den Gruppenprozess) bestimmt werden (Tietze, 2013). Diverse Konzeptionen, die der vorangehend beschriebenen sehr ähnlich sind, werden heutzutage neben der Bezeichnung „Kollegiale Beratung“ auch als „Kollegiale Supervision“, „Kollegiales Team Coaching“ und

„Kooperative Beratung“ beschrieben (Tietze 2013, Kocks *et al.* 2012). Laut Tietze (2013) ist ihnen allen ein strukturiertes Vorgehen gemeinsam. „Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Grundorientierung, in der Anzahl und Funktion der einzelnen Phasen und in ihrer Komplexität“ (Tietze 2013: 37).

5.2 Klinische Supervision

Recherchiert man nach einer Definition von klinischer Supervision (im Folgenden CS), so ist die Bezeichnung hauptsächlich im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Aspekten zu finden (Buus und Gonge 2009, Cross *et al.* 2010). Es zeigt sich, dass allgemein keine einheitliche Definition von CS vorhanden ist und dass die Inhalte, Rollen und Methoden sowie kontextuelle Einflüsse eine Frage in wissenschaftlichen Debatten darstellen (Buus und Gonge 2009, Kenny und Allenby 2013, Cross *et al.* 2010, Bond & Holland 2010). Grundsätzlich gibt es verschiedene Methoden bzgl. der Durchführung von CS. So kann diese in Gruppen, multidisziplinär, netzwerkbasierend oder auch auf Basis individueller Supervision durchgeführt werden (Wallbank und Hatton 2011, Tietze 2013). Laut der DGSv (2012b) sind Supervision und Coaching „die konzeptionellen Grundlagen für die Beratung von Personen in ihren beruflichen Rollen und Positionen“ (DGSv 2012b). Als Kernelement des Beratungsprozesses wird die Reflexion genannt, wobei der/die Ratsuchende darin unterstützt wird, die Fähigkeit zu entwickeln, Problematiken auf Basis eigener Erkenntnisse zu klären und Möglichkeiten für eine weitere Herangehensweise zu erarbeiten (DGSv 2012b). Der Beratungsprozess der Supervision ist weitestgehend ergebnisoffen. Ausgebildete Supervisor*innen mit Praxiserfahrung stellen ihren Supervisand*innen (Teilnehmer*innen der CS) hier umfassende Beratungskompetenzen zur Verfügung (DGSv 2012b, Tietze 2013). Dies ist der grundlegende Unterschied zum Konzept der „kollegialen Beratung“, bei dem sich „lediglich“ gleichrangige Kolleg*innen ohne Beratungsexpertise untereinander helfen.

Parallelen in der Beschreibung der CS zeigen sich in der Literatur dahingehend, dass CS als (formaler) Prozess von professionellem Support hervorgehoben wird, in dem das Lernen eine zentrale Rolle spielt (Bégat *et al.* 2005, Brunero und Stein-Parbury 2008, Cross *et al.* 2010, Williamson und Dodds 1999, Wallbank und Hatton 2011, Koivu *et al.* 2012a, Koivu *et al.* 2012b, Hyrkäs *et al.* 2006). Der Austausch zwischen Pflegenden der Praxis fördert hierbei die Entwicklung professioneller Fähigkeiten, wobei die Reflexion arbeitsbedingter Inhalte als wesentliches Instrument hervorgehoben wird (Bégat *et al.* 2005, Brunero und Stein-Parbury 2008, Cross *et al.* 2010, Williamson und Dodds 1999, Teasdale *et al.* 2001, Wallbank und Hatton 2011, Koivu *et al.* 2012a, Koivu *et al.* 2012b, Kenny und Allenby 2013). Ein weiterer Eckpunkt, der mehrfach Erwähnung findet, ist, dass die Qualität der Pflege durch die Teilnahme an CS weiterentwickelt und verbessert werden kann (Bégat *et*

al. 2005, Brunero und Stein-Parbury 2008, Williamson und Dodds 1999, Teasdale *et al.* 2001, Wallbank und Hatton 2011, Koivu *et al.* 2012a, Hyrkäs *et al.* 2006).

Ein weithin in der Literatur anerkanntes Modell um die CS zu beschreiben, ist das „Funktional Interaktiven Modells“ von Proctor (Originalliteratur nicht verfügbar, Brunero und Stein-Parbury 2008, Teasdale *et al.* 2001, Lakeman und Glasgow 2009, Wallbank und Hatton 2011). Dies hebt drei besondere Funktionen der CS hervor. Die *formative Funktion* hilft den Pflegenden, ihre Fähigkeiten zu verbessern und ihr Wissen zu erneuern. Die *normative Funktion* besteht darin, Beratung zu geben, um die Qualität der Pflege zu fördern und Risiken zu reduzieren. Der Support des Personals, der durch die CS geboten wird, um besser mit dem Druck der Arbeit umgehen zu können, wird als *restorative Funktion* erläutert. Dementsprechend hat die CS das Potential, die Pflegequalität zu erhöhen, die Kompetenz der Pflegekräfte zu verbessern und diese durch den gebotenen Support zu schützen (von Proctor 1991, zitiert nach Teasdale *et al.* 2001: 217).

Für diese Arbeit wird jedoch nach Bond und Holland (2010) definiert:

“Clinical supervision is regular, protected time for facilitated, in-depth reflection on complex issues influencing clinical practice. It aims to enable the supervisee to achieve, sustain and creatively develop a high quality of practice through the means of focused support and development” (Bond & Holland 2010: 15).

Das Grundkonzept der CS, welches in seinem Ablauf und der Durchführung je nach Auslegung und Anwendungsgebiet variieren kann, wird von Bond und Holland (2010) ebenfalls in seinen Grundzügen erläutert:

“The supervisee reflects on the part she plays as an individual in the complexities of the events and the quality of practice. This reflection is facilitated by one or more experienced colleagues who have expertise in facilitation and the frequent, ongoing sessions are led by the supervisee’s agenda. The process of clinical supervision should continue throughout the person’s career, whether they remain in clinical practice or move into management, research or education” (Bond & Holland 2010: 15).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass CS Zeit und einen geschützten Rahmen bietet, um sich eingehend mit den komplexen Aufgaben der klinischen Praxis zu beschäftigen. Hierbei stellt ein/e geschulte/r und erfahrener/e Supervisor*in seine/ihre eigene Expertise zur Verfügung, um die Pflegekraft in ihrer Entscheidungskraft über optionale Handlungsmöglichkeiten zu unterstützen. Das Kernelement ist die Reflexion von vergangenen Situationen und der eigenen Verhaltensweise, was die Pflegekraft befähigen soll, in Zusammenarbeit mit dem/der Supervisor*in oder auch im Austausch mit den anderen

an einer Supervisionsgruppe teilnehmenden Pflegekräften zu lernen und so die Qualität der Pflege durch verbesserte professionelle Fähigkeiten in der täglichen Arbeit zu steigern. Der gebotene Support durch die Gruppenmitglieder und/oder dem/der Supervisor*in kann dazu beitragen, Veränderungen selbstbewusster anzustreben und arbeitsbedingtem Stress entgegen zu wirken. CS stellt letztendlich einen Prozess dar, der über längere Zeit andauern sollte, um sowohl für die teilnehmenden Pflegekräfte als auch im Sinne der Pflegequalität bestmögliche Ergebnisse erzielen zu können.

5.3 Differenzierung und Parallelen von Kollegialer Beratung und Klinischer Supervision

Laut dem Leitfaden zur kollegialen Beratung in der Pflege von Kocks *et al.* (2012) sind sowohl die kollegiale Beratung als auch die klinische Supervision Instrumente für eine personenbezogene Beratung, deren Ansatz ressourcenorientiert ist. Allerdings differieren die Rollenstrukturen der beiden Konzepte. In der klinischen Supervision sind die Rollen sowohl für den/die Supervisor*in als auch für den/die Supervisand*innen klar definiert, während in der Kollegialen Beratung nach Tietze (2013) die Rollen in den Beratungssitzungen rotieren (Kocks *et al.* 2012, Tietze 2013). Wo sich die Mitglieder der kollegialen Beratungen ihr Wissen selbstständig aneignen, ist ein/e Supervisor*in speziell ausgebildet, um auf Basis seines Wissens Lösungsansätze für Probleme der Supervisand*innen zu entwickeln (Kocks *et al.* 2012). Allerdings besteht insbesondere im gruppenzentrierten Ansatz der klinischen Supervision ebenfalls ein Austausch von Erfahrungen und Wissen unter den einzelnen Mitgliedern der Gruppe. Der/die Moderator*in bei der kollegialen Beratung ist hingegen ein normales Gruppenmitglied, welches die Rolle in einer Beratung übernommen hat, wobei der/die Supervisor*in in der klinischen Supervision in Gruppen grundsätzlich der/die Moderator*in ist, der/die die Leitung der Beratung übernimmt.

Kocks *et al.* (2012) beschreiben letztendlich, dass Supervision dort ansetzt, wo kollegiale Beratung, wie beispielsweise bei Konflikten zwischen einzelnen Teammitgliedern, an ihre Grenzen gerät. „Kollegiale Beratung und Supervision sind nicht vom selben Beratungsformat, können jedoch sehr wohl als sich ergänzende Beratungskonzepte angesehen werden“ (Kocks *et al.* 2012: 5). Aus Sicht dieser Aussage und aufgrund der Problematik, dass es kaum Literatur zur Evidenz der Kollegialen Beratung gibt, wurde die klinische Supervision aufgrund der Parallelen und ähnlichen Wirkungsweise als Ergänzung für diese Arbeit hinzugezogen.

6. Die systematische Literaturrecherche

Im Folgenden wird die systematische Überprüfung der Interventionen „kollegiale Beratung“ und „klinische Supervision“ in Hinblick auf ihre Wirkungsweise zur Prävention und Gesundheitsförderung des Burnout-Syndroms in der Pflege genau dargestellt. Die Basis hierfür bildet die handlungsleitende Fragestellung „Haben die Interventionen kollegiale Beratung und klinische Supervision einen präventiven Einfluss auf das Burnout-Syndrom und die damit einhergehenden Symptome bei Pflegekräften?“

6.1 Methodik der Recherche

Um die Fragestellung systematisch bearbeiten zu können, wurden zunächst die entsprechenden Suchbegriffe erarbeitet. In Orientierung an das PI(K)O- Schema ergaben sich die vier Überkategorien „Kollegiale Beratung/ Klinische Supervision“, „Prävention“, „Burnout“ und „Pflegekräfte“, die in Abhängigkeit zueinander recherchiert wurden. Da eine Kontrollgruppe für die Beantwortung der Fragestellung nicht zwangsläufig gegeben sein muss, wurde dieses Kriterium zunächst außer Acht gelassen. Damit eine möglichst umfangreiche und genaue Recherche möglich werden konnte, erfolgte eine Suche nach weiteren Synonymen, die anschließend in die englische Sprache übersetzt wurden. Insbesondere der Begriff der „Kollegialen Beratung“ verlangte eine intensive Suche nach der korrekten Übersetzung, um entsprechend die richtige Intervention recherchieren zu können. Als grundlegende englische Schlagwörter ergaben sich letztendlich „Reflecting peer support group/ Clinical Supervision“, „Burnout“, „Nursing“ und „Prevention“. Weitere verwendete Synonyme sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Im folgenden Schritt erfolgte die Definition der Ein- und Ausschlusskriterien, die maßgebend für die Erfassung der richtigen Literatur zur Bearbeitung des Themas dieser Arbeit sind.

Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Studien, deren grundlegende Intervention die kollegiale Beratung, bzw. die klinische Supervision darstellen. Die Intervention soll hauptsächlich in Gruppen durchgeführt werden und im Wesentlichen dem subjektiven Austausch und der gemeinsamen Diskussion der Gruppenmitglieder untereinander über Konflikte und Möglichkeiten bezüglich arbeitsbedingter Problemstellungen unterliegen. Des Weiteren sollte die Erhebung anhand von Pflegekräften im Setting pflegerischer Arbeit stattfinden, wobei keine Konzentrierung auf einen spezifischen Fachbereich vorgenommen wurde. Das Burnout-Syndrom und dessen Symptome, wie beispielsweise Erschöpfung, innerer Rückzug, Überarbeitung etc., sollen auf ihr Outcome durch die Intervention überprüft werden. Grundlegend soll die Intervention auf ihren präventiven Charakter in Hinblick auf das Burnout-Syndrom beleuchtet werden. Der Vergleich der Wirkung der Intervention anhand einer Kontrollgruppe kann Inhalt der Studien sein, stellt allerdings kein Einschlusskriterium dar.

Ausschlusskriterien

Als Ausschlusskriterium gilt, wenn andere präventive Maßnahmen auf ihren Einfluss auf das Burnout- Syndrom und deren Symptome betrachtet werden. Dazu gehören auch solche Studien, die neben den beiden Interventionen der kollegialen Beratung und der klinischen Supervision weitere Maßnahmen überprüfen, da so die entsprechenden Outcomes nicht allein auf diese Methoden zurückzuführen wären. Weiterhin werden die Studien nicht inkludiert, die sich ausschließlich auf andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Ärzt*innen oder Lehrkräfte fokussieren. Ein weiteres Ausschlusskriterium stellt dar, wenn sich der Inhalt der Studie hauptsächlich mit der reflexiven Praxis im Arbeitsalltag beschäftigt, was heißt, dass die reflexive Arbeit mit den Patient*innen im Vordergrund steht, nicht aber der mögliche psychische Nutzen für die Pflegekräfte. Als letztes Ausschlusskriterium gilt, wenn Studien ausschließlich Einzelsupervisionen (keine Gruppenanteile) betrachten.

Im Anschluss an die Definition der grundlegenden Voraussetzungen zur spezifischen Recherche, erfolgte aufgrund der hohen Evidenzstufe eine Suche nach Leitlinien, die dem Thema entsprechen. Hier konnte jedoch keine einschlägige Literatur gefunden werden. Im Weiteren folgte die Recherche nach geeigneter Literatur anhand der elektronischen Datenbanken „Medline“, „CINHAL“, „Cochrane“ und „PsycInfo“.

Die Literaturrecherche bei Medline via Pubmed wurde so gestaltet, dass zunächst alle oben genannten Kategorien und deren Synonyme verknüpft wurden. In Tabelle 1 (siehe Anhang) sind neben dem genauen Suchverlauf auch die Anzahl der Treffer und die Summe der relevanten Treffer veranschaulicht. Um die Suche und deren Ergebnisse nachvollziehbar zu machen, werden hier ebenso die Namen der Autor*innen der gefundenen Literatur und die entsprechenden Erscheinungsjahre aufgeführt.

Aus dem Grund, dass diese Art der verknüpften Suche wenig relevante Literatur ergab, erfolgte eine weitere Recherche anhand einzelner verknüpfter Suchbegriffe. Der genaue Verlauf ist Tabelle 2 im Anhang zu entnehmen. Diese ist grundsätzlich so aufgebaut wie Tabelle 1, jedoch werden zusätzlich die verwendeten Datenbanken und gesetzte Limits aufgeführt, da die Suchmuster in den Datenbanken CINHAL, Cochrane und PsycInfo mit der für Medline (Pubmed) beschriebenen Einzelsuche vergleichbar sind und dementsprechend in derselben Tabelle veranschaulicht werden. Auf das Setzen von Limits in Bezug auf das Studiendesign wurde weitestgehend verzichtet, um die ohnehin niedrigen Trefferanzahlen nicht weiter einzuschränken. Dementsprechend wurde auch nicht nach dem Evidenzgrad der Studien selektiert und es wurden Studien jeglicher Designvarianten betrachtet und ggf. eingeschlossen. Die Recherche bei PsycInfo war grundsätzlich erfolglos.

Relevanzprüfung

Die Identifikation relevanter Studien erfolgte in jeder Datenbank nach dem Schema, dass die jeweiligen Treffer zunächst anhand der Titel betrachtet und entsprechend gefiltert wurden.

Zu den Studien, deren Titel einen dem Thema entsprechenden Inhalt vermuten ließ, erfolgte eine Sichtung des Abstracts. Wurde auch hier erkenntlich, dass der Inhalt nicht den Einschlusskriterien entspricht oder Elemente beinhaltet, die durch die Ausschlusskriterien definiert wurden, erfolgte ebenfalls ein Ausschluss aus der weiteren Betrachtung. Schien aber auch das Abstract mit den Anforderungen übereinzustimmen, wurde der Volltext gelesen und letztendlich noch einmal auf seine Relevanz hin überprüft.

Im Anschluss an die Recherche erfolgte eine Selektion aller gefundenen Studien anhand von Doppelungen. Zudem wurde untersucht, ob die ermittelten systematischen Literaturrecherchen bereits einige der hier identifizierten Studien integrieren. In diesem Fall wurden auch diese von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen, da deren Ergebnisse im Rahmen der Beschreibung der systematischen Literaturrecherchen Betrachtung finden. Letztendlich konnten über die Durchsuchung der genannten Datenbanken und dem hier beschriebenen Vorgehen 16 für diese Arbeit relevante Studien identifiziert werden.

In einem weiteren Schritt erfolgte eine Suche im Regionalkatalog Hamburg. Hier ließ sich unter dem Suchbegriff „Kollegiale Beratung“ die Monografie „Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung“ von Kim-Oliver Tietze (2010) als passende Literatur identifizieren. Das Buch „Kollegiale Beratung – Problemlösungen gemeinsam entwickeln“ von Kim-Oliver Tietze (2003) wurde bei dieser Suche ebenfalls gefunden, jedoch konnte dieses aufgrund mangelnder Ausrichtung auf die Prävention des Burnouts nur als Hintergrundliteratur verwendet werden. Eine Kombination der Schlagworte „Kollegiale Beratung“ und „Burnout“ unter zusätzlicher Verwendung weiterer Synonyme erzielte keine relevanten Ergebnisse. Im Rahmen der Suche im „Beluga“-Katalog ergab sich unter der gleichen Vorgehensweise dasselbe Resultat.

Um die systematische Recherche zu vervollständigen wurde als letzter Schritt noch eine Handsuche durchgeführt, indem die vorliegende Literatur nach Quellenverweisen durchsucht wurde, die dem Thema entsprechen könnten. Falls ein entsprechender Artikel im Rahmen der systematischen Recherche noch nicht gefunden wurde, erfolgte dahingehend eine explizite Suche. So konnte ein weiterer für diese Ausarbeitung relevanter Artikel identifiziert werden.

Im Rahmen dieser systematischen Literaturrecherche wurden also insgesamt 17 Studien und eine Monografie ermittelt, die im Weiteren als Grundlage zur Beantwortung der Fragestellung dienen. Um einen genauen Überblick über die Durchführung und weitere Eckpunkte der einzelnen Studien zu geben, wurde eine Synopse der Literatur angefertigt, die unter eben diesem Namen in Tabelle 3 (befindet sich im Anhang) dargestellt ist. Diese Synopse bildet einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit und stellt auch eine wichtige Basis für die Betrachtung der Ergebnisse dar.

6.2 Ergebnisse der Studien mit hohem Evidenzgrad

Leitlinien, systematische Literaturrecherchen und randomisiert kontrollierte Studien weisen den höchsten Evidenzgrad bezüglich der Überprüfung der Wirkung von Interventionen auf und bieten entsprechende Angaben über deren Relevanz. Auf dieser Basis werden zunächst die Ergebnisse von Studien solcher Designs beschrieben. Da im Rahmen der Recherche keine konkreten Leitlinien ermittelt werden konnten, die die Wirkung von kollegialer Beratung und klinischer Supervision und dessen Effektivität zur Prävention von Burnout und entsprechenden Symptomen betrachten, finden im Folgenden die Ergebnisse von systematischen Literaturrecherchen und randomisiert kontrollierten Studien nähere Betrachtung.

6.2.1 Systematische Literaturrecherchen

Im Rahmen der Recherche für diese Arbeit konnten drei relevante systematische Literaturrecherchen identifiziert werden, die nun genauer geprüft werden sollen. Zuvor ist es jedoch nötig zu erwähnen, dass nicht alle Studien, die Einschluss in die drei systematischen Literaturrecherchen fanden, der hier gestellten Fragestellung entsprechen, da sie sich beispielsweise mit individueller Patientenplanung im Rahmen von CS beschäftigen (Studien von Hallberg und Norberg (1993) und Berg *et al.* (1994)). Zudem schlossen die systematischen Literaturrecherchen zum Teil gleiche Forschungsarbeiten ein.

Buus und Gonge (2009)

Buus und Gonge (2009) nahmen die Bewertung der in ihre systematische Literaturrecherche eingeschlossenen Studien in Form einer Aufteilung nach den jeweiligen Studiendesigns vor. Bei den Studien, die den Effekt der CS messen (insgesamt 4 Projekte mit 9 entsprechenden Studien) schlussfolgern die Autor*innen, dass sie keine überzeugende Evidenz bezüglich der Annahme bieten, dass CS in der psychiatrischen Pflege einen Effekt auf die Pflege oder die Patient*innen hat, da nur eine kleine Anzahl an signifikanten Veränderungen vorliegt sowie keine der Studien multivariate statistische Analysen beinhaltet (Buus und Gonge 2009). Zudem wird der Bezug von drei der vier Projekte auf individuelle Patientenplanung im Rahmen der CS bemängelt. Nach Buus und Gonge (2009) mache diese Tatsache die Schlussfolgerung unmöglich, dass nur die CS allein einen Effekt auf die Messung der Outcomes hatte. Die grundlegende Limitierung der Effektstudien beschreiben die Autor*innen folgendermaßen:

“In other words, the observed effects of the clinical supervision interventions were limited, and the identified effects have not been challenged sufficiently to determine if they were in fact spurious” (Buus und Gonge 2009: 255).

Die Studien, die wahrgenommene Vorteile und Einstellungen aus Sicht der Pflegekräfte anhand von Fragebögen erhoben, zeigen, dass sowohl Pflegende als auch das Management

eine positive Einstellung gegenüber der CS haben (Buus und Gonge 2009). Des Weiteren wurden auch diverse Vorteile durch die Intervention berichtet, dessen Verhältnis die Autor*innen aber nicht als überzeugend empfinden, da sie methodische Probleme und Fehler bezüglich des Studiendesigns, verwendeter Instrumente, der Antwortrate und den angewandten Statistiken aufweisen (Buus und Gonge 2009). Es wird hervorgehoben, dass nur zwei Studien (Edwards *et al.* 2005; 2006 und Hyrkäs 2005) international anerkannte Instrumente (Manchester Clinical Supervision Scale und Maslach Burnout Inventory) nutzten (Buus und Gonge 2009).

“All the significant associations identified in the studies relied on univariate analyses ignoring the possible effect of relevant confounding variables which might have been examined through multivariate analyses” (Buus und Gonge 2009: 255).

Als schwierig zu vergleichen und zusammenzufassen beschreiben Buus und Gonge (2009) die betrachteten Interviewstudien, da sie verschiedene oder wenig explizite Theorien von menschlichen Erfahrungen betrachten und so verschiedene Grundlagen über das Verständnis von CS kreieren. Grundsätzlich entstehe laut den Autor*innen der Blick, dass psychiatrisch Pflegende die Teilnahme an CS vorteilhaft und erleichternd finden. Es werden aber auch Widersprüche deutlich, indem die Teilnahme als eine persönliche Herausforderung und Stress verursachend beschrieben wird (Buus und Gonge 2009). Auch die Validität und Nachvollziehbarkeit dieser Ergebnisse stellen die Autor*innen in Frage:

“Summing up this issue of validity/ credibility, the results of all the themes and subthemes identified in the dataset, had to be saturated with data from a limited number of informants, but how this analytical task was actually performed was not discussed in any of the studies and could not be evaluated by readers on the basis of the background information about the studies” (Buus und Gonge 2009: 258).

Die letzte Kategorie der von den Autor*innen betrachteten Studien bilden die Fallstudien. Auch hier wurden wie in den Interviewstudien interpretative Ansätze zur Auswertung der generierten Daten genutzt, allerdings wurde in fünf der sieben hier betrachteten Studien die soziale Dynamik in den Gruppen nicht in die Analyse einbezogen, womit keine für den Kontext sensitive Interpretation erfolgte (Buus und Gonge 2009). Die zwei Studien, die ihre Daten über eine Feldforschung generiert haben, konnten jedoch sowohl die Sicht der Pflegenden bezüglich CS im Rahmen der täglichen Arbeit als auch die organisatorischen Entscheidungsfindungen über die CS verdeutlichen:

“These two case studies indicated that it was difficult to implement regular, formalized clinical supervision sessions because nobody in the organization, nurses or administrators, felt the need and supported the implementation of clinical supervision” (Buus und Gonge 2009: 261).

Williamson und Dodds (1999)

Williamson und Dodds (1999) führten im Rahmen ihrer Studie eine systematisch kritische Überprüfung von klinischer Supervision in Form von Gruppen und deren Einfluss auf eine Stressreduktion durch. Die Autor*innen berichten, dass hauptsächlich skandinavische Literatur von dem Potential spricht, dass solche Gruppeninterventionen auf die Einstellung und das Befinden des Personals haben können (Williamson und Dodds 1999). Letztendlich schlussfolgern aber auch Williamson und Dodds (1999), dass verschiedene Einflussfaktoren auf die Validität dieser Ergebnisse, wie beispielsweise eine unklare Definition von CS und methodische Diskrepanzen, vorliegen. Lediglich die Ergebnisse der Studie von Butterworth *et al.* (1997) „*It is good to talk. An evaluation study in England and Scotland.*“ bewerten die Autor*innen als ausreichend valide, um als evident bezeichnet werden zu können (Williamson und Dodds 1999).

“The [...] study is the only one reviewed here that demonstrates sufficient rigour to be considered as ‘evidence’ for the effectiveness of a group approach to clinical supervision as a means of stress reduction for nursing staff” (Williamson und Dodds 1999: 343).

Demnach ist CS dahingehend förderlich für die Teilnehmer*innen, als dass sie weniger Symptome emotionaler Erschöpfung aufweisen (Williamson und Dodds 1999). Zudem bietet CS die Möglichkeit, interpersonelle Probleme zu beseitigen und hat einen messbar schädlichen Effekt, wenn sie unterbrochen oder beendet wird (Williamson und Dodds 1999).

Brunero und Stein-Parbury (2008)

Eine weitere systematische Literaturrecherche führten Brunero und Stein-Parbury (2008) durch und ordneten die entsprechenden Ergebnisse von insgesamt 22 eingeschlossenen Studien den im Kapitel „klinische Supervision“ beschriebenen Funktionen der CS nach dem Modell von Proctor (1986) zu. Laut den Autor*innen lassen die Ergebnisse der Studien erkennen, dass alle drei Funktionen (restorativ, formativ und normativ) als Outcomes der CS evident sind. Die restorative Funktion wurde allerdings geringfügig mehr berichtet, was insbesondere bei der Betrachtung des präventiven Charakters der CS gegenüber dem Burnout-Syndrom wichtig ist (Brunero und Stein-Parbury 2008). Dementsprechend beeinflusst eine Teilnahme an CS Burnout und Überdruß positiv (Brunero und Stein-Parbury 2008). Die Autor*innen heben zudem hervor, dass die Studien, deren Outcomes offen sind, wie zum Beispiel bei unstrukturierten Interviews, ebenfalls ein Indiz dafür bieten, dass die restorative Natur der CS überwiegt (Brunero und Stein-Parbury 2008).

6.2.2 Randomisiert kontrollierte Studien

Peterson *et al.* (2008)

Die statistische Analyse der generierten Daten der randomisiert kontrollierten Studie von Peterson *et al.* (2008) ergab, dass zwischen der Baseline-Erhebung und dem Follow-up nach 12 Monaten signifikante Verbesserungen in der Erschöpfungsdimension zu verzeichnen waren ($p=0,04$) (Peterson *et al.* 2008). Die quantitativen Ansprüche der Arbeit sind sowohl im Vergleich der Baseline-Erhebung zum Follow-up nach 12 Monaten ($p=0,021$) als auch im Vergleich der Pre-Treatment-Erhebung zum Follow-up ($p=0,014$) signifikant gesunken. Das Gleiche gilt für die generelle Gesundheit, die eine Verbesserung anhand der Baseline-Erhebung als Kovariate ($p=0,007$) und der Pre-Treatment-Erhebung ($p=0,010$) zeigte (Peterson *et al.* 2008). In den Dimensionen „Losgelöstsein“, „Depressionen“, „Vitalität“ und „Ängste“ konnten Peterson *et al.* (2008) keine signifikanten Veränderungen aufdecken. Die selbstberichteten Verbesserungen der Arbeitsansprüche zeigten folgendes: Die Teilnehmer*innen fanden es positiv, ähnliche Situationen miteinander teilen zu können, da sie so neue Perspektiven erkannten und das Gefühl hatten, nicht allein zu sein (Peterson *et al.* 2008). Weiterhin empfanden sie das Wissen und Verständnis bezüglich Stress, Stresssignalen und Coping-Strategien als hilfreich (Peterson *et al.* 2008). Zudem berichteten sie eine Entlastung ihrer Symptome und Veränderungen in ihrem eigenen Verhalten, sowie das Selbstbewusstsein gefördert wurde und die Gruppe ein Gefühl von Zugehörigkeit, Anteilnahme, Solidarität und Freundschaft vermittelte (Peterson *et al.* 2008). Letztlich hoben die Teilnehmer*innen positiv hervor, dass der Fokus der reflexiven Supportgruppen auf „richtigen Problemen“ lag (Peterson *et al.* 2008).

Günüßen und Üstün (2010)

Günüßen und Üstün (2010) fanden in ihrer randomisiert kontrollierten Studie Ergebnisse, die denen von Peterson *et al.* (2008) eher widersprechen. Die statistische Auswertung zeigte hier keine signifikanten Veränderungen zwischen den Gruppen in Bezug auf die emotionale Erschöpfung. Allerdings ergab sich in Bezug auf diese Endpunkte eine Verbesserung bei der Coping-Gruppe ($p=0,00$) in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung (Günüßen und Üstün 2010). Sowohl die Dimension der „Depersonalisation“ als auch der „persönlichen Leistungsfähigkeit“ haben sich jedoch nicht in erwähnenswerter Weise verändert (Günüßen und Üstün 2010).

6.3 Ergebnisse weiterer Studien

6.3.1 Einfluss klinischer Supervision und kollegialer Beratung auf Symptome des Burnouts

Bégat *et al.* (2005) und Bégat und Severinsson (2006) beschreiben, dass der Support, der durch CS gegeben wird, einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung des Wohlbefindens der Pflegekräfte hat. Weiterhin verspüren die Pflegenden, die an CS teilnahmen, weniger

psychische Symptome und reduzierte Ängste, sowie sie seltener das Gefühl berichten, etwas nicht unter Kontrolle zu haben (Bégat *et al.* 2005, Bégat und Severinsson 2006). Dies bekräftigt auch Tietze (2010) durch die Erkenntnis, dass das Ausmaß der psychisch beanspruchenden Wirkung von belastend erlebten beruflichen Fällen durch die Teilnahme an kollegialer Beratung vermindert wird. Der Support der Gruppe reduziert hierbei ebenso den Problemdruck wie er das Selbstvertrauen der Teilnehmer*innen stärkt. Der Autor erläutert zudem, dass dies hilft, Burnout-Entwicklungen vorzubeugen, diese anzuhalten oder auch zu verbessern (Tietze 2010). Ye und Wang (2007) deckten im Rahmen einer Implementierung von kollegialer Beratung auf, dass die Gruppenteilnehmer*innen sich typischerweise nach ein bis zwei Sitzungen von ihren Symptomen erholen und nach zwei Wochen deutlich besser fühlen. Auch Wallbank und Hatton (2001) ermittelten in ihrer Evaluationsstudie, dass Stress durch die Möglichkeit über Ängste zu sprechen reduziert wird und dass dieser nach Beendigung des Angebotes von CS bei 59% der Teilnehmer*innen auf ein nicht klinisches Level gesunken ist ($p < 0,001$). Ebenso wurde für das Burnout-Syndrom festgestellt, dass es bei 36% der Teilnehmer*innen nicht mehr in klinischem Maße nachzuweisen war ($p = 0,05$) (Wallbank und Hatton 2001). Hyrkäs *et al.* (2006) identifizierten in ihren Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen Burnout und der Wirksamkeit von CS, dass ein polytechnisches Level an Bildung als beste Vorhersage für ein geringeres Level an Burnout gewertet werden kann. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die „persönliche Erfüllung“ ($p = 0,009$) (Hyrkäs *et al.* 2006). Dass die Burnout-Symptome in der Interventionsgruppe weniger vorherrschend waren als in der Kontrollgruppe ($p = 0,029$) zeigen auch Koivu *et al.* (2012a). Allerdings ist die Burnout-Dimension „professionelle Erfolglosigkeit“ die einzige, die einen signifikant geringeren Score aufwies ($p = 0,009$). Es haben sich weder Veränderungen in der emotionalen Erschöpfung und der selbstempfundene Gesundheit, noch im Zynismus und dem psychologischen Distress der Pflegenden ergeben (Koivu *et al.* 2012a). Koivu *et al.* (2012b) bekräftigen dieses Ergebnis, da sich auch hier die „professionelle Erfolglosigkeit“ zwar signifikant verbessert hat ($p = 0,004$), trotz effektiver CS aber ebenso wenig signifikante Veränderungen in emotionaler Erschöpfung und Zynismus aufgetreten sind. Die Autor*innen konnten jedoch zusätzlich herausfinden, dass sich auch die persönliche Leistungsschwäche ($p = 0,030$) und die Burnout-Dimension „psychologischer Distress“ ($p = 0,001$) in positiver Weise veränderten (Koivu 2012b). Die Untersuchungen von Teasdale *et al.* (2001) hingegen ergaben keine signifikanten Ergebnisse in der emotionalen Erschöpfung ($p = 0,23$) und der Depersonalisation ($p = 0,06$). Lediglich die persönliche Erfüllung der Pflegenden verbesserte sich in signifikantem Maße ($p = 0,02$), was laut den Autor*innen ein besseres Gefühl der Kompetenz der Pflegekräfte als Erfolg der Gruppe beinhaltet. Die Probanden, die CS erhielten, berichteten zudem weniger traurige Tage als die Kontrollgruppe, die keine

Intervention erhielt (Teasdale *et al.* 2001). Dem widersprechen Wallbank und Hatton (2011) mit der Aussage, dass sich die persönliche Erfüllung durch die Teilnahme an CS nicht erwähnenswert verändert habe. Dennoch wird laut Bégat und Severinnson (2006) grundsätzlich deutlich, dass umso mehr psychische Symptome und Sorgen bei den Pflegenden auftraten, desto weniger die CS durchgeführt wurde.

6.3.2 Einfluss auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte und ihre Arbeitsumgebung

Ein erhöhtes Gefühl von Erfüllung gegenüber der Arbeit von Seiten der Pflegenden bedingt durch die Teilnahme an CS, heben Lakeman und Glasgow (2009) hervor. Koivu *et al.* (2012b) erwähnen ebenfalls, dass sich in ihrer Untersuchung positive Veränderungen der Arbeitsumgebung ergaben ($p=0,009$) sowie sich die Entscheidungskontrolle der Pflegekräfte positiv entwickelte ($p=0,022$). Zudem stieg die Wahrnehmung von Autonomie und professioneller Leistungsfähigkeit über den Zeitraum, in dem CS durchgeführt wurde, was sich auch positiv in der Wahrnehmung der Arbeitsansprüche auswirkte (Koivu 2012b). Allerdings konnten die Autor*innen keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung der Arbeitsansprüche feststellen, was sich mit den statistischen Erkenntnissen von Koivu *et al.* (2012a) und O'Connell *et al.* (2011) überdeckt. In positiver Weise identifizierten Koivu *et al.* (2012a) jedoch, dass die Pflegenden, die an CS teilnahmen, über mehr Arbeits- und personelle Ressourcen verfügten, was insbesondere für die Arbeitskontrolle galt ($p=0,008$). Aus diesem Grund tätigen die Autor*innen trotzdem die Aussage, dass die Teilnahme an CS die Erfahrungen der Pflegekräfte hinsichtlich ihres Wohlbefindens und der Arbeitsumgebung verbessert (Koivu *et al.* 2012a). Ähnlich schlussfolgern auch O'Connell *et al.* (2011), dass eine Stressreduzierung und eine Verbesserung des Wohlbefindens zustande kommen, da die Pflegenden durch CS lernen, in Bezug auf schwierige Situationen problembasierte Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und somit besser mit der Problematik umgehen können. Dass auch das Teilen von Stressoren, Erfahrungen und eigener Gedanken im Rahmen der CS ein befreiendes Gefühl darstellt, welches das Wohlbefinden der Pflegekräfte fördert, belegen zudem Cross *et al.* (2010). Insbesondere verweisen die Autor*innen auf das positive und unterstützende Gefühl, mit den Problemen nicht allein zu sein (Cross *et al.* 2010). Koivu *et al.* (2012a) heben hervor, dass die Pflegenden, die an CS teilnahmen, im Vergleich zu denen, die keine CS erhielten, diese Intervention als wichtige Methode empfanden, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern ($p<0,001$), die Kooperation untereinander zu steigern ($p=0,013$) und die alleinige Verantwortung zu reduzieren ($p=0,014$). Es zeigte sich auch, dass sich die Pflegenden nach der Intervention deutlich mehr in ihrer Organisation engagierten ($p=0,017$) (Koivu *et al.* 2012a). In einer Evaluationsstudie untersuchten Bégat *et al.* (2005) u.a. die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden der Pflegekräfte. Es ergab sich, dass ein

moderater Zusammenhang zwischen dem Engagement und der Motivation der Pflegekräfte zu der Abwesenheit von Erkrankungen besteht ($p < 0,01$) (Bégat *et al.* 2005). Ebenso korrelierte die zur Verfügung stehende Zeit, um Aufgaben erfüllen zu können, mit physischen Symptomen und Ängsten ($p < 0,05$). Dementsprechend zeigen diese Ergebnisse, dass motivierte und engagierte Mitarbeiter weniger Fehlzeiten aufweisen und dass genügend Zeit zur Verrichtung relevanter Pflegetätigkeiten ein verbessertes Wohlbefinden der Pflegekräfte nach sich zieht (Bégat *et al.* 2005). Auch Hyrkäs *et al.* (2006) konnten in statistisch signifikanter Weise belegen, dass an CS teilzuhaben ein wichtiger Faktor für intrinsische ($p = 0,005$) und extrinsische ($p = 0,029$) und totale Arbeitszufriedenheit ($p = 0,044$) ist. Zudem zeigen die Ergebnisse dieser Autor*innen, dass die Teilnehmer*innen, die ihre Zusammenarbeit mit dem/der Supervisor*in als vertrauensvoll und harmonisch empfanden, einen um 1,6 mal höheren Score in Bezug auf die intrinsische Arbeitszufriedenheit aufwiesen als der Durchschnitt ($p = 0,018$) (Hyrkäs *et al.* 2006). Ebenso hatten die Beratung und der Support durch den/die Supervisor*in einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ($p = 0,001$), Burnout (emotionale Erschöpfung $p = 0,037$) und die pflegerische Qualität der Pflegekräfte, die dadurch zudem 2,5 mal besser in der Lage waren, Aufgaben und menschenorientierte Aktivitäten der Pflege zu evaluieren, als der Durchschnitt (Hyrkäs *et al.* 2006). Letztendlich beschreiben Hyrkäs *et al.* (2006), dass auch der Wert und die Wichtigkeit, die die Teilnehmer*innen der CS beimaßen, einen Einfluss auf die Voraussetzungen der Arbeit ($p = 0,009$) und die Arbeitsumgebung ($p = 0,013$) hatten.

6.3.3 Einfluss auf die Kommunikation, soziale Interaktion und Support

Die Teilnahme an CS hat insofern einen positiven Einfluss auf die Kommunikation, als dass sie dazu beiträgt, die Kommunikation/ Kommunikationsmittel zu verbessern (Bégat und Severinsson 2006, O'Connell *et al.* 2006) sowie sie einen Raum bietet, um eine Aufmerksamkeit für Themen zu schaffen, die sonst im Rahmen des täglichen Pflegealltags wenig Beachtung finden (O'Connell *et al.* 2006). Die CS schafft ein Forum für sensible Arbeitsthemen, die hier frei besprochen werden können, was wiederum dazu beiträgt, für die Pflegekräfte das Gefühl zu schaffen, in ihren Problemen gehört zu werden und gemeinsam Möglichkeiten für Lösungsoptionen zu schaffen (O'Connell *et al.* 2006). Die Prä-Post-Evaluationsstudie von O'Connell *et al.* (2006) zeigte zudem, dass Pflegende nach der Teilnahme an CS berichteten, dass vernünftige Kommunikation jetzt überhaupt erst auf ihrer Station existiere und sie sich so mehr mit Problemen von Kolleg*innen befassen würden und mit diesen auch identifizieren könnten. Koivu *et al.* (2012a) belegen diese Aussagen, da sich auch in ihrer Erhebung herausstellte, dass sich die Gruppenzusammenarbeit in der Interventionsgruppe gegenüber der Gruppe, die keine CS erhielt, signifikant verbessert hat ($p = 0,014$). Zusätzlich konnten die Autor*innen erheben, dass die Pflegenden eine bessere Interaktion zwischen ihrem privaten und dem Arbeitsleben beschreiben ($p = 0,017$) (Koivu *et*

al. 2012a). Die Wahrnehmung über eine verbesserte faire Zusammenarbeit ($p < 0,005$) verdeutlichen auch Koivu *et al.* (2012b). In der Studie von Bégat *et al.* (2005) werden in diesem Zusammenhang die Korrelation einiger untersuchter Variablen betrachtet, wobei die Autor*innen feststellen konnten, dass die moralische Sensibilität im Allgemeinen mit der Zusammenarbeit im Team und guter Kommunikation zusammenhängt. Dies verdeutlicht ebenso Tietze (2010) in Bezug auf die kollegiale Beratung folgendermaßen:

„Im Zuge der Mitwirkung an kollegialer Beratung entwickeln sich soziale Kompetenzen, z.B. Kommunikationskompetenzen wie empathisches Verstehen und konstruktive Rückmeldung, welche auch in anderen Situationen relevant sein können“ (Tietze 2010: 61).

Auch der gegenseitige Support, der durch die Interventionsteilnehmer*innen gegeben wird, wird mehrfach in der Literatur positiv hervorgehoben. Koivu *et al.* 2012b konnten einen verbesserten Support durch die Supervisor*innen und Supervisand*innen bei den Pflegenden ermitteln, die an CS teilnahmen ($p < 0,005$). Innerhalb des Zeitraums, in dem die Intervention durchgeführt wurde, waren sich auch nach Lakeman und Glasgow (2009) alle Teilnehmer*innen einig, dass sie sich mehr durch ihre Kolleg*innen unterstützt fühlen würden. Ebenso erhoben Cross *et al.* (2010) bei ihren untersuchten Probanden ein höheres Gefühl der Unterstützung. Die Pflegenden hätten mehr positives und konstruktives Feedback erhalten und fühlten sich hierdurch bestätigt und wertgeschätzt (Cross *et al.* 2010). Dies fasst auch Tietze (2010) wie folgt zusammen:

„Die Interaktion der Gruppenmitglieder im kollegialen Beratungsprozess sowie kollegialer Rückhalt, erfahrene Anteilnahme und solarisierende Rückmeldungen von Seiten der Beratenden wirkten sich für Beratene als soziale Unterstützungsressource aus [...]“ (Tietze 2010: 62).

Die Untersuchungen von Teasdale *et al.* (2001) bestätigen ebenfalls einen greifenden Support durch die Teilnahme an CS ($p < 0,000$). Zudem verbesserten sich hier auch die Offenheit und Unterstützung des Managements ($p < 0,000$) sowie die Pflegenden durch diese veränderten Bedingungen besser mit ihrer Arbeit zurechtkamen ($p = 0,003$). Die Autor*innen vermuteten allerdings, dass eigenständige Faktoren neben der CS einen Einfluss auf diese Ergebnisse gehabt haben könnten und führten deshalb eine mehrdimensionale Regressionsanalyse durch, die diese Ergebnisse jedoch mit nur minimalen Abweichungen bestätigte (Support $p = 0,001$, Unterstützung durch Management $p < 0,001$, Coping mit der Arbeit $p = 0,002$) (Teasdale *et al.* 2001). Die Autor*innen fügen hier noch die Erkenntnis mit an, dass die Teilnahme an CS ein wichtiger Support insbesondere für junge Pflegende mit geringem klinischem Grad (wenig Erfahrung) ist (Teasdale *et al.* 2001). Lediglich Koivu *et al.* (2012a) konnten im Rahmen ihrer Untersuchungen keine statistisch signifikanten

Unterschiede im sozialen Support bei den Pflegekräften feststellen. Dennoch berichten auch diese Autor*innen mehr Fairness durch die Leitung, eine allgemein bessere Organisationskultur und ein besseres Arbeitsklima ($p=0,018$) (Koivu 2012).

6.3.4 Einfluss auf die klinische Praxis und die Patientenbeziehung

Laut der Erhebung von Teasdale *et al.* (2001) befanden 95% der Teilnehmer*innen, dass CS sehr hilfreich ist, um die klinische Praxis zu reflektieren. Auch Wallbank und Hatton (2011) beschreiben, dass die CS durch die Möglichkeit über Probleme und Ängste zu sprechen in der Lage ist, die Fähigkeiten des Pflegepersonals zu denken und Entscheidungen zu treffen wiederherzustellen und so das Belastungsrisiko in der Organisation zu senken. Diese Wirkung in der klinischen Praxis belegt auch Tietze (2010) für die kollegiale Beratung:

„Hinsichtlich eigener beruflicher Fälle kollegial beraten zu werden erweitert die Wahrnehmung eigener Gefühle, Denkweisen und Entscheidungsmuster sowie das Bewusstsein über eigene Stärken und Schwächen“ (Tietze 2010: 61).

Die kollegial Beratenen werden durch die anderen Gruppenteilnehmer*innen darin unterstützt, ihre eigene berufsbezogenen Problemsituationen zu reflektieren und haben in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, das Problem zu klären und in der Folge auch besser zu verstehen (Tietze 2010). Bégat *et al.* (2005) heben in diesem Zusammenhang hervor, dass die Pflegenden durch die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen im Rahmen von CS die Fähigkeit entwickeln, ihre eigenen Gefühle einzuordnen, was ihnen hilft, ihre eigene moralische Stellung in Abhängigkeit zu anderen Pflegenden und der Organisation zu verstehen. In der Evaluationsstudie von Cross *et al.* (2010) beschreiben die Teilnehmer*innen der Intervention ebenfalls, dass CS eine positive Wirkung mit vielen Vorteilen, sowohl in der Reduktion von Stress, als auch im einander verstehen hat. Durch die gesammelten Erfahrungen, das gemeinsame Besprechen von Problemen und Entwickeln von Lösungen, sowie das Einbringen des Gelernten in die tägliche Arbeit, fühlen sich die Probanden der Studie über CS von O'Connell (2011) zudem motivierter, ihre Arbeit auf den Stationen weiter führen zu können. Koivu *et al.* (2012b) beschreiben, dass auch die menschlichen Ressourcen durch die CS signifikant mehr Vorrang gewonnen haben ($p<0,01$). Dass CS auch in der Lage ist, die Beziehung der Pflegekräfte zu ihren Patient*innen und somit das Wohlbefinden beider Parteien zu verbessern, indem sie die Teilnehmer*innen dahingehend beeinflusst, dass ihr Wissen und ihre Erfahrungen transformiert werden, legen Bégat und Severinsson (2006) dar. In der Erhebung von Koivu *et al.* (2012b) denken mehr Pflegenden der Interventionsgruppe mit effektiver CS, dass ihr Kontakt zu den Patient*innen persönlicher ist ($p=0,047$) und sie ein deutlich faireres Verhältnis zu diesen haben, was sich auch darin kennzeichnet, dass sie mehr Feedback von diesen über die Qualität ihrer Arbeit erhielten ($p<0,005$). Zudem konnten Koivu *et al.* (2012a) identifizieren, dass die Pflegenden

nicht nur mehr Informationen über ihre Pflegequalität von den Patient*innen, sondern auch von Kolleg*innen und Managern erhielten ($p=0,003$). Dass ein verändertes, wirksames Problemlöseverhalten im eigenen Arbeitsbereich im Laufe des Beratungsprozesses auch über die kollegiale Beratungsgruppe hinaus entstehe, betont Tietze (2010). Die Basis hierfür bieten die in der Intervention entwickelten Möglichkeiten, eine problematisch wahrgenommene berufliche Situation zu interpretieren, um sie durch Handeln verändern zu können oder um einen befriedigenderen Umgang mit ihr zu finden (Tietze 2010).

6.3.5 Die Bedeutung der erworbenen reflexiven Praxis

Die reflexive Praxis ist wichtig, um sich selbst besser verstehen zu können und die eigene Identität zu erkennen und zu festigen (Bégat und Severinsson 2006). Zudem hat sie auch eine hohe Bedeutung für die persönliche Identität der Pflegenden und auch für die Qualität der Pflege, die sie leisten (Bégat und Severinsson 2006). Die Möglichkeit zu lernen, zu verstehen, auf die eigene Intuition zu hören, aufmerksam zu sein und die Initiative ergreifen zu können; ebenso wie Geduld und Courage zu zeigen, empfinden Pflegekräfte laut den Autor*innen wichtig für die Professionalität ihrer Pflege. Zudem ermöglicht dies nach den Erkenntnissen der Autor*innen eine gute Zusammenarbeit mit den Patient*innen, da die Pflegenden sich fähig und eigenständig fühlen, was wiederum das Wohlbefinden der Pflegenden fördert (Bégat und Severinsson 2006). Auch Koivu *et al.* (2012a) bezeichnen Selbstreflexion als den Mechanismus, in dem CS Effekte bezüglich des arbeitsbedingten Wohlbefindens erzielt, da sie auch mit professioneller Leistungsfähigkeit assoziiert werden kann. In der Untersuchung von Lakeman und Glasgow (2009) wird ebenfalls verdeutlicht, dass formelle Reflexion in den Interventionsgruppen als positiver Vorteil in der täglichen Arbeit gesehen wurde, da die Pflegenden gewissenhafter in ihrer Interaktion mit den Klient*innen vorgehen.

6.3.6 Faktoren, die die Wirksamkeit von CS und Kollegialer Beratung beeinflussen

In der Literatur werden einige diverse Variablen beschrieben, die sowohl die Wirksamkeit der Interventionen, als auch deren Outcomes beeinflussen können. Der Erfolg von CS ist grundsätzlich abhängig von der Courage und dem Gewillt sein der Pflegekräfte, aus Situationen zu lernen und auch davon, ob sie fähig sind, das erworbene Wissen und die gewonnenen Erfahrungen umzusetzen (Bégat und Severinsson 2006). Laut Bégat und Severinsson (2006) wird den Pflegenden die positive Wirkung von CS meist erst dann bewusst, wenn sie realisieren und verstehen, dass diese Intervention ihre Existenz und das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Zudem ist das Potential der Pflegenden, ihre Arbeitszufriedenheit zu verbessern, auch von ihrer Arbeitsumgebung abhängig, da beispielsweise unethische Pflege und das Gefühl, etwas nicht unter Kontrolle zu haben, die Arbeitszufriedenheit verschlechtert (Bégat und Severinsson 2006).

Aber auch das Alter und das Geschlecht der Pflegenden können einen Prädiktor zum einen für die Effektivität und zum anderen die Evaluation von CS darstellen. So gaben Frauen in den Untersuchungen von Hyrkäs *et al.* (2006) mehr positive Bewertungen über die Wirkung von CS an als Männer ($p < 0,0001$). Koivu *et al.* (2012a) erhoben, dass ein jüngeres Alter die Bewertung von CS beeinflusst ($p = 0,009$). In Bezug auf die Outcomes der CS stellten Hyrkäs *et al.* (2006) fest, dass das Alter grundsätzlich einen Einfluss auf die extrinsische Arbeitszufriedenheit hat, indem die Autor*innen herausfanden, dass die Gruppe der 41-50 Jährigen um 50% weniger mit ihrer Arbeit zufrieden waren, als die Teilnehmer*innen bis 30 Jahre ($p = 0,004$). Des Weiteren beeinflusst das Alter auch die Levels des Burnouts, was der sehr hohe Score in diesem Bereich bei den 41-50 Jährigen indiziert. Die Autor*innen identifizierten, dass Burnout in Form von gestörter persönlicher Erfüllung bei den 41-50 Jährigen 2,6 mal höher war, als bei den jüngeren Untersuchten ($p = 0,001$) (Hyrkäs *et al.* 2006).

Weitere Einflussfaktoren auf die Beurteilung der Wirksamkeit der CS liegen in deren Infrastruktur, womit laut Hyrkäs *et al.* (2006) die vorherigen Erfahrungen mit CS, die Gruppengröße, die Lokalität und die Frequenz der CS umfasst werden. Die Autor*innen konnten herausfinden, dass die Teilnehmer*innen bessere Evaluationen von CS geben, wenn die Sitzungen alle 2 Wochen ($p < 0,001$), über 45 Minuten ($p < 0,001$) in Form von Eins zu Eins Situationen durchgeführt werden, als wenn das Angebot aus geringer frequentierten Gruppensitzungen bei längerer Sitzungsdauer besteht (Hyrkäs *et al.* 2006). Dieses Ergebnis widerlegen Lakeman und Glasgow (2009), indem sie beschreiben, dass die Probanden ihrer Studie übereinstimmend der Ansicht waren, dass Gruppeninterventionen besser wären, da hier mehr Ideen entstehen würden, die Sitzungen interessanter wären und der Fokus mehr auf der Entwicklung der Rolle der Pflegenden läge. Wird die CS in Gruppen durchgeführt, berichten die Teilnehmer*innen in der Untersuchung von Hyrkäs *et al.* (2006) eine bessere Wirkung der CS bei einer kleinen Gruppengröße in signifikanter Weise ($p < 0,001$). Weiterhin heben die Autor*innen hervor, dass die Pflegenden, die CS über mehr als zwei Jahre erhalten haben, deutlich bessere Evaluationen gaben als die, die weniger als ein Jahr teilnahmen ($p = 0,004$). Eine bessere Bewertung gaben auch die Pflegekräfte, die im Vorfeld schon an drei bis vier Supervisionsperioden teilgenommen haben ($p < 0,001$) (Hyrkäs *et al.* 2006). Hierfür spricht auch die Erkenntnis der Autor*innen, dass diejenigen, die in CS geschult wurden und den Ablauf zumindest grob kannten, die Intervention effektiver fanden als solche, denen dieser vollkommen unbekannt war ($p = 0,008$) (Hyrkäs *et al.* 2006). Eine zusätzliche signifikante Variable konnte auch darin ermittelt werden, dass die Durchführung von CS außerhalb des Arbeitsplatzes als deutlich besser empfunden wurde, als eine Durchführung am Arbeitsplatz ($p < 0,001$) (Hyrkäs *et al.* 2006).

Das Beschäftigungsverhältnis, der Arbeitsbereich und auch der klinische Grad können ebenfalls Prädiktoren dafür sein, wie CS bewertet wird und welche Outcomes sie entfalten kann. Hyrkäs *et al.* (2006) beschreiben hier einen Einfluss des Beschäftigungsverhältnisses auf die Arbeitszufriedenheit, die Belastung und die Bewertung der Qualität der Pflege. Nicht fest angestellte Pflegende zeigen eine geringere intrinsische Arbeitszufriedenheit als fest angestellte Arbeitskräfte ($p=0,028$) und Zeitarbeiter*innen zeigten höhere Scores in der Burnout-Dimension „Depersonalisation“ (Hyrkäs *et al.* 2006). Beste Evaluationen bezüglich der CS wurden von den Pflegenden gegeben, die in Tagesschichten arbeiten ($p=0,001$), ein unkündbares Arbeitsverhältnis haben ($p=0,034$), in psychiatrischen Organisationen arbeiten ($p<0,001$) oder spezialisierte Pflegekräfte sind ($p=0,041$). Koivu *et al.* (2012b) legen dar, dass auf einer normalen Station zu arbeiten ein geringeres Level an positiven Veränderungen begünstigt, als es auf ambulanten Stationen der Fall ist ($p=0,041$) Die Arbeit in einer Ambulanz bedingt zudem ein geringeres Level an psychologischem Distress ($p=0,014$) (Koivu *et al.* 2012b). Ähnliche Erkenntnisse schildern Hyrkäs *et al.* (2006) indem sie feststellen, dass in Organisationen wie ambulanten psychiatrischen Stationen und Rehabilitationszentren statistisch signifikant bessere Evaluationen über die Wirkung der CS berichtet wurden als an Universitäts-, zentralen- oder regionalen Krankenhäusern. Teasdale *et al.* (2001) beschreiben den Arbeitsort ebenfalls als signifikanten Einflussfaktor auf die Effektivität von CS ($p=0,01$), wobei der Effekt der CS bei Pflegenden in Krankenhäusern größer war als bei denen, die in der ambulanten Pflege arbeiten. Als Umstand, der dazu beiträgt mehr von der CS zu profitieren, diagnostizierten Koivu *et al.* (2012a) ein/e Pflegeassistent*in ($p=0,000$) und/ oder ein/e fest angestellte/r Mitarbeiter*in zu sein ($p=0,017$), aber auch das Erhalten von Feedback über die Qualität der Arbeit ($p=0,020$) und eine hohe eigene Arbeitsmotivation ($0,015$) werden benannt. Dies gilt im Vergleich zu den Untersuchten, die keine CS erhielten (Koivu *et al.* 2012). Dass der klinische Grad mit signifikanten Veränderungen bedingt durch die CS korreliert ($p=0,005$), heben auch Teasdale *et al.* (2001) hervor. Laut den Autor*innen war der Effekt der CS bei Pflegenden mit geringerem klinischen Grad höher als bei den Pflegekräften mit einem höheren klinischen Grad ($p=0,030$) (Teasdale *et al.* 2001).

Ebenso konnten Hyrkäs *et al.* (2006) signifikante Charaktereigenschaften bezüglich des Backgrounds der Supervisor*innen evaluieren. So sind die Schulung und das Training der Supervisor*innen eine signifikante Variable, die sowohl einen Einfluss auf die Art der Bewertung der CS durch die Supervisand*innen hat, als auch auf die Effektivität der Intervention ($p<0,001$). Am besten wurden zudem die Supervisor*innen bewertet, die weiblich waren und einen akademischen Grad aufweisen konnten ($p=0,022$) (Hyrkäs *et al.* 2006). Weitere positive Auswirkungen auf die Evaluation und die Wirkung der CS entstanden, wenn die Teilnehmer*innen sich den/die Supervisor*in selber aussuchen durften

($p < 0,001$), der Kontakt mit diesem mindestens ein Mal im Monat stattfand ($p = 0,001$) und wenn der/die Supervisor*in in der gleichen Organisation angestellt war wie der/ die Supervisand*in ($p = 0,002$) (Hyrkäs *et al.* 2006). In diesem Sinne beschreiben auch Teasdale *et al.* (2001) einen statistisch signifikanten Einfluss des Typs des/der Supervisor*in (Manager*in oder Kolleg*in) auf das Coping mit der Arbeit ($p = 0,004$).

6.3.7 Die Grenzen der Interventionen

Dass es auch hinderliche Rahmenbedingungen und Einschränkungen in der Durchführung von CS gibt, konnten Kenny und Allenby (2013) identifizieren. Die Pflegenden fanden zwar, dass CS den Blick auf die Arbeit in positiver Weise reflektiere und dass die Durchführung während der Arbeitszeit sehr gut wäre, sie aber eigentlich viel zu tun hätten und dass „rumsitzen“ auf Arbeit nicht als „wirkliche Arbeit“ angesehen würde. Des Weiteren erhoben die Autor*innen, dass das Management die Durchführung von CS zwar theoretisch unterstützen würde, wenn jedoch viel auf der Station zu tun ist, hätte sie geringste Priorität. Dieser Umstand mache es für die Pflegenden auch schwierig, das in der CS erarbeitete in der Praxis umzusetzen (Kenny und Allenby 2013). Diese Problematik beschreiben auch Lakeman und Glasgow (2009), da auch hier die untersuchten Probanden berichteten, dass es schwierig sei, die Station für die Teilnahme an CS zu verlassen. Es bestünde ein genereller Mangel an Ressourcen und Personal um sich ohne ein schlechtes Gewissen auf die Intervention einlassen zu können (Lakeman und Glasgow 2009). Laut Kenny und Allenby (2013) stellt ebenso die reflexive Praxis eine große Herausforderung für die Pflegekräfte dar. Es bestand eine allgemeine Übereinstimmung bei den Untersuchten, dass es ein langwieriger Prozess sei, eine reflektierte Haltung zu erlangen, weshalb sie es als hilfreich empfunden hätten, im Vorfeld formale Sitzungen in diesem Sinne zu erhalten. Zudem erreichten die Teilnehmer*innen erst zum Ende der Interventionsperiode eine wirklich reflektierte Haltung, was die Effektivität der CS in den vorangehenden Sitzungen einschränkte (Kenny und Allenby 2013). Eine letzte Problematik, die die Autor*innen hervorheben, ist es, dass in den Sitzungen oftmals viele Inhalte diskutiert wurden, die eher persönliche Anliegen betrafen. Dementsprechend fänden die untersuchten Pflegekräfte es günstiger, hätte es im Vorfeld im Rahmen von individuellen Sitzungen die Möglichkeit gegeben, Persönliches loswerden zu können, um in der Gruppenberatung zu mehr produktiven Diskussionen über Arbeitsthemen zu kommen (Kenny und Allenby 2013). Kenny und Allenby (2013) heben grundsätzlich hervor, dass CS, um erfolgreich zu sein, sowohl von den Teilnehmer*innen als auch vom Management unterstützt werden muss. Die Intervention sollte mindestens über ein halbes Jahr durchgeführt werden, um wirkliche Effekte erzielen zu können, wobei das Beibehalten von CS die beste Lösung wäre, um eine langfristige und anhaltende Wirkung erreichen zu können (Kenny und Allenby 2013).

7. Diskussion

7.1 Zusammenfassung und Einordnung der Studienergebnisse

Diese systematische Literaturrecherche wurde angelegt, um anhand bereits existierender Forschungsarbeiten zusammenfassend abzubilden, ob und in welchem Umfang die kollegiale Beratung und die klinische Supervision in der Lage sind, sowohl der Entstehung von Burnout im Berufsfeld der Pflege vorzubeugen, als auch bereits vorhandene Symptome bei Pflegekräften positiv zu verbessern. Es konnte gezeigt werden, dass beide Interventionen das Potential haben, als Strategie zur Förderung einer gesunden Arbeitsumgebung mit positiven Outcomes für das Personal, das Stationsteam, die Patient*innen und die weitere Gesundheitsorganisation zu fungieren (O'Connell *et al.* 2011, Brunero und Stein-Parbury 2008). Sowohl die kollegiale Beratung als auch die klinische Supervision können ein wirkungsvoller Kanal sein, um die psychologische Gesundheit von Pflegenden zu fördern (Ye und Wang 2007). Allerdings bedarf es der Ermutigung der Teilnehmer*innen, das Angebot der Interventionen engagiert zu nutzen, da nur so positive Effekte bezüglich der Arbeitszufriedenheit, der Reduzierung von Burnout-Symptomen und in der Verbesserung der Qualität der Pflege erreicht werden können (Hyrkäs *et al.* 2006). Betrachtet man Stress und die Entwicklung von Burnout-Symptomen bei Pflegekräften als Zeichen für die wachsenden Herausforderungen der professionellen Entwicklung der Pflege, so ist es besonders wichtig, den Fokus der Interventionen auch auf den Wissenszuwachs der Teilnehmer*innen zu lenken (Koivu *et al.* 2012). Dieser trägt wesentlich dazu bei, die Kompetenzen der Pflegekräfte zu verbessern (Koivu *et al.* 2012). Denn letztendlich sind Pflegenden für ihre Aktionen, Entscheidungen und Emotionen selbst verantwortlich (Bégat und Severinsson 2006). Sie müssen in der Lage sein, selbstständig zu agieren (Bégat und Severinsson 2006). Die Konzepte der klinischen Supervision und der kollegialen Beratung sind Formen des administrativen Supports (Ye und Wang 2007). Sie haben in diesem Sinne zumindest theoretisch das Potential, arbeitsbedingten Stress ebenso wie die Symptome des Burnouts zu reduzieren und ein Erlangen von Wissen und professioneller Kompetenzen sowie reflexiver Fähigkeiten zu ermöglichen (Williamson und Dodds 1999, Koivu *et al.*, 2012, Ye und Wang 2007). Betrachtet man die positiven Outcomes der Interventionen in Hinblick auf das Kohärenzgefühl nach dem Konzept von Antonovsky (1997), scheint eine Verbesserung aller drei beschriebenen Komponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) einzutreten, was die Gesundheit der einzelnen Pflegekräfte unterstützt und Krankheit entgegenwirkt (Antonovsky 1997). Allerdings zeigt die Literatur auch, dass die Effektivität der Interventionen bisher nur unzureichend und in zum Teil methodisch mangelhafter Weise überprüft wurde (Williamson und Dodds 1999, Peterson *et al.* 2008, Günüşen und Ustün 2010, Buus und Gonge 2009, Koivu *et al.* 2012a, Koivu *et al.* 2012b,

O'Connell *et al.* 2011, Teasdale *et al.* 2001, Hyrkäs *et al.* 2006, Cross *et al.* 2010, Lakeman und Glasgow 2009, Ye und Wang 2007).

Zudem wurde in der Literatur erwähnt, dass die Teilnahme an solchen Interventionen nicht als „richtige Arbeit“ anerkannt wird, da sie nicht direkt am Bett der Patient*innen stattfindet (Kenny und Allenby 2013, Lakeman und Glasgow 2009). Es ist zu vermuten, dass ausreichend zur Verfügung stehendes Personal dieser Problematik entgegenwirken könnte, da die auf Station verbleibenden Mitarbeiter*innen in dem Sinne nicht das Gefühl hätten, die ganze Arbeit aufarbeiten müssen, die die Interventionsteilnehmer*innen während ihrer Abwesenheit vom Arbeitsplatz nicht erledigen können (Lakeman und Glasgow 2009, Kenny und Allenby 2013). Ein weiterer Vorteil hierdurch wäre zudem, dass die Pflegenden, die an der Intervention teilnehmen, ein weniger schlechtes Gewissen gegenüber ihren Kolleg*innen entwickeln würden. (Lakeman und Glasgow 2009, Kenny und Allenby 2013). Ebenso könnte eine solche Arbeitsentlastung durch mehr Personal vermutlich auch das Klima im Team positiv beeinflussen (Lakeman und Glasgow 2009, Kenny und Allenby 2013). Für die Verbesserung personeller Ressourcen spricht auch der Punkt, dass die größte Herausforderung zur Durchführung der Interventionen in der knapp bemessenen Zeit der Pflegenden begründet ist (O'Connell *et al.* 2011, Kenny und Allenby 2013). Hinzu kommt, dass diese in ständig wechselnden Schichten und variierenden Besetzungen arbeiten, was eine Regelmäßigkeit bezüglich einer Teilnahme an Interventionen erschwert. Aufgrund dieser Problematik wäre es sinnvoll, die Tage, an denen die Intervention stattfindet, zu rotieren, um möglichst vielen Pflegekräften die Möglichkeit zu geben, von der CS oder der kollegialen Beratung zu profitieren (O'Connell *et al.* 2011). Um dann die Produktivität und Effektivität nicht durch Wissenslücken zu behindern, raten einige Autor*innen, dass die Interventionsteilnehmer*innen vor der Implementierung von den Interventionen in dem jeweiligen Konzept geschult werden sollten. (Lakeman und Glasgow 2009, Kenny und Allenby 2013, O'Connell *et al.* 2011, Hyrkäs *et al.* 2006). Es wird also deutlich, dass auch die Gesundheitsunternehmen einen Beitrag zum Gelingen der Interventionen leisten müssen.

7.2 Grenzen der Forschungsarbeit

Trotz der in den Ergebnissen dieser Arbeit zahlreich zusammengefassten potentiellen Wirkungen der kollegialen Beratung und der CS bleibt insgesamt fraglich, inwieweit diese Erkenntnisse als evidente Belege zur Beantwortung der Forschungsfrage betrachtet werden können. Denn die positiven Outcomes und Wirkungsmechanismen der Interventionen konnten in dieser Übersichtsarbeit hauptsächlich in einer zusammenhängenden Untersuchung von allen Forschungsarbeiten ermittelt werden. Prüft man jedoch die Studien im Einzelnen, werden nur wenige und oftmals alleinstehende Aussagen über spezifische Aspekte der Effektivität der Interventionen berichtet. Zudem widersprechen sich einige statistische Erkenntnisse der Forschungsarbeiten. Weiterhin kommt erschwerend hinzu, dass

die Definition und Durchführung der Interventionen in den Studien differiert, sowie die Auffassung über die Methodik zum Teil schwer nachvollziehbar ist. Es kann dahingehend zu Verzerrungen führen, als dass nicht deutlich wird, ob die in dieser Arbeit beschriebenen Definitionen von kollegialer Beratung und CS tatsächlich dazu beitragen, Symptomen des Burnouts entgegen zu wirken. Diese Problematik heben auch Buus und Gonge (2009) für ihre systematische Literaturrecherche explizit hervor. Aufgrund der Tatsache, dass es viele ähnliche Konzepte unter einem Titel gibt, aber auch viele Titel, die ähnliche Konzepte umfassen, ist es ebenso möglich, dass in dieser systematischen Literaturrecherche Artikel übersehen wurden, die die hier zugrunde gelegten Konzepte zwar beinhalten, jedoch ein anderes Synonym dafür verwenden. Wichtig ist auch, dass sich die Ergebnisse der nahezu gesamten verwendeten Literatur nur auf weibliche Pflegekräfte beziehen. Eine weitere Einschränkung für diese Arbeit besteht darin, dass die ermittelte Literatur sich hauptsächlich mit der Überprüfung der klinischen Supervision befasst, wobei die kollegiale Beratung entgegen des eigentlichen Anspruchs des Themas dieser Erhebung nur verhältnismäßig unzureichende Betrachtung findet. Die kollegiale Beratung, wie sie in dieser Arbeit definiert wurde, wurde in Hinblick auf die Forschungsfrage bisher wenig untersucht und stellt zudem ein sehr strukturell gebundenes Konzept dar. In Anbetracht dieser Gegebenheit wäre es möglicherweise sinnvoll gewesen, lediglich die klinische Supervision als Präventionsmöglichkeit für das Burnout-Syndrom und dessen Symptome zu überprüfen. Da jedoch laut der Literatur beide Interventionen in ihrem Grundcharakter übereinstimmen und auch in ihren Inhalten viele Parallelen aufweisen, ist es tragbar, die in dieser Arbeit zusammengefassten und veranschaulichten Ergebnisse in limitierter Weise auch auf die kollegiale Beratung zu übertragen.

7.3 Bewertung der Qualität der Studien

Um zu beleuchten, inwieweit die Forschungsfrage beantwortet werden konnte, ist auch die Qualität der verwendeten Forschungsarbeiten näher zu betrachten. Auch an diesem Punkt ist noch einmal explizit auf die Synopse der Literatur (befindet sich im Anhang unter Tabelle 3) zu verweisen.

Die Systematische Literaturrecherche von Buus und Gonge (2009) zeigt grundsätzlich einen hohen qualitativen Aufbau. Es ergaben sich auch für diese Studie hauptsächlich Einschränkungen durch die Wahl der Schlagwörter und die unterschiedliche Methodik der Intervention in den verwendeten Studien. Zudem befassten sich die Autor*innen ausschließlich mit psychiatrisch Pflegenden. Die von den Autor*innen untersuchten und kritisch diskutierten Inhalte sind aber dennoch relevant in Bezug auf die Forschungsfrage und bieten, wenn auch nur wenige, vertrauenswürdige Tendenzen, in welche Richtung die Effekte der Interventionen zu vermuten sind.

Die systematische Literaturrecherche von Brunero und Stein-Parbury (2008) hingegen ist in ihrer Nachvollziehbarkeit stark limitiert und kann kaum verlässliche Hinweise über die Wirkung der CS in Bezug auf das Burnout-Syndrom liefern. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die Methodik der systematischen Literaturrecherche nicht ausreichend transparent dargelegt wurde, sowie für den/die Leserin nicht deutlich wird, wie die Autor*innen zu ihren Ergebnissen gekommen sind. Die Resultate der einzelnen inbegriffenen Forschungsarbeiten finden ebenfalls keine Erwähnung. Dementsprechend besteht ein deutliches Bias-Risiko und eine Unsicherheit hinsichtlich der Präzision, Konsistenz und Relevanz der beschriebenen Effekte. Dass die Ergebnisse zudem nach dem Modell von Proctor (1986) kategorisiert wurden, ist grundsätzlich nicht als problematisch hervorzuheben. Doch in Hinblick auf den Aufbau der Studie lässt diese Basis nur eine Ableitung von stark eingeschränkten Tendenzen über die Effektivität der CS zu.

Ein ähnliches Fazit kann auch für die systematische Literaturrecherche von Williamson und Dodds (1999) gezogen werden. Hier ist nicht nachvollziehbar, nach welchen Kritikpunkten die Studien identifiziert und ausgewählt wurden. Eine kritische Betrachtung der Ergebnisse ist in der Forschungsarbeit auch nur im Ansatz erfolgt. Es wird zudem nicht ersichtlich, auf welcher Basis erhoben wurde, dass die Studie von Butterworth *et al.* (1997) evidente Ergebnisse bieten kann. Aus diesem Grund können auch die wenigen Ergebnisse dieser Literaturübersicht kaum als richtungsweisende und aussagekräftige Effekte über die Wirksamkeit von CS in Hinblick auf die Reduzierung von Stress und somit Burnout-Symptomen betrachtet werden.

Durchaus vertrauenswürdige Resultate in diesem Zusammenhang können jedoch Peterson *et al.* (2008) darlegen, die eine gut in ihrer Methodik nachvollziehbare randomisiert kontrollierte Studie durchführten. Die Randomisierung erfolgte zufällig - allerdings konnte aufgrund des Charakters der zu überprüfenden Inhalte keine Verblindung der Studienteilnehmer*innen erfolgen. Zudem wird eine hohe Drop-out-Rate beschrieben und es bleibt unklar, ob die Auswertung der Ergebnisse nach dem Intention-to-Treat-Prinzip erfolgte. Die letztendliche Population der Stichprobe besteht, wie in vielen hier verwendeten Studien, außerdem nur aus Frauen, was keine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf männliche Pflegekräfte zulässt. Im Rahmen der statistischen Auswertung geben die Autor*innen lediglich den p-Wert und keine Konfidenzintervalle an, weshalb fraglich bleibt, wie präzise die Ergebnisse wirklich sind. Trotz dieser Limitationen sind die primären Endpunkte dieser Forschungsarbeit relevant und die evaluierte Intervention entspricht der Durchführbarkeit unter Praxisbedingungen. Ebenso waren das Follow-up und die damit einhergehenden Messzeitpunkte angemessen. Die qualitativ erhobenen Daten unterliegen zwar einer individuellen Interpretation der Autor*innen, doch lassen sich auch aus diesen wichtige Erkenntnisse über die Wirkungsweise der kollegialen Beratung in Bezug auf ihren Einfluss

auf das Burnout-Syndrom ableiten. Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Gültigkeit und die statistische Sicherheit der Ergebnisse zwar limitiert sind, die Studie aber dennoch richtungsweisende Hinweise über die untersuchte Problematik bieten kann.

Dies gilt auch für die Forschungsarbeit von Günüşen und Ustün (2010). Zwar zeigen die Resultate der randomisiert kontrollierten Studie, dass die im Vorfeld von den Autor*innen gestellten Hypothesen nur teilweise bestätigt werden konnten, doch kann dies nicht mit der Qualität der Studie in Verbindung gebracht werden. Generelle qualitative Einschränkungen sind, ähnlich wie bei Peterson *et al.* (2008), jedoch erfolgte die Analyse der erhobenen Daten durch das Intention-to-Treat-Prinzip. Es besteht grundsätzlich eine klinische Relevanz der erhobenen Ergebnisse, wobei auch das Follow-up dieser Erhebung adäquat war. Die evaluierte Intervention von kollegialen Beratungs- und Support- sowie Coping-Gruppen entspricht der Durchführbarkeit in der Praxis. Allerdings können die Ergebnisse auch hier ausschließlich auf weibliches Pflegepersonal übertragen werden.

Zur Qualität der verbleibenden inkludierten Forschungsarbeiten, ist zu sagen, dass sie nur limitierte Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage bieten, da sie zum Teil methodische Mängel aufweisen. Die Stichprobenanzahl ist überwiegend gering und wurde im Vorfeld nicht kalkuliert. In einigen Studien ist auch nur ansatzweise nachvollziehbar, wie die Studienteilnehmer*innen rekrutiert und den Interventionsgruppen zugeordnet wurden. Eine Randomisierung fand in keiner der Evaluationsstudien statt, was ebenso für eine Verblindung der Datenerhebung gilt. Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass die Evaluationsstudien, die ihre Ergebnisse anhand von Fragebögen erhoben, überwiegend validierte und anerkannte Messinstrumente nutzten. Dies spricht für die Aussagekraft der identifizierten Ergebnisse. Einige Forschungsarbeiten beinhalten zudem Prä- und Postevaluationen, was eine genauere Abbildung der sich entwickelnden Outcomes durch die Teilnahme an CS und kollegialer Beratung möglich macht. Dies ist bei Erhebungen mit nur einem Messzeitpunkt nach Beendigung der Interventionen nur im Ansatz möglich. Statistische Werte werden allerdings nicht oder nur in unvollständiger Weise in Zusammenhang mit dem p-Wert angegeben. Konfidenzintervalle waren in keiner der Studien zu finden, was es schwierig macht, die Genauigkeit der Ergebnisse zu überprüfen. Viele Studien beschreiben zudem selbstberichtete Daten, die von den Autor*innen transkribiert und ausgewertet wurden. In diesem Sinne ist es möglich, dass die Ergebnisse dahingehend verzerrt und limitiert sind, indem die Studienteilnehmer*innen Veränderungen aus individueller und vor allem subjektiver Sicht beschrieben. Dies wird den verschiedenen Persönlichkeitsfaktoren der Pflegekräfte jedoch nicht gerecht. Weiterhin wurden die so generierten Daten auf Basis der individuellen Interpretation der Autor*innen dargestellt. Dies gilt auch für die hermeneutische Untersuchung dreier Studien von Bégat und Severinsson (2006), die auf Basis des Verständnisses der Autor*innen durchgeführt und

möglicherweise unter Einfluss eigener Erfahrungen bewertet wurde. Der Bericht von Ye und Wang (2007) zur Implementierung einer Form der kollegialen Beratung bildet lediglich erste Erkenntnisse über mögliche Outcomes ab, da die Intervention noch in der Anfangsphase ist. Die entsprechenden Ergebnisse sind aufgrund der eingeschränkten Nachvollziehbarkeit des Studiendesigns, der Methodik und auch der Datenkollektion und -analyse stark limitiert. Als letzten Punkt findet noch die explorative Literaturanalyse von Tietze (2010) Betrachtung. Auf der Basis vom Autoren gesichteter Literatur und eigenen Erfahrungswerten werden hier hauptsächlich Hypothesen hinsichtlich der Effektivität und möglicher Wirkungsmechanismen zusammengefasst. Die Validität entsprechender Aussagen ist hierbei allerdings nicht deutlich erkennbar. Deshalb können diese Ergebnisse zwar als richtungsweisend, aber nicht als evident bezeichnet werden.

Schlussfolgernd ist zu sagen, dass die Wirkung und Effektivität von kollegialer Beratung und CS gegenüber dem Burnout-Syndrom anhand der Studien zwar in limitierter, aber dennoch vertrauenswürdiger Weise überprüft werden konnte. Es wurden durchaus richtungsweisende Anhaltspunkte hinsichtlich der Prävention von Burnout geboten, sowie deutlich wurde, dass die Interventionen der Anwendbarkeit unter Praxisbedingungen entsprechen.

7.4 Beantwortung der Forschungsfrage, Ausblick und Handlungsempfehlungen

In Rückblick auf alle in der Diskussion betrachteten Aspekte ergibt sich, dass die Forschungsfrage mit einigen dargelegten Einschränkungen und vor allem nur in Bezug auf weibliche Pflegekräfte beantwortet werden konnte. Sowohl die kollegiale Beratung als auch die klinische Supervision haben das (derzeit noch limitierte) Potential, präventiv und gesundheitsfördernd auf das Burnout-Syndrom und dessen Symptome zu wirken. Die Wirkungen der kollegialen Beratung und der klinischen Supervision scheinen für sämtliche Fachbereiche des Gesundheitswesens zuzutreffen. Es könnte jedoch auch möglich sein, dass die verschiedenen Spezialisierungsbereiche, in dessen Rahmen einige Forschungsarbeiten durchgeführt wurden, eine Verzerrung der Ergebnisse darstellen. Zudem beinhalten die kollegiale Beratung und die klinische Supervision in ihrer potentiellen Effektivität mehr zu berücksichtigende Aspekte, als im Vorfeld angenommen wurde. Dies gilt beispielsweise für die diversen Einflussfaktoren, die die Wirkung der Interventionen maßgeblich mitbestimmen. Es war jedoch möglich, diese Gesichtspunkte trotzdem zu erheben und darzulegen und so einen umfassenden Überblick über die Wirkprozesse der Interventionen zu geben.

Ausblick und Handlungsempfehlungen

Um sowohl die kollegiale Beratung als auch die klinische Supervision als wirklich evidente Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung identifizieren zu können, bedarf es

jedoch weiterer und vor allem qualitativ hochwertigerer Forschung. Dies betonen alle Autor*innen der eingeschlossenen Studien. Zum einen müssen die Outcomes für die einzelne Pflegekraft, aber auch für die Arbeitsumgebung mit validen Ergebnissen belegt werden. Die Erkenntnisse dieser Arbeit können nur abbilden, welche positiven Effekte möglich wären. Der in dieser Arbeit gebotene Rahmen an Erkenntnissen könnte jedoch als eine Anregung genutzt werden, um gezielt weitere Forschung zu betreiben, da grundlegend ein hoher Nutzen für viele Beteiligte von den Maßnahmen zu erwarten ist (O'Connell *et al.* 2011, Brunero und Stein-Parbury 2008, Teasdale *et al.* 2001, Bégat und Severinsson 2006). Eine weiterführende Frage bleibt insgesamt unbeantwortet: Gibt es einen Punkt, an dem Pflegende aufgrund zu stark ausgeprägter Burnout-Symptome gar nicht mehr von den Interventionen profitieren können? (Koivu *et al.* 2012a).

Wie O'Connell *et al.* (2011) zusammenfassen, sollten Gesundheitsorganisationen ihren Fokus in Zukunft von kurzzeitigen Gewinnen und Nutzen auf den Schwerpunkt der Langzeitinvestitionen verlagern, um die Zukunft der Pflegekräfte zu sichern. Die benötigten Rahmenbedingungen werden von der Gesetzgebung definiert und es bestehen etliche Möglichkeiten und Unterstützungsaussichten für viele Organisationen, sich hier zu engagieren (siehe Kapitel 4). Letztendlich ist zu beachten, dass die Pflege sich mittlerweile zu einer anerkannten eigenständigen Profession entwickelt hat, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und einem interprofessionellen Austausch beruht. Die damit einhergehende Komplexität des Arbeitsfeldes und die stetig wachsenden Arbeitsanforderungen machen Interventionen wie die kollegiale Beratung und die klinische Supervision nötig. Aufgrund ihres vielschichtigen Charakters bieten sie viele Möglichkeiten, um nicht nur die Gesundheit der Pflegenden zu fördern, sondern sie auch in der Entwicklung und Festigung ihrer professionellen Kompetenzen zu unterstützen. So würden Pflegende in ihrer Gesundheit, das Management im Halten ihrer Arbeitskräfte und die Patient*innen durch hochwertige Pflege von einer Implementierung dieser Interventionen in die Praxis profitieren. Der bisherige Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen erschwert jedoch eine Einführung und effektive Umsetzung der Interventionen (Teasdale *et al.* 2001, Koivu *et al.* 2012a). Williamson und Dodds (1999) äußern in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass zu wenig getan wird, wo ein reelles Bedürfnis an Forschung besteht.

8. Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob die „kollegiale Beratung“ und „klinische Supervision“ in der Lage sind, dem Burnout-Syndrom und dessen vielfältigen Symptomen im Sinne der Krankheitsprävention vorzubeugen bzw. sie zu beeinflussen. Um dies zu erheben, wurde nach der Definition aller wichtigen fachlichen Grundlagen eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Insgesamt konnten 18 verschiedene relevante Quellen identifiziert werden. Dabei ergab sich, dass die kollegiale Beratung und die klinische Supervision eine Präventionsmöglichkeit für das Burnout-Syndrom bei Frauen darstellen, derzeit aber aufgrund mangelnder hochwertiger Forschung noch in limitierter Weise zu betrachten sind. Obwohl die CS in den inkludierten Studien mehr betrachtet wurde als die kollegiale Beratung, zeigten die Ergebnisse insgesamt, dass beide Interventionen dazu beitragen können, nicht nur spezifischen Symptomen des Burnout-Syndroms entgegenzuwirken, sondern auch das allgemeine Wohlbefinden der Pflegekräfte im Rahmen ihrer Arbeit zu steigern.

Hierzu tragen u.a. der Austausch zwischen den Pflegekräften während der Gruppensitzungen und das Erlangen reflexiver Fähigkeiten wesentlich bei. Denn aufgrund des Zeitdrucks und des hohen Arbeitsaufkommens in der Pflegearbeit besteht für das Teilen belastender Erfahrungen sonst nur wenig Raum. Da solche aber in der Arbeit mit zum Teil schwer kranken Menschen nicht selten gemacht werden, ist es für die Pflegekräfte wichtig, darüber zu sprechen und dadurch zu erkennen, dass mit ihren Ängsten und der Unsicherheit in ihrer Arbeit nicht alleine sind. Dieser Aspekt schafft zudem eine gegenseitige Anteilnahme und somit ein Gefühl von Solidarität und Zugehörigkeit im Team. Durch die so entstehende gegenseitige Aufmerksamkeit werden ebenso die Zusammenarbeit und Kommunikation unter den Mitarbeiter*innen gefördert. Im Umkehrschluss scheinen sich die Potentiale der verbesserten Gruppendynamik wieder positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der einzelnen Pflegekräfte auszuwirken und einen Rückgang von Burnout-Symptomen zu bedingen. Hierzu trägt auch das im Rahmen der Interventionen neu erworbene Wissen bei. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich die Pflegenden durch die erworbenen Kompetenzen in der Durchführung ihrer Arbeit und sowohl im Umgang, als auch in der Kommunikation mit ihren Patient*innen sicherer fühlen.

Trotz einiger positiver Entwicklungen ergaben sich jedoch kaum statistisch signifikante Veränderungen in den Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Dies lässt sich allerdings als eine logische Grenze der Interventionen vermuten, da es weiterhin viele Langzeitkranke und auch multimorbide Menschen gibt, die Pflegenden fachgerecht versorgen müssen. Auch der Mangel an Personal und somit das hohe Arbeitspensum der einzelnen Pflegekräfte können sich durch das Angebot der Interventionen nicht verändern. Hierzu bedarf es struktureller

und organisatorischer Umbrüche und Maßnahmen von Seiten der Arbeitgeber*innen, der Gesundheitsorganisationen und der Gesetzgebung.

Durch die Teilnahme an kollegialer Beratung und klinischer Supervision wird letztendlich lediglich ein Erlangen von Coping-Strategien und Handlungsoptionen zum Umgang mit den Herausforderungen der Pflegearbeit möglich. Dies ist natürlich positiv zu bewerten, da es maßgeblich dazu beiträgt, die Mitarbeiter*innen gesund zu erhalten. Allerdings wird in der Literatur auch deutlich, dass nicht jeder Mensch in gleichem Maße von der Wirkung präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen profitieren kann.

In Betrachtung der Wirkungsbereiche und Wirkprozesse der kollegialen Beratung und der klinischen Supervision scheint es insgesamt, als würden sowohl die Potentiale als auch die Grenzen der Interventionen in einer Wechselwirkung zueinanderstehen. Ein Gewinn an Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden des Einzelnen optimiert die Interaktion des gesamten Teams und der Arbeitsumgebung, was sich wiederum positiv für den/die Einzelne*n auswirkt. Die Grenzen der Interventionen, wie z.B. die Arbeitsbedingungen, bilden hier dahingehend eine Begrenzung, indem die positive Entwicklung der einzelnen Outcomes der Interventionen eingeschränkt wird. Dieses Wirkungsprinzip der Interventionen wird im Rahmen eines Schemas zusammengefasst, welches im Anhang unter Abbildung 1 zu finden ist.

Grundsätzlich ist eine Ableitung der genauen Anteile der Konzepte, die am ehesten präventiv gegenüber dem Burnout-Syndrom wirken, schwierig. Es kann jedoch trotzdem das Fazit gezogen werden, dass der grundsätzlich gesundheitsfördernde Charakter auf Basis des fachlichen und reflexiven Austausches der Erfahrungen von Menschen mit der gleichen Expertise sowohl für die CS, als auch für die kollegiale Beratung gilt.

Für die Zukunft wäre es wichtig, mehr Forschung über die Wirkung und Effektivität der klinischen Supervision und kollegialen Beratung im Einzelnen zu betreiben, um evidente und somit aussagekräftige Ergebnisse darlegen zu können. Diese systematische Literaturrecherche kann zwar wichtige Anhaltspunkte über die Wirkungsmechanismen und Outcomes der Interventionen bieten, doch nur auf Basis hochwertiger, wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse kann eine Aussage über den tatsächlichen Nutzen in der Praxis getroffen werden. Um zudem eine erfolgreiche Implementierung in die Praxis sicherzustellen, müsste ein genau definiertes und einheitliches Konzept betrachtet und überprüft werden. Auf Grundlage valider Ergebnisse könnten dann letztendliche Empfehlungen zur Umsetzung in Gesundheitseinrichtungen ausgesprochen werden. Nur so ist es möglich, dass die kollegiale Beratung und die klinische Supervision als wirksame Interventionen in den Leitfäden zur Krankheitsprävention Betrachtung finden und deren Qualitätsansprüchen genügen.

9. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Alexa Franke (Dt. erw. Hrsg.), Bd. 36, Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Bégat, Ingrid, Ellefsen, Bodil, Severinsson, Elisabeth (2005): Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian Study, in: *Journal of Nursing Management*, Nr. 13, S. 221-230.
- Bégat, Ingrid, Severinsson, Elisabeth (2006): Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being relates to their psychosocial work environment, in: *Journal of Nursing Management*, Nr. 14, S. 610-616.
- BKK Dachverband (2014): Luxemburger Deklaration, Online
http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/luxemburger_deklaration/Luxemburger_Deklaration.pdf [03.05.2017].
- Bond, Meg, Holland, Stevie (2010): *Skills of Clinical Supervision for Nurses – A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*, 2. Aufl., Glasgow: Bell and Bain Ltd.
- Brunero, Scott, Stein-Parbury, Jane (2008): The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review, in: *Australian Journal of Advanced Nursing*, Jg. 25, Nr. 3, S. 86-94.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Pflegefachkräftemangel, Online
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646> [04.12.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit 2016b: Betriebliche Gesundheitsförderung – Was steckt dahinter, Online
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/was-steckt-dahinter.html> [03.05.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit 2016c: Betriebliche Gesundheitsförderung – Umsetzung, Online
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/umsetzung.html> [03.05.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit 2016c: Betriebliche Gesundheitsförderung – Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz, Online
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheit-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html> [03.05.2017].

- Bundesverband mittelständische Wirtschaft (2017): Rechtliche Grundlagen, Online <https://www.bvmw.de/gemit/wissen/rechtliche-grundlagen.html> [03.05.2017].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Prävention und Krankheitsprävention, Online <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> [02.05.2017].
- Burisch, Matthias (2006): *Das Burnout-Syndrom*, 3. Aufl., Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Buus, Niels, Gonge, Henrik (2009): Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique, in: *International Journal of Mental Health Nursing*, Nr. 18, S. 250-264.
- Cross, Wendy, Moore, Alan, Ockerby, Sherene (2010): Clinical Supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital, in: *Contemporary Nurse*, Jg. 35, Nr. 2, S. 245-253.
- Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching (2012a): Supervision – ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit, Online http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf [04.12.2016].
- Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching (2012b): Supervision/ Coaching, Online <http://www.dgsv.de/supervision/> [25.04.2017].
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2017a): Ausgewählte Rechtsgrundlagen, Online <http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/rechtsgrundlagen-bgf/> [03.05.2017].
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2017b): Betriebliche Gesundheitsförderung – Eine Einführung, Online <http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/> [03.05.2017].
- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2017c): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Online <http://www.dnbgf.de/materialien/anzeige/news/luxemburger-deklaration-zur-betrieblichen-gesundheitsfoerderung/> [04.05.2017].
- Einkommensteuergesetz (2017): § 3, Online https://www.gesetze-im-internet.de/estg/___3.html, [21.05.2017].
- GKV Spitzenverband (2014a): Leitfaden Prävention, Online <http://www.bdem.de/pdf/Leitfaden-Praevention.pdf> [04.05.2017].

- GKV Spitzenverband (2014b): Anforderungen an Arbeitgeberleistungen zu Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 3 Nr. 34 EStG, Online
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/bgf/2015_Umsetzungshilfe_Jahressteuergesetz_kurz.pdf [04.05.2017].
- GKV Spitzenverband, Spitzenverband der deutschen Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Bundesrahmenempfehlung nach §20d Abs. 3 SGB V, Online
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf [05.05.2017].
- Günüşen, N. P., Ustün, B. (2010): An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses, in: *International Nursing Review*, Nr. 57, S. 485-492.
- Hyrkäs, Kristiina, Appelqvist-Schmidlechner, Kaija, Haatja, Riina (2006): Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 55, Nr. 4, S. 521-535.
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2017): Depression: What is burnout?, Online
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/> [26.04.2017].
- Kenny, Amanda, Allenby, Ann (2013): Implementing clinical supervision for Australian rural nurses, in: *Nurse Education in Practice*, Nr. 13, S. 165-169.
- Kocks, Andreas, Segmüller, Tanja, Zegelin, Angelika (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege – Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung, Online
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2011/09/2012-11-26-Leitfaden-DGP-A4-es-FINAL-gute-Aufl%C3%B6sung.pdf> [06.05.2017].
- Koivu, Aija, Saarinen, Pirjo Irmeli, Hyrkäs, Kristiina (2012a): Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses, in: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 21, S. 2567-2578.
- Koivu, Aija, Saarinen, Pirjo I., Hyrkäs, Kristiina (2012b): Does clinical supervision promote medical-surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study, in: *Journal of Nursing Management*, Nr. 20, S. 401-413.
- Lakeman, Richard, Glasgow, Christine (2009): Introducing peer-group clinical supervision: An action research project, in: *International Journal of Mental Health Nursing*, Nr. 18, S. 204-210.

- Moosler, Gabriele, Messenholl, Elke, Ender, Christian P., Geelhaar, Christiane W. (2009):
Burnout bei Krankenpflegepersonal im Kontext der Burnoutforschung, Online
http://inter-uni.com/static/download/publication/psychosozial/p_Moosler_et_al_+Pflegerwissenschaften_2010+_Burnout_Pflegekraefte.pdf [27.04.2017].
- O'Connell, Bev, Ockerby, Cherene M., Johnson, Susan, Smenda, Helen, Bucknall, Tracy K. (2011): Team clinical supervision in Acute Hospital Wards: A Feasibility Study, in:
Western Journal of Nursing Research, Jg. 35, Nr. 3, S. 330-347.
- Peterson, Ulla, Bergström, Gunnar, Samuelsson, Mats, Asberg, Marie, Nygren Ake (2008):
Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 63, Nr. 5, S. 506-516.
- Schewior-Popp, Susanne, Sitzmann, Franz, Ullrich, Lothar (2012): *Thiemes Pflege – Das Lehrbuch für Pflegendende in der Ausbildung*, 12. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (2017): §20a SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20a.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (2017): § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (2017): § 20b SGB V Betriebliche Gesundheitsförderung, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20b.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (2017): § 20c SGB V Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20c.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (2017): § 20d SGB V Nationale Präventionsstrategie, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20d.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung (2017): § 1 SGB VII Prävention, Rehabilitation, Entschädigung, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvii/1.html>, [21.05.2017].
- Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung (2017): § 2 SGB VII Versicherung kraft Gesetzes, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvii/2.html>, [21.05.2017].

- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2017): § 84 SGB IX Prävention, Online
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/84.html>, [21.05.2017].
- Statistisches Bundesamt (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik, Online
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile [04.12.2016].
- Teasdale, Kevin, Brocklehurst, Neil, Thom, Natasha (2001): Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 33, Nr. 2, S. 216-224.
- Technische Universität Dresden (2016): Dresdner Burnout Studie – Häufigkeit von Burnout, Online
<https://burnout-studie.psych.tu-dresden.de/node/3> [04.12.2016].
- Tietze, Kim-Oliver (2010): *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von Kollegialer Beratung – Theoretische Entwürfe und empirische Forschung*, 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tietze, Kim-Oliver (2013): *Kollegiale Beratung – Problemlösungen gemeinsam entwickeln*, Friedemann Schulz von Thun (Hrsg.), 6. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Wallbank, Sonya, Hatton, Sue (2011): Reducing burnout and stress: the effectiveness of clinical supervision, in: *Community Practitioner*, Jg. 84, Nr. 7, S. 21-25.
- Williamson, Graham R., Dodds, Sarah (1999): The effectiveness of a group approach to clinical supervision in reducing stress: a review of the literature, in: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 8, S. 338-344.
- World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Online
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [02.05.2017].
- World Health Organization (2017): Stress at the workplace, Online
http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/ [26.04.2017].
- Ye, ZhiHong, Wang, JuXiang (2007): The success of a nursing peer support programme in China, in: *Journal of Clinical Nursing*, Jg. 16, Nr. 7, S. 1374-1376.

10. Anhang

Verzeichnis

Tabelle 1:	Pubmed via Medline: Wichtigste verknüpfte Suchbegriffe und entsprechende Treffer.....	I
Tabelle 2:	Suche über einzelne verknüpfte Suchbegriffe in den Datenbanken Pubmed via Medline, Cochrane, PsycInfo und CINAHL.....	III
Tabelle 3:	Synopse der Literatur.....	V
Abbildung 1:	Wirkungsmechanismen der kollegialen Beratung und der klinischen Supervision.....	XII

Tabelle 1: Pubmed via Medline: Wichtigste verknüpfte Suchbegriffe und entsprechende Treffer

Suchbegriffe (inkl. Boolesche Operatoren)	Treffer	Relevante Treffer	Name der Autor*innen (Erscheinungsjahr)
Search (((((((((caregiver) OR nursing staff) OR nurses) OR carers) NOT teacher) NOT physician) NOT school) NOT students)) AND ((((((prevention program) OR prevention)) AND ((((((((((reflective peer support groups) OR reflective support groups) OR reflective groups) OR reflective supervision groups) OR reflective peer supervision groups) OR reflecting peer supervision groups) OR reflecting supervision groups) OR reflecting groups) OR reflecting support groups) OR reflecting peer support groups))) AND (((((((((mental fatigue) OR fatigue) OR emotional exhaustion) OR mental exhaustion) OR exhaustion) OR burnout syndrome) OR burnout))	0	0	-
Search (((((carers) OR nurses) OR nursing staff) OR caregiver)) AND ((((((prevention program) OR prevention)) AND ((((((((((reflective peer support groups) OR reflective support groups) OR reflective groups) OR reflective supervision groups) OR reflective peer supervision groups) OR reflecting peer supervision groups) OR reflecting supervision groups) OR reflecting groups) OR reflecting support groups) OR reflecting peer support groups))) AND (((((((((mental fatigue) OR fatigue) OR emotional exhaustion) OR mental exhaustion) OR exhaustion) OR burnout syndrome) OR burnout))	0	0	-
Search (((((caregiver) OR healthcare workers) OR nursing staff) OR nurs*)) AND (((((((((emotional exhaustion) OR fatigue) OR mental fatigue) OR mental exhaustion) OR exhaustion) OR burnout syndrome) OR burnout)) AND (((((prevention program) OR prevention)) AND (((reflective clinical supervision) OR clinical supervision groups) OR clinical supervision)))	348	11	Koivu et al. (2012a) Wallbank und Hatton (2011) Cross et al. (2010) Peterson et al. (2008) Rice et al. (2007) Bégat und Severinsson (2006) Edwards et al. (2006) Hyrkäs et al. (2005) Tilley et al. (2003) Teasdale et al. (2000) Williamson und Dodds (1999)

Suchbegriffe (inkl. Boolesche Operatoren)	Treffer	Relevante Treffer	Name der Autor*innen (Erscheinungsjahr)
Search (((((((mental fatigue) OR fatigue) OR emotional exhaustion) OR mental exhaustion) OR exhaustion) OR burnout syndrome) OR burnout)) AND (((((((reflective peer support groups) OR reflective support groups) OR reflective groups) OR reflective supervision groups) OR reflective peer supervision groups) OR reflecting peer supervision groups) OR reflecting supervision groups) OR reflecting groups) OR reflecting support groups) OR reflecting peer support groups)	99	1	Peterson et al. (2008)
((((prevention program) OR prevention)) AND (((((((reflective peer support groups) OR reflective support groups) OR reflective groups) OR reflective supervision groups) OR reflective peer supervision groups) OR reflecting peer supervision groups) OR reflecting supervision groups) OR reflecting groups) OR reflecting support groups) OR reflecting peer support groups))) AND (((((((mental fatigue) OR fatigue) OR emotional exhaustion) OR mental exhaustion) OR exhaustion) OR burnout syndrome) OR burnout)	13	1	Peterson et al. (2008)

Tabelle 2: Suche über einzelne verknüpfte Suchbegriffe in den Datenbanken Pubmed via Medline, Cochrane, PsycInfo und CINAHL

Datenbank	Suchbegriffe inkl. Boolescher Operatoren	Limits	Treffer	Relevante Treffer	Name der Autoren (Erscheinungsjahr)
Pubmed via Medline	group supervision and burnout and nursing		309	8	O'Connell et al. (2011) Rice et al. (2007) Williamson und Dodds (1999) Koivu et al. (2012a) Bégat et al. (2005) Kenny und Allenby (2013) Koivu et al. (2012b) Edwards et al. (2005)
	Peer supervision and burnout and nursing		56	5	Koivu et al. (2011b) Cross et al. (2010) Lakeman et al. (2009) Ye et al. (2006) Williamson et al. (1999)
	Clinical supervision and burnout	Randomized controlled trial/ Systematic Review	71	4	Buus und Gonge (2009) Peterson et al. (2008) Rice et al. (2007) Teasdale et al. (2000)
	Peer consultation and burnout		4	0	-
Cochrane	Supervision and burnout		11	5	Berg et al. (1994) Berg et al. (1999) Bégat und Severinsson (2006) Williamson und Dodds (1999) Edwards et al. (2005)
	Peer support groups and burnout		4	1	Peterson et al. (2008)

Datenbank	Suchbegriffe inkl. Boolescher Operatoren	Limits	Treffer	Relevante Treffer	Name der Autoren (Erscheinungsjahr)
PsycInfo	Clinical supervision and burnout		65	0	-
	Clinical supervision and nurs* and burnout		39	0	-
	Clinical supervision and nurs*		351	0	-
	Reflecting peer support groups and nurs*		107	0	-
	Reflecting peer suooprt groups and burnout		15	0	-
	Peer consultation and burnout		52	0	-
CINHAL	Clinical supervision and burnout		75	10	Edwards et al. (2005) Koivu et al. (2012a) Koivu et al. (2012b) Hyrkäs et al. (2005) Hyrkäs et al. (2006) Bégat et al. (2005) Bégat und Severinsson (2006) Wallbank und Hatton (2011) Tilley et al. (2003) Rice et al. (2007)
	Reflective peer support groups and burnout		15	0	-
	Support groups and burnout		110	3	Peterson et al. (2008) Ye und Wang (2007) Günüsen und Ustün (2010)
	Reflective groups and burnout and prevention		3	0	-

Tabelle 3: Synopse der Literatur

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Peterson <i>et al.</i> 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, welchen Effekt die Teilnahme an einer Peer-Support-Gruppe auf die selbstberichtete Gesundheit und das Burnout-Syndrom hat - Ermittlung, welche Veränderungen in den Arbeitsbedingungen wahrgenommen wurden 	<p>Randomisierte kontrollierte Studie in Schweden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomisierung von Befragten, die hohen Score in Erschöpfungsdimension aufwiesen - Interventionsgruppe (n=51) und Kontrollgruppe (n=80) - 5 Messzeitpunkte (Baseline (n=3719), Pre-Treatment(n=131), Follow-up nach Beendigung der Intervention (n=123), nach 7 Monaten (n=115) und nach 12 Monaten(n=110)) <p>Messinstrumente: "Oldenburg Burnout Inventory"; "General Nordic Questionnaire for Psychosocial and Social Factors at Work"; "Maslach Burnout Inventory"; "Hospital Anxiety and Depression Scale" (Schwedische Version); "Short Form Health Survey"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach 7 und 12 Monaten nach Beendigung der Intervention Erhebung selbstberichteter Veränderungen der Arbeitsbedingungen <p>Datenanalyse: SPSS und ANOVA; Kategorisierung der selbstberichteten Angaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitative Ansprüche und generelle Gesundheit haben sich signifikant in Abhängigkeit von Messzeitpunkten und Gruppe verbessert <p>Qualitative Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer*innen können ähnliche Situationen miteinander teilen - Erlangung von Wissen über Stress, Stresssignale und Coping-Strategien ist hilfreich - Förderung des Selbstbewusstseins - Entlastung der Symptome - Veränderungen im eigenen Verhalten der Pflegenden - Themen der CS auf „richtige Probleme“ fokussiert - CS-Gruppe bietet Gefühl der Zugehörigkeit, Anteilnahme, Solidarität und Freundschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Überwiegend weibliche Teilnehmer*innen → keine Übertragbarkeit auf Männer - Selbstberichtete Daten subjektiv - Individuelle Analyse der qualitativen Daten durch die Autor*innen - Keine Verblindung möglich - Keine Angabe, ob Datenanalyse nach Intention-to-treat-Prinzip erfolgt - Im Vorfeld keine Stichprobenkalkulation - Keine Angabe von Konfidenzintervallen
Günüşen und Üstün 2010	<p>Evaluation der Effekte von Copingtraining und Gruppensupport- Interventionen um Burnout bei Pflegenden zu reduzieren</p>	<p>Randomisiert kontrollierte Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegenden die einen Score über dem Median hatten wurden eingeladen an Studie teilzunehmen - Randomisierte Aufteilung in Coping- und sozialer-Support-Gruppe sowie Kontrollgruppe (jeweils n=36) - Datenerhebung bei allen drei Gruppen zeitgleich und mit gleichem Messinstrument (s.o.) - Intervention zw. März und Dezember 2007 (7 Sitzungen a 1,5- 2h) <p>Messinstrumente: „Maslach Burnout Inventory“ zur Erhebung von Burnoutdimension vor und nach der Intervention, sowie 6 Monate nach Beendigung; Fragebogen zur Erhebung demografischer Daten</p> <p>Datenanalyse: statistische Analyse auf Basis von Intention-to-Treat-Prinzip</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten - Keine signifikanten Veränderungen in emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungsfähigkeit - Emotionale Erschöpfung verbessert sich nach der Intervention und verschlechtert sich wieder nach 6 Monaten - Weder zwischen den Gruppen noch zwischen den Gruppen in Abhängigkeit von der Zeit der Erhebung signifikante Unterschiede in den Scores ermittelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Nur Frauen in Studie einbezogen → keine Übertragbarkeit auf Männer - Keine Verblindung der Studienteilnehmer*innen - Stichprobe in den Gruppen während Intervention zurückgegangen

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Buus und Gonge 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf CS in der psychiatrischen Pflege unabhängig von Design und Gebrauch des Begriffs - Sammlung und kritische Bewertung der Literatur - Identifikation und Diskussion von Themen, die von zukünftiger Forschung profitieren würden 	<p>Systematische Literaturrecherche Datenbanken: CINHAL, Pubmed und PsycInfo</p> <ul style="list-style-type: none"> - 34 Studien eingeschlossen - Anhand von 3 Checklisten bewertet - Zusammenfassung der Ergebnisse - Methodologische Kritik 	<ul style="list-style-type: none"> - Literatur weist auf generelles Potential für die voranschreitende empirische Untersuchung von CS durch eine weitere Betrachtung mit anspruchsvolleren und etablierten Untersuchungsmethoden hin - CS meist als „gute Sache“ erkannt, aber nur wenig empirische Evidenz in den Studien enthalten, die diesen Anspruch unterstützt - Grundsätzliches Problem ist Uneinigkeit über Definition von CS und Verwendung von geeigneten Messinstrumenten zur Erhebung der Outcomes 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche anhand Schlagwort „Clinical Supervision“ umfasst nicht alle Begriffe, unter denen ähnliche Interventionen in verschiedenen Ländern beschrieben werden - Genutzte Datenbanken umfassen nicht alle Typen von Monografien, grauer Literatur und Buchkapiteln - Ergebnisse auf psychiatrische Pflegende beschränkt
Brunero und Stein-Parbury 2008	<p>Überprüfung von selektierten Forschungsstudien, die ihren Fokus auf die Effektivität von CS legen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfassung empirischer Evidenz für CS, speziell um Pflegende über CS informieren zu können, die CS einführen oder ihren Fortbestand betrachten wollen 	<p>Evidenzbasierter Literaturüberblick Datenbanken: Medline, CINHAL, PsycInfo und Cochrane Datenbank</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22 Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten - Berichtete Outcomes wurden nach Proctor's Modell kategorisiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle drei Funktionen nach Proctor sind evident - Formativ: Edukative Aktivität als Basis der CS - Normativ: Entwicklung von Konsistenz eines Ansatzes der Patientenversorgung - Restorativ: Bieten von Validation und Support für Kolleg*innen im Rahmen von Gruppenfeedback - Restorative Funktion geringfügig mehr berichtet 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht alle Studien über CS eingeschlossen → Selektion über bestimmte Kriterien - Subjektives Verständnis der Literatur von Seiten der Autor*innen - Zuordnung der Ergebnisse zu Funktionen nach Proctor → Individuelle Zuordnung durch Autor*innen nach Verständnis des Modells
Williamson und Dodds 1999	<p>Explorieren von Gruppenansätzen der CS bzgl. ihres Potentials Arbeitsstress und Burnout zu reduzieren</p>	<p>Recherche der Literatur Datenbanken: CINHAL und Medline</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische und kritische Betrachtung der Studieninhalte 	<p>Lediglich die Ergebnisse einer Studie (Butterworth <i>et al.</i> 1997) demonstrieren ausreichend Genauigkeit, um als Evidenz für die Effektivität von gruppenbasierter klinischer Supervision zur Reduktion von Stress bei Pflegenden gewertet werden zu können</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Literatur über Reduktion von Stress durch CS nicht systematisch überprüft - Subjektives Verständnis der Literatur von Seiten der Autor*innen - Lediglich europäische Literatur ab 1990 eingeschlossen

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Koivu <i>et al.</i> 2012b	Zusammenfassung der Effektivität von CS in Bezug auf arbeitsbedingte und psychosoziale Risikofaktoren, die Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Pflegekräfte in der medizinisch-chirurgischen Pflege haben Zugrunde liegende Hypothese: Innerhalb von vier Jahren verändern sich Wahrnehmung und Gesundheit positiv, wenn Pflegenden effektive CS erhalten	Prä-Post- Evaluationsstudie Quasi-experimentelles Design - Experimentelle Gruppe (n=41) (gute Bewertung der CS) und zwei Vergleichsgruppen (keine Teilnahme an CS (n=82)/ schlechte Bewertung der CS (n=43)) - 2004-2007 Implementierung von 19 CS-Gruppen durch 15 klinische Supervisor*innen auf 14 chirurgischen und medizinischen Stationen - Baseline-Erhebung 2003 bei allen Pflegenden des Krankenhauses → Follow-up Daten nach Beendigung 2007 auf allen Interventionsstationen Messinstrumente: Selbstberichtete Gesundheit; "The Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work"; "Maslach Burnout Inventory"; "General Health Questionnaire 12"; "Manchester Clinical Supervision Scale" Datenanalyse: über SPSS und ANOVA; Analyse der selbstberichteten Aussagen	- Outcomes durch CS konnten durch kritische Reflexion und transformatives Lernen erreicht werden (verbesserte professionelle Autonomie und Selbstwirksamkeit) - Verbesserung von Arbeitsressourcen und psychologischem Distress bei effektiver CS - Wahrnehmung der Arbeitsansprüche, Symptome emotionaler Erschöpfung und Zynismus blieben auch unter effektiver CS unverändert	- Keine Randomisierung - Männer in Untersuchung ausgeschlossen → Ergebnisse nicht auf diese übertragbar - Selbstberichtete Messungen oft verzerrt - Individuelle Analyse der selbstberichteten Gesundheit durch die Autor*innen - Selbstberichtete Gesundheit ist subjektiv
O'Connell <i>et al.</i> 2011	Machbarkeit einer Implementierung und Evaluation von Gruppen-CS für Pflegenden und Hebammen, die auf Akutstationen arbeiten	Durchführbarkeits- und Prä-Post-Evaluationsstudie auf zwei Stationen in zwei Krankenhäusern - Gemixter Methodenansatz → Prä-Erhebung (n=36) und Post-Erhebung (n=27) Messinstrumente: „Work Environment Questionnaire“ und Fokusgruppe (n=20) zur Erhebung der subjektiven Wahrnehmung von CS - Intervention zw. Mai und Dezember 2008 Datenanalyse: SPSS und Analyse der Inhalte der Fokusgruppen	- Keine signifikanten Veränderungen in den Subskalen des Messinstrumentes - In Fokusgruppen positive Bewertung der CS unabhängig von Station und Krankenhaus - CS ist erfolgreich, Assistenz in der Bewältigung schwieriger Situationen am Arbeitsplatz zu bieten - Teilnehmer*innen berichten Motivation Fragen zu stellen und bestehende Praxis zu verändern → mehr „Power“ Veränderungen anzustreben	- Geringe Stichprobengröße - 90% weibliche Teilnehmer - Inhalte der Fokusgruppen als subjektive Notizen des/der Moderators/-in festgehalten - Individuelle Analyse der selbstberichteten Aussagen durch die Autor*innen
Wallbank und Hatton 2011	Evidenz über die Effektivität eines Modells von CS zur Reduzierung von Burnout und Stress bei Gesundheitsbeauftragten und Schulkrankenschwestern soll zur Verfügung gestellt werden	Prä- Post-Evaluationsstudie Messinstrumente: "Professional Quality of Life Scale" zur Baseline- und Post- Erhebung und "Impact of Event Scale" (Messung von Stress) - Teilnahme von 22 Pflegenden zwischen April und Oktober 2010 an insgesamt 128 CS-Sitzungen mit geschulten Supervisor*innen - Jede/r Teilnehmer*in nahm an 6 Sitzungen teil - Halbtägige Schulung über theoretisches Konzept der CS im Vorfeld Datenanalyse: Statistische Auswertung	- Genutztes Modell restaurativer CS ist effektiv in Reduzierung von Stress und Burnout - CS ist in der Lage, die Fähigkeit zu denken und Entscheidungen zu treffen wiederherzustellen und das Belastungsrisiko in der Organisation zu senken - Stress wird durch die Möglichkeit über Ängste bzgl. der eigenen Fähigkeiten zu sprechen reduziert - Post-CS Burnout bei 36% und Post-CS Stress bei 59% der Teilnehmer*innen auf nicht klinisches Level reduziert	- Geringe Stichprobengröße - Lückenhafte Angabe von statistisch relevanten Werten - Ergebnisse nur in Ansätzen und zum Teil schwer nachvollziehbar beschrieben - Instrumente zur Datenanalyse nicht nachvollziehbar

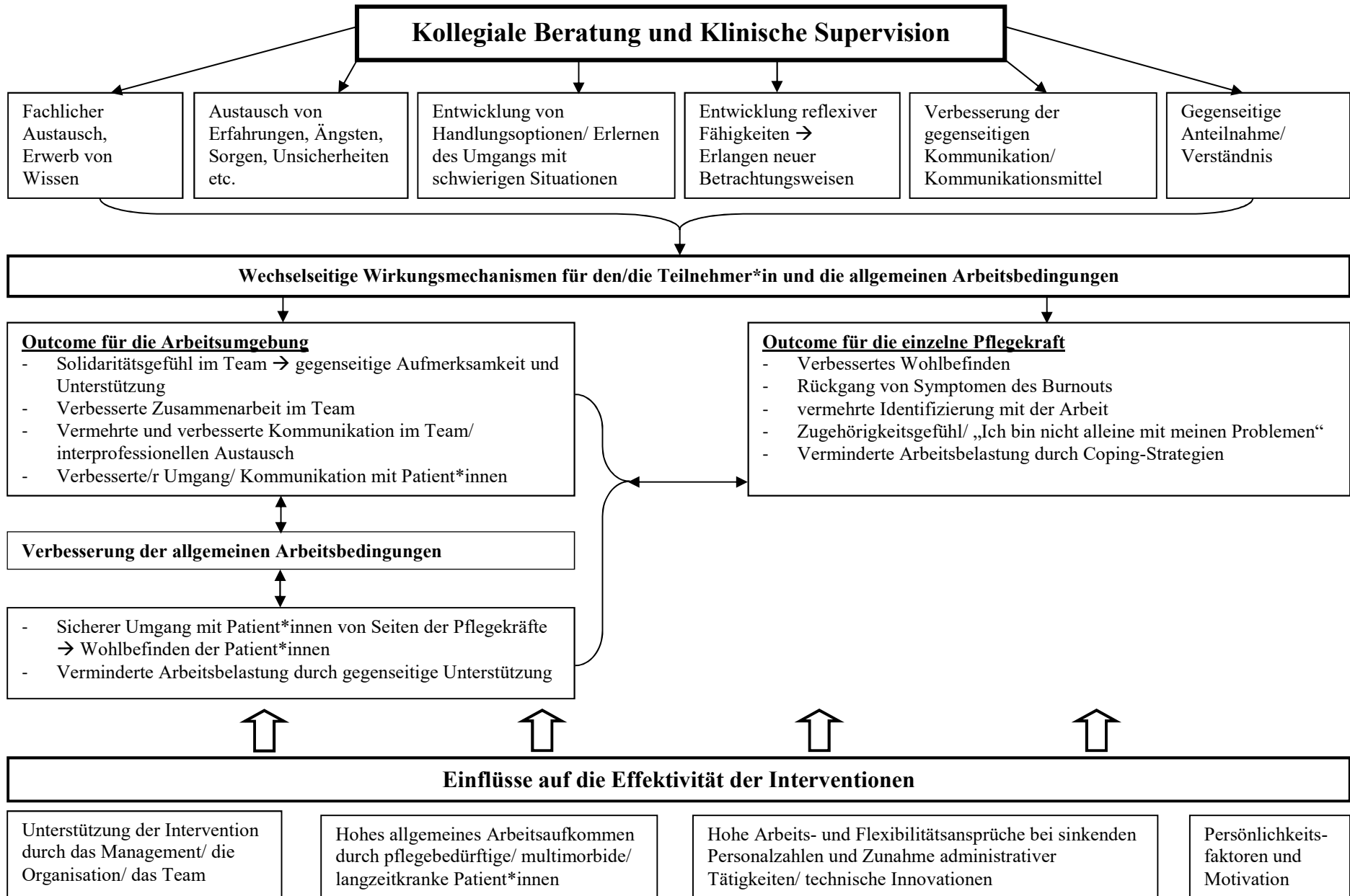
Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Teasdale <i>et al.</i> 2001	Bewertung der Effektivität von klinischer Supervision 3. Fragen: - Wie trägt CS zum Management kritischer Ereignisse in der Pflegepraxis bei? - Berichten Pflegekräfte die CS erhalten geringere Level an Burnout als die, die keine CS erhalten? - Fühlen sich Pflegekräfte die CS erhalten besser in ihrer Arbeitsumgebung unterstützt als die, die keine CS erhalten?	Evaluationsstudie - 211 qualifizierte Pflegenden aus 11 zufällig ausgewählten Krankenhäusern und Kommunenstiftungen in England befragt Quantitative Datenerhebung Messinstrumente: Fragebogen zur Erhebung der Backgroundinformationen; "Critical incident Questionnaire"; "Maslach Burnout Inventory"; "Nursing in Context Questionnaire" Qualitative Datenerhebung auf Basis niedergeschriebener kritischer Ereignisse Datenanalyse: SPSS; Vergleich von Pflegenden die CS erhalten und denen, die keine CS erhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Kritische Ereignisse sind überwiegend patientenbezogen - MBI: signifikante Verbesserung der persönlichen Erfüllung, keine signifikante Veränderung in emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation - NICQ: hohe signifikante Differenzen in 3 untersuchten Bereichen: Zuhören und Unterstützung durch Management $p < 0,000$; Umgang mit der Arbeit $p = 0,003$; greifender Support $p < 0,000$ - Verschiedene Einflussfaktoren auf Effektivität der CS (klinischer Grad, Arbeitsort, Typ des Supervisors, Alter) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse des NICQ sind aufgrund der Neuheit des Instrumentes limitiert - 89% weibliche Teilnehmer*innen → keine Übertragbarkeit auf Männer - Keine zufällige Zuteilung zur Interventions- und Kontrollgruppe - Subjektive Erfassung und Analyse der qualitativen Daten - Lediglich eine Datenerhebung
Koivu <i>et al.</i> 2012a	Identifikation, welche Pflegenden am meisten von CS profitieren und inwieweit die Pflegenden, die nach eigener Auffassung effiziente CS erhalten haben, zufriedener mit ihrer Arbeit sind als die, die keine CS erhielten	Evaluationsstudie - Implementierung eines CS Programms an einem Universitätsklinikum von 2004 bis 2006 - nach Beendigung der Intervention 2007 Fragebögen an 304 weibliche Pflegenden Messinstrumente: Background-Fragebogen; "Manchester Supervision Scale"; "Maslach Burnout Inventory"; "Minnesota Job Satisfaction Scale"; "Good Nursing Care- Questionnaire" - 48,7% Teilnehmer*innen an CS Datenanalyse: SPSS; Vergleich der erhobenen Daten nach Art der Abgabe der Evaluationen von den Pflegenden (positive/ negative Evaluation; keine CS erhalten)	<ul style="list-style-type: none"> - Keine signifikanten Veränderung in Bezug auf die wahrgenommenen Veränderungen der Arbeitsansprüche - Im Vorfeld am stärksten belastete Pflegenden profitierten am meisten von CS - Die Pflegenden die angaben, effiziente CS erhalten zu haben, berichteten mehr Arbeits- und persönliche Ressourcen und waren motivierter und besser gegenüber der Organisation eingestellt - Professionelle Erfolglosigkeit einzige Burnout -Dimension, die sich durch effektive CS verbessert hat 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Übertragbarkeit auf Männer - Ergebnisse nicht auf andere Institutionen/ Länder übertragbar - Keine zufällige Zuteilung zur Interventions- und Kontrollgruppe - Lediglich eine Datenerhebung nach Beendigung der Intervention
Hyrkäs <i>et al.</i> 2006	Bestimmung, inwieweit Background und umgebende Infrastruktur der an CS teilnehmenden Pflegenden einen Einfluss auf die Wirksamkeit der CS, die Arbeitszufriedenheit, Level von Burnout und die Wahrnehmung der Pflegequalität vorhersagen lassen	Evaluationsstudie - Datenerhebung zw. Oktober 2000 und Februar 2001 → 799 Teilnehmer*innen von 12 Krankenhäusern in Finnland Messinstrumente: Fragebogen zur Erhebung der Backgroundvariablen; „Maslach Burnout Inventory“; „Minnesota Job Satisfaction Scale“ (kurze Fassung) und „Good Nursing Care- Questionnaire“ Datenanalyse: SPSS, ANOVA	<ul style="list-style-type: none"> - Background und Infrastruktur der CS sind Prädiktoren für Beurteilung der CS - Background und Infrastruktur sind statistisch signifikante Prädiktoren für Effektivität der CS, Arbeitszufriedenheit, Level von Burnout und Beurteilung der Pflegequalität - Alter, Edukation, Beschäftigungsstatus, Spezialisierungsbereich, Arbeitsstunden, Arbeitserfahrung und Erfahrung als Supervisor beeinflussen die Outcomes und die Bewertung der CS 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht vollständig bearbeitete Fragebögen in Datenanalyse einbezogen - Hohe Sensibilität der Messinstrumente bei inkompletten Datensets - Komplexität der CS schwer erfassbar → weitere Einflussvariablen möglich - lediglich eine Datenerhebung

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Cross <i>et al.</i> 2010	Implementierung und Evaluation von Gruppen-CS für Pflegende einer medizinischen Station mit Langzeiterkrankten und komorbiden Patient*innen eines tertiären Lehrkrankenhauses	Evaluationsstudie <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz einer in CS geschulten Pflegekraft ab Juli 2005 für 12 Monate auf einer Station - CS für 6 Pflegende in wöchentlichen Sitzungen - Evaluation durch Fokusgruppen nach 6 Monaten bzgl. der Erfahrungen mit CS Datenanalyse: Die von einem/-er Forschungsassistenten/-in festgehaltenen Daten der Fokusgruppe wurden ausgewertet → Zuordnung in Themenbereiche	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt als positive Erfahrung beschrieben → Vorteil sowohl in Reduktion von Stress als auch im einander verstehen - CS als Möglichkeit Situationen nachzubesprechen, zu reflektieren und Erfahrungen zu teilen → alternative Ansätze für das Problem entwickeln - CS als nützliches Instrument für das Management, ältere Pflegende zu halten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse auf spezielle Station beschränkt → nicht generierbar für andere Settings - Kleine Stichprobengröße - Keine validierten Messinstrumente zur Erhebung der Daten - Subjektivität der festgehaltenen Aussagen der Fokusgruppe - Subjektive Analyse der Daten durch die Autor*innen - lediglich eine Datenerhebung
Bégat <i>et al.</i> 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung der Zufriedenheit der Pflegenden mit ihrer psychosozialen Arbeitsumgebung und ihrer moralischen Sensibilität - Erhebung von Unterschieden in den Outcomes von CS auf das Wohlbefinden der Pflegenden 	Evaluationsstudie Deskriptiv-korrelatives Studiendesign <ul style="list-style-type: none"> - 71 Pflegende von zwei Krankenhäusern befragt - Systematischer Vergleich von CS-Teilnehmer*innen und denen die keine CS erhalten Messinstrumente: Fragebogen zu demografischen Daten; „Work Environment Questionnaire“; modifizierte Form des „Moral Sensitivity Questionnaire“ Datenanalyse: SPSS	<ul style="list-style-type: none"> - Ethische Konflikte sind ein Grund für arbeitsbedingten Stress und Ängste - Support der Pflegenden durch CS hat positiven Einfluss auf die Wahrnehmung des Wohlbefindens - CS hat positive Effekte auf physische Symptome, Gefühle der Angst und etwas nicht unter Kontrolle zu haben - Psychosoziale Arbeit hat Einfluss auf Erfahrung des Kontrollgefühls, das Engagement und die Motivation von Pflegenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Pflegenden in Faktoranalyse klein - Keine Transferierung auf andere Gruppen möglich - Keine Angabe über Art und Durchführung der CS - Keine Angabe über Zuteilung der Teilnehmer*innen zu Interventions- und Kontrollgruppe - Keine Angabe über Messzeitpunkte
Ye und Wang 2007	Erste Evaluierung der Implementierung eines kollegialen Unterstützungs-Programms in einem Krankenhaus in China	Implementierungs-/ Evaluationsstudie Kurzer Forschungsbericht, der die im Zeitraum von April 2003 bis Mai 2005 monatlich von den Teilnehmer*innen berichteten kritischen Ereignisse und den durch die Gruppe beeinflussten/ veränderten Umgang mit diesen Situationen beschreibt	<ul style="list-style-type: none"> - Missverständnisse und Tod/ Sterben machen 58,8% des Inhalts der Gruppeninterventionen aus - CS guter Kanal, um psychosoziale Gesundheit von Pflegenden zu unterstützen/ verbessern - Seit Einführung der CS sind Pflegende sensibler für eigene psychosoziale Bedürfnisse und können Herausforderungen besser meistern 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierung der Intervention in Anfangsphase - Datenerhebung über subjektive Aussagen im Kontakt mit Pflegenden → keine validierten Messinstrumente genutzt - Allgemeines Design und Datenkollektion/ - Analyse kaum nachvollziehbar

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Lakeman und Glasgow 2009	Entwicklung, Implementierung und Evaluierung einer Form von CS, die für die teilnehmenden Pflegenden akzeptabel und vertretbar ist und wenig Ressourcen benötigt	Anwendungsbezogenes Forschungsprojekt/ Evaluationsstudie <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme von 10 Pflegenden der Psychiatrie in Trinidad über 5 Monate - Bestimmung der Methode und Inhalte der CS durch CS-erfahrenen Autor und teilnehmende Pflegende - Implementierung in Pflegepraxis durch Fokusgruppen mit initialer Evaluierung durch die Pflegenden Datenanalyse: Aufnahme und Transkribierung der Inhalte der Fokusgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung, Implementierung und Teilnahme durch Pflegende ohne Erfahrung mit CS nicht sonderlich effizient und effektiv - Selbstberichtete Gefühle vermitteln Eindruck, dass Erfahrung hilfreich war und Teilnehmer sich unterstützt fühlten - Peer-Group-Modell kann Reflexionsvermögen fördern und Wissen vereinen 	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe Teilnehmerzahl - Aussagen in Fokusgruppen subjektiv - Individuelle Transkribierung durch Autor*innen - Keine Vergleichsgruppe um Effektivität zu überprüfen - Keine validierten Messinstrumente zur Erhebung der Outcomes genutzt - Weder Modell noch Ergebnisse generierbar auf andere Settings und Pflegeprofessionen
Kenny und Allenby 2013	Explorieren des Potentials von CS als Mechanismus zur Reflexion der Praxis, Vertrauensbildung, Stressreduktion und Vermeidung von Burnout	Evaluationsstudie Interpretativ-deskriptives Design <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung eines 6-monatigen CS-Programms → Implementierung mit 22 ländlichen Pflegenden Datenanalyse: Inhalte einer Gruppendiskussion nach Beendigung der CS auf Basis der Frage „Wie ist dein Blick auf das CS-Programm?“ <ul style="list-style-type: none"> - Thematisch vernetzter Ansatz zur Kategorisierung der Inhalte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verständnis und Einsatz <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über CS wichtig für Teilnahme; CS und das hier Erarbeitete geringste Priorität im Arbeitsalltag (Arbeitsaufkommen) 2. Reflexive Haltung erlangen <ul style="list-style-type: none"> - Langer Prozess; zu Beginn der CS-Intervention formal-informative Sitzungen vorteilhaft 3. Patientenorientierung <ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Gruppendiskussionen oft sehr persönlich; Wunsch nach individuellen Sitzungen, um persönliches loszuwerden → mehr Zeit in Gruppe für produktive Diskussionen <p>CS muss zielgerichtet, gut geplant und sowohl von Teilnehmer*innen als auch Management unterstützt werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Teilnehmerzahl - Keine Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Effektivität/ des Potentials von CS - Subjektive Datenerhebung/ keine validierten Messinstrumente, Individuelle Interpretation der Autor*innen

Autor*innen	Ziel der Studie	Studiendesign/ -Methode/ -Analyse	Zentrale Ergebnisse	Limitationen
Bégat und Severinsson 2006	Erhebung inwieweit sich die Erfahrungen von Pflegekräften bzgl. ihres Wohlbefindens in Abhängigkeit von ihrer Arbeitsumgebung durch CS verändern	Hermeneutische Untersuchung der Ergebnisse von 3 Studien (Bégat & Severinsson 2001, Bégat et al. 2004, 2005) in Bezug auf die Fragestellung → schlussendliche Synthese der Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> - Wichtigster Einflussfaktor auf die Arbeitssituation und das Wohlbefinden der Pflegekräfte sind Stress und Sorgen - CS beeinflusst sowohl das Wohlbefinden der Pflegekräfte als auch die Arbeitsbedingungen positiv - Pflegende, die CS erhalten, erfahren weniger Ängste, weniger physische Symptome und beschreiben seltener das Gefühl, etwas nicht unter Kontrolle zu haben 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretationsbezogene Analyse/ Deutung der Studieninhalte - Beide Autorinnen sind erfahrene Pflegesupervisor*innen → Einbringen eigener Erfahrungen
Tietze 2010	Strukturierter Überblick über inhaltliche Schwerpunkte von Wirkungsprognosen, indem qualitative Aussagen gesichtet und kategorisiert wurden - Im Fokus stehen personenbezogene Wirkungen, die sich kurz- und mittelfristig für Teilnehmer kollegialer Beratung ergeben können	Explorative Literaturanalyse im Rahmen einer veröffentlichten Dissertation	<ul style="list-style-type: none"> - Kollegiale Beratung hat positive Effekte bei der Lösung berufsorientierter Probleme - Kollegiale Beratung hat positive Auswirkungen auf die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen - kollegiale Beratung hat positiven Einfluss auf berufliche Ansprüche 	<ul style="list-style-type: none"> - Zum Teil geringer empirisch gesicherter Erkenntnisstand verwendet - Analyse der einzelnen Ergebnisse verwendeter Literatur durch nur eine Person - Großteil auf Erfahrungen basierende hypothetische Aussagen darüber, was kollegiale Beratung leisten könnte

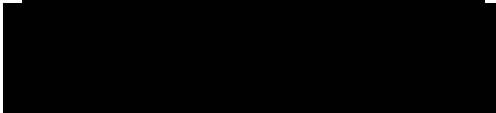
Abbildung 1: Wirkungsmechanismen der kollegialen Beratung und der klinischen Supervision



Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, 26.05.2017



Linda Telzerow