

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. Hilarion G. Petzold
Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf, Donau-Universität,
Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. Jörg Bürmann, Universität Mainz
Prof. Dr. phil. Wolfgang Ebert, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Jürgen Lemke, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf
Prof. Dr. phil. Michael Märtens, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a.M.
Univ.-Prof. Dr. phil. Heidi Möller, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck
Dipl.-Sup. Ilse Orth, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf
Prof. Dr. phil. Alexander Rauber, Fachhochschule Bern
Dr.phil. Brigitte Schigl, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems
Univ.-Prof. Dr. phil. Wilfried Schley, Universität Zürich
Dr. phil. Ingeborg Tutzer, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 13/2004

Integrative Supervision mit dem Thema Sterben und Tod in der Ausbildung zur Krankenschwe- ster / -pfleger unter Beachtung der altersspezifi- schen Struktur

Dipl.-Psych. Petra Sange, Berlin ¹

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.
www.fpi-publikationen.de/supervision

¹ Publikation aus der Freien Universität Amsterdam, Prof. Dr. Dr. Dr. H. Petzold, Van der Boechorststraat 9, NL-1081 BT Amsterdam, veröffentlicht in: Supervision, Theorie-Praxis-Forschung, Eine interdisziplinäre Online-Zeitschrift: <http://www.fpi-publikationen.de/supervision>

Gliederung

- 1. Prolog**
- 2. Rahmenbedingungen**
 - 2.1. Wertewandel in der Gesellschaft
 - 2.2. Eine Vision - von der Wirklichkeit eingeholt?
 - 2.3. Krankenhäuser in der Umgestaltung
 - 2.4. Diskurse
- 3. Ausbildung zur Krankenschwester / -pfleger**
 - 3.1. Berufsbild im Wandel
 - 3.2. Berufsausbildung – eine Entwicklungsaufgabe
- 4. Das Thema Tod in der Adoleszenz und Postadoleszenz**
 - 4.1. Entwicklung als Prozeß
 - 4.2. Identität und Rolle
 - 4.3. Das Thema Tod im Entwicklungsprozeß
 - 4.4. Die Todesrealität in der beruflichen Arbeit
- 5. Wichtige Variablen der Supervisionsarbeit**
 - 5.1. Kontext, SupervisorIn, SupervisandIn, Beziehungsdynamik
 - 5.2. Funktionen und Aufgaben des supervisorischen Prozesses
- 6. Praxeologie und Methoden der Integrativen Supervision**
 - 6.1. Kombination von sprachlichen und aktionalen Methoden
 - 6.2. Konnektivierung, Mehrperspektivität
- 7. Gemeinsames Engagement zu einer gelingenden Praxis**
 - 7.1. Umgang mit Sterben und Tod - Themenentwicklung
 - 7.2. Vignette 1: Auseinandersetzung mit der eigenen Begrenztheit des Lebens
 - 7.3. Vignette 2: Konflikt zwischen persönlicher Betroffenheit und der Notwendigkeit professionellen Handelns
 - 7.4. Vignette 3: Die ethische Dimension des Sterbens alter Menschen
- 8. Zusammenfassung**
- 9. Ausblick**

Literatur

„Es gibt zwei Dinge, auf denen überall das Gelingen beruht: das eine ist, daß die Absicht und das Ziel des Handelns richtig bestimmt werde, das andere, die zu diesem Ziele führenden Mittel zu finden...Also muß man in den Künsten und Wissenschaften beides beherrschen, das Ziel und die Wege zum Ziel.“
Aristoteles (384 – 322 v. u. Z.)

1. PROLOG

Deutschlands Krankenhäuser sind in den Unternehmensstand getreten. Ökonomie hat nunmehr als primärer Faktor zu gelten, natürlich unter der Wahrung des gesellschaftlichen Auftrages. Daraus erwächst für die in Krankenhäusern verantwortlich Handelnden die Notwendigkeit, das technisch Machbare mit dem ethisch Vertretbaren und jetzt auch mit dem ökonomisch Bezahlbaren abzugleichen (RUDOLF 2000). Was bedeuten diese Veränderungen für den Standpunkt der Medizin heute, auch für die Mediziner und ihren hippokratischen Eid? Was bedeuten sie für die Verbesserung bzw. Erhaltung des Lebens, was für den Umgang mit dem Tod?

Mit all diesen Tatsachen und Fragen sind Jugendliche konfrontiert, die sich in eine pflegerische Ausbildung begeben. Meine Arbeit als Supervisorin am Jüdischen Krankenhaus in Berlin mit seiner angeschlossenen Fachschule hat mir ermöglicht, die zunehmend sich erweiternden und gleichzeitig verdichtenden Arbeitsfelder von Auszubildenden kennenzulernen, Belastungsbedingungen unterschiedlichster Genese innerhalb des angestrebten Berufsfeldes zu entschlüsseln und zu begleiten. Dabei ist für mich deutlich, daß das Thema Sterben und Tod immer wieder prägnant im Blickfeld von Berufsanfängern steht. Dies war der Anlaß, mich intensiver mit der genannten Problematik auseinander zu setzen.

In der vorliegenden Arbeit werde ich - neben einem vorangestellten theoretischen Textteil - die auftretenden supervisorischen Prozesse an drei Szenebeispielen darstellen. Ausgehend davon möchte ich zeigen, daß eine differenziert reflektierte Supervisionsarbeit sowohl dem Arbeitsauftrag, als auch den Erwartungen der Supervisanden gerecht werden kann, wenn sie Tod und Sterben mit einbezieht.

Mein Anliegen ist es, diesen verstehenden und fördernden Ansatz weiter zu entwickeln und zu prüfen, inwieweit das Metamodell der Integrativen Supervision hier Beiträge leisten kann.

2. RAHMENBEDINGUNGEN

Gesellschaftsstudien der letzten Jahre gehen davon aus, daß wir uns in einer Zeit des Umbruchs befinden, in der nach neuen Orientierungen gesucht wird, da die alten Werte und Normen ihre Bedeutung und Tragfähigkeit verloren haben. Sowohl der familiäre Zusammenhalt wie auch übergreifende Wertestrukturen und sozialer Konsens haben ihre zusammenschließenden und haltgebenden Funktionen verloren. Mit den Veränderungen der ökonomischen Strukturen und der gesellschaftliche Überbetonung der Subjektentwicklung, unter Vernachlässigung der Gruppenstrukturen, haben sich Vereinzelung, Entfremdung und Konkurrenzdruck entwickelt, bis hin zur Aufkündigung bisher geltender Gesellschaftsverträge (BECK (1986, 125, SCHULZE (1992), WILLKE (1998)).

2.1. Eine Vision - von der Wirklichkeit eingeholt ?

ATTALI prognostiziert eine stetig steigende Lebenserwartung, ein Sinken der Geburtsrate bei ständig fallendem Prozentsatz der berufstätigen Bevölkerung. Die erleichternden äußeren Bedingungen (wachsender Lebensstandard, Verbesserung der medizinischen Versorgung etc.) erzeugten jedoch auch eindeutig negative Folgen, "neue Schmerzen": Einsamkeit, Süchte, neue karzinogene Stoffe, neue Krankheitsbilder, die ständig wachsende Schnelligkeit der ablaufenden Prozesse, die dem gleichmäßigen Fließen der Zeit entgegenstehen.

Weiter hebt ATTALI hervor, daß der Tod nunmehr verschleiert und nur noch im Verborgenen ablaufe und - da ihm der Sinn versagt wird - auch unser Leben eine Sinnentleerung erfahre.

In seiner Schlußfolgerung kündigt er eine krisenhafte Situation des Gesundheitssystems an, weil dessen Finanzierung nicht mehr möglich sei. Defizite des Systems (?) würden der Logik ökonomischer Gesetze folgend auf die Allgemeinheit umgelegt. Schließungen von Krankenhäusern seien an der Tagesordnung, kontingentierte Krankenhausbehandlung würde Einzug halten. Ausstattungsmängel einiger Krankenhäuser könnten dazu führen, daß „bestinformierte“ Kranke, zu den „bestausgestatteten“ Krankenhäusern gehen, daß sogar ein schwarzer Markt für Krankenbehandlungen nicht auszuschließen sei. Er befürchtet, daß Patienten katalogisiert würden nach der Methode: welcher Patient bringt durch die Behandlung den größten ökonomischen Nutzen.

Dennoch hinterläßt seine Streitschrift Hoffnung: „Die Einsetzung einer anderen Bedeutung von Leben und Tod verläuft nicht parallel zur ökonomischen Krise, wenn sie auch mit ihr im Zusammenhang steht. Sie ist die Bedingung ihrer Überwindung“ (ATTALI 1979, 226). Das bedeutet, daß erst mit der Anerkennung und Akzeptanz der Einheit von Leben und Tod die Möglichkeit geschaffen werden kann, die ökonomische Krise des Gesundheitswesens zu überwinden und neue vertretbare Wege der Lebensführung und Krankenbehandlung zu finden.

2.2. Krankenhäuser in der Umgestaltung

Wir müssen heute feststellen, daß Attalis hellssichtige Vorausschau sich in dem beginnenden 21. Jahrhundert bereits etabliert hat. Mit der Privatisierung der Krankenhäuser unter dem Primat der Ökonomie wird

dem heilenden und pflegenden Personal eine neue Rolle, die des Dienstleisters zugesprochen und der ehemalige Patient per definitionem zum Kunden erklärt. PETZOLD (1998) beschreibt, wie aus pflegerischer Sicht durch diese Anordnung ein Rollenkonflikt entsteht. Denn weder Pflegepersonal noch Patienten haben das Statusbewußtsein und die Rollenkompetenz und -performanz von Anbietern und Kunden. Die Interaktion dieser Rollen kann so nicht reibungslos ablaufen. Der Kunde (als kranker Mensch und Patient) kann die Fachkompetenz der Arztes (Anbieters) nicht anzweifeln, da dessen spezifisches Fachwissen und Erfahrung seine eigenen Möglichkeiten bei weitem übertrifft. Er muß ihm mit seinem unspezifischen Wissen über das bestehende Krankheitsbild vertrauen. Durch diese Abhängigkeit kann er die Konsumentenrolle nicht einnehmen, wie z.B. bei dem Kauf eines Computers, wo er prüft und abwägt und somit die Kontrolle über die Leistung behält. Ohne einen „echten“ Konsumenten können Helfende auch keine Kundenbetreuer sein. PETZOLD (ebenda, 414) weiter: „...für eine solche Konzeption der Kundenorientierung (sind) noch nicht einmal die notwendigsten institutionellen Strukturveränderungen geschaffen worden bzw. alle erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen“. Die formale und oberflächliche Umbenennung der Rollen, die die Notwendigkeit konzeptueller und struktureller Veränderungen mißachtet, geht zu Lasten der Pflegenden bzw. Gepflegten und ruft bei ihnen Konflikte, Ärger, und Hilflosigkeit hervor.

3. AUSBILDUNG ZUR KRANKENSCHWESTER / PFLEGER

3.1. Berufsbild im Wandel

Im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen pflegerische Berufe vornehmlich durch religiöse und humanitäre Haltungen geprägt waren und daraus Bedeutung und Ansehen zogen, ist heute das soziale Ansehen eines Berufes und seine finanzielle Ausstattung von großer Bedeutung. Sowohl der Status wie auch das Gehalt sind gegenwärtig in pflegerischen Berufen als eher gering einzuschätzen. Beides wird der Leistung wie auch der Leistungserwartung nicht gerecht. Neben den zu erbringenden Pflegeleistungen wird die vollkommene Beherrschung der Sachmittel vorausgesetzt, wie der Umgang mit computergestützter Datenverarbeitung, Spezialisierungen innerhalb der medizinischen Betreuung oder Einsatz neuer Methoden. Trotz der horizontalen Spezialisierung besteht nach wie vor eine vertikale Hierarchie der einzelnen medizinischen Berufsgruppen, in dessen oberen Bereichen die Mediziner auftreten und die in der Pflege Tätigen das Schlußlicht bilden. Es fehlen politische Lobby und Standesvertretungen, um die Pflege aus dem Schattendasein der Medizin zu lösen und ihr einen eigenständigen Status zu verschaffen, der auch den in der Pflege existierenden spezialisierten Fachdisziplinen, wie z.B. der Pflegewissenschaft gerecht wird. Es ist dringend notwendig, das Berufsbild der Krankenschwester / -pfleger den individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen interdisziplinär anzupassen und es entsprechend seiner Verantwortung und Bedeutung in seinem Ansehen zu fördern.

3.2. Berufsausbildung – eine Entwicklungsaufgabe

Sozialisation, als reziprokes Geschehen an den Übergängen von Individuum und Gesellschaft, erfordert im Jugendalter u.a. eine Fokussierung auf die Berufswahl. Das heißt, von den Jugendlichen werden Anstrengungen erwartet, sich in einem komplexen, unübersichtlichen bis widersprüchlichen Arbeitsfeld zu orientieren und in eine Tätigkeit hineinzuwachsen, die ihnen finanzielle Autonomie und soziale Anerkennung verschafft. So erwerben sie nach und nach einen eigenverantwortlichen Erwachsenenstatus mit einer persönlichen und gesellschaftlichen Identität.

Bei dem Eintritt der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen in das normierte Feld der Organisation (informell Institution) Krankenhaus sind sie mehrheitlich zwischen 16 (freiwilliges soziales Jahr) und 20 Jahre alt (Der Gesetzgeber gestattet die Ausbildung ab dem 17. Lebensjahr). Das Krankenhaus übt seine soziale Funktion aus, indem den Auszubildenden Werte, Normen und Rollen zugeschrieben werden, die durch formale und informelle Rechte und Pflichten gekennzeichnet sind. Anfänglich kommen den Jugendlichen die starren Strukturen entgegen, denn sie erleichtern ihnen die Orientierung. Doch je mehr sie sich in ihren neuen Aufgaben zurecht finden, um so deutlicher erweisen sich die unbeweglichen Rollen als nachteilig. Die mangelnde Flexibilität, in der kein Raum für Bewegung oder Bewältigung von Gefühlen existiert, hemmt die Herausbildung der Rolle und professionelles Wachstum, das die Auszubildenden brauchen, um Handlungen und Haltungen zu erlernen, mit denen sie Hilflosigkeit, Desillusionierungen und Enttäuschungen aushalten können.

Die individuelle Motivation den Pflegeberuf zu erlernen, ist mehrheitlich von dem Anliegen helfen zu wollen, gekennzeichnet. Die Idealisierung „Helfen“, führt in der Begegnung mit der Realität zur Desillusionierung. Die

hierarchische Struktur eines Krankenhauses, Überbelastung durch geringen Personalschlüssel, Schichtarbeit, Sterben in allen Lebensabschnitten, Tod, Doppelbelastungen der Frauen, persönliche Involviertheit, sind eine ständige, auch stabile Strukturen überfordernde Bewährungsprobe. Die wenigsten Ausbildungskandidaten reflektieren bei ihrer Berufswahl diese Spannungsfelder. Es ist nur allzu gut vorstellbar, daß diese unzureichenden Bedingungen spätere Berufsjahre negativ beeinflußt, und dem Burnout Vorschub leistet. Ich halte die Arbeit unter den beschriebenen Bedingungen für kaum leistbar, wenn sie ohne Supervision oder andere institutionalisierte Entlastungsmöglichkeiten bewältigt werden muß. Es sei denn, psychische und körperliche Schädigungen werden in Kauf genommen.

4. DAS THEMA TOD IN DER ADOLESCENZ UND POSTADOLESCENZ

4.1. Entwicklung als Prozeß

Das lange vernachlässigte Thema Jugendalter und Adoleszenz wird in der Literatur zunehmend in den Fokus genommen. FEND (1994) schreibt, daß sich mit der Geburt der Entwicklungspsychologie die Konzepte von einer ausschließlich endogenen biologischen Steuerung der Entwicklung, über die Formung des Menschen durch die Umwelt, hin zu einer Sichtweise, die den interaktiven Prozeß, das wechselseitigen Zusammenspiel vielgestaltiger äußerer und innerer Faktoren betont, veränderte. Der Kontext, also die Rahmenbedingungen prägen zusammen mit den aktiven Zugriffen des Individuums, das seine Entwicklungsaufgaben gestaltet, den lebenslangen Entwicklungsprozeß. Das schließt endogene Faktoren wie Temperamenteigenschaften oder spezifische Lernfähigkeiten ein. In dem Kontext der Auszubildenden im Krankenhaus ist jeder Heranwachsende vor die Aufgabe gestellt, im Rahmen seiner Berufswahl die Anforderungen, die neuen sozialen Beziehungen, Erfahrungen, Zuschreibungen u.v.a.m. aufzunehmen und darauf zu reagieren. Immer wieder muß der Jugendliche seine Welt- und Selbstsichten mit den neuen Außensichten und -beurteilungen konfrontieren. Innerhalb dieser Auseinandersetzungen wird er neue Sichtweisen erwerben, alte verändern und der Realität anpassen. Unter Umständen versucht er auch, die Realität zu verändern, um seine Sicht der Dinge aufrechtzuerhalten.

Die Themen die die Entwicklung in der Adoleszenz und Postadoleszenz vorantreiben, sind ebenso weitreichend und die existenzbestimmend, wie auch vielfältig: die erste stabilere Liebesbeziehung (Identität als Frau/Mann, Umbruch von peer groups zu Zweierbeziehungen, Auseinandersetzung mit Autonomie und Gebundenheit), Berufswahl und -eintritt (Übernahme von Selbstverantwortung in einem weit höherem Maß als bisher, Verantwortung für andere, Auseinandersetzung mit Existenzsicherung und Perspektiven im Abgleich mit den vermuteten eigenen Fähigkeiten), die erste eigene Wohnung (Bestimmung eines eigenen Stils, dessen was zu mir gehört und dessen was mir fremd ist, Prägung des nahen Umfeldes, das die Ausgestaltung der Identität sichtbar und faßbar macht). Das alles heißt, der junge Erwachsene beginnt mit der sich neu konstituierenden Identität die Gestaltung des Lebens in die eigene Regie zu nehmen. Adoleszenz kann als ein Zeitabschnitt intensiver Selbstbeobachtung und in Reflexion der Mitwelt gesehen werden.

FLAMMER (1990, 300) formuliert: „Der adoleszente Mensch setzt sich unbedingter und für (fast) alle von ihm erkannten großen Werte persönlich ein, der erwachsene Mensch versucht, seine Kräfte zu konzentrieren und so effizienter zu kontrollieren...“. Daraus läßt sich auch ableiten, daß einschränkende Kräfte der Umwelt, den offenen und noch nicht festgelegten Strukturen der Jugendlichen Grenzen setzen, die sich positiv (Zwang zur Entwicklung einer differenzierten und realistischeren Selbst- und Weltsicht) aber auch negativ auswirken können (Blockierung der Initiativen und des Engagements, mit dem Jugendliche sich für ihre Umwelt einsetzen). Trotz des Zuwachses an soziokognitiver Kompetenz der Jugendlichen müssen diese Begrenzungen infolge des Hineinwachsens in bestehende Strukturen innerhalb ihres Entwicklungsprozesses, immer wieder zu Spannungen führen. Besonders zu existenziellen Themen wie die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, die im gesamtgesellschaftlichen Diskurs weitgehend tabuisiert ist, brauchen Auszubildende in helfenden Berufen Unterstützung und neue Modelle, damit Blockierung und Resignation nicht noch verstärkt werden.

4.2. Identität und Rolle

Kernthema der Adoleszenz und Postadoleszenz ist die Ausgestaltung und Verfestigung der Ich-Strukturen und damit verbunden, die Entwicklung einer eigenen, sichernden Identität. FEND (1994) bezeichnet die Identitätsthematik als die Beziehung und Diskrepanz zwischen dem Ich und dem Selbst, die zur Bearbeitung anstehen. Von KEGAN(1986) wird die Entwicklung als spiralförmiger Prozeß beschrieben, geprägt einerseits durch Aktivität und Konstruktion und andererseits durch Anpassung und Gebundenheit. Entwicklung findet im Rahmen der Zeit und in Wechselwirkung mit dem Umfeld statt, wobei in jeden nächsten Entwicklungsschritt die vorhandenen Selbst- und Weltbilder reflexiv überformt und den Bedingungen der Realität angepaßt werden. Als Definition für Identität bietet HAÜBER (1983, 103) an: „Identität (ist) die Einheit aus Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung eines Menschen, die er aus subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen über Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und personaler Kontrolle entwickelt und fortentwickelt und die ihn zur Verwirklichung von Selbstansprüchen, zur Realitätsprüfung

und zur Selbstwertherstellung im Verhalten motivieren." PETZOLD (1982, 176) zieht „die Metapher des *Spektrums* von Leib und Kontext, von Individuum und Gesellschaft (heran), auf dem sich Identität verortet, eines Spektrums, das nicht in der Mitte geteilt ist, sondern auf dem die Bereiche ineinander übergehen, ohne sich ineinander aufzulösen oder zu verlieren.“ Identität vermag so zu einem „ungleichgewichtigen Gleichgewicht“ (ebenda) führen. Er beschreibt weiter, daß die Praxis der Identität das Wahrnehmen, Erkennen, Reflektieren und Handeln beinhalte, die Leistung des Ich in der Fähigkeit zu kommunizieren und kooperieren liege. Die kombinierte Wirksamkeit beider Kräfte begründe Identität. Diese entwickelt sich durch das Wechselspiel zwischen Identifikation (Selbstzuschreibung) und Identifizierung (Fremdzuschreibung), denn auch die von außen kommenden Verhaltenserwartungen und Attribuierungen werden internalisiert und mit Identifikationen belegt. Beide Prozesse, sowohl Identifikation als auch Identifizierung geschehen im Zeitkontinuum und sind somit ständigen Veränderungen unterlegen, müssen immer wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden. Mit den Veränderungen in seinen Selbst- und Weltansichten als Produkt seiner Erfahrungen gestaltet sich jeder als eigenständige Person auch neu. Um weitere Erfahrungen integrieren zu können, wird er gezwungen, immer wieder innere Strukturen zu reorganisieren, um diese den außen vorhandenen Verhältnissen anpassen zu können, damit er zu einer stets differenzierteren Sichtweise der inneren wie der äußeren Welt und ihres Wechselspiels kommen kann. Somit ist die interaktive Funktion darauf ausgerichtet, die eigene Person in ihren verschiedenen Rollen wie auch den Lebensverlauf handelnd zu verändern.

Rollenentwicklung ist ein lebenslanger Prozeß, der in den verschiedenen Phasen von unterschiedlichen z.B. Berufsidentitäten geprägt wird. Petzold formuliert für die verfügbaren Rollen den Begriff des Rollenrepertoires. Als Rolleninventar werden die Rollen bezeichnet, die aktuell nicht mehr zur Verfügung stehen. Sie sind wohl in das Gedächtnis eingeschrieben, können aber nicht mehr reaktiviert werden (z.B. durch fortschreitendes Alter).

4.3. Das Thema Tod im Entwicklungsprozeß

Wenn Jugendliche über den Sinn des Lebens nachdenken, können sie sich dem Sinn des Todes für das eigene Leben i.d.R. nur ungenügend zuwenden, weil sie mit dem Leben und dessen Aufgaben und Anstrengungen beschäftigt sind und die schwer faßbaren Veränderungen durch den Tod abwehren. Dennoch bleibt das Thema mit seinen verborgenen Ängsten vorhanden, wenn z.B. Freunde, Geschwister oder Eltern lebensbedrohlich erkranken, einen Unfall erleiden. So gibt es manchen Jugendlichen, der - konfrontiert mit diesen Ängsten - seine Entlastungsmöglichkeiten medial sucht, weil der gesellschaftliche Diskurs darüber nur unzureichend oder verzerrt stattfindet. Alle Medien haben auf irgendeine Art und Weise das Thema Tod in der Bearbeitung. Es gibt kaum einen Film, in dem nicht gestorben, getötet wird, kaum eine Zeitung, die nicht mit Todesnachrichten aus aller Welt aufwartet. Gleichzeitig begegnet den Jugendlichen in Filmen auch das phantastische Helfen, Heilen und „in Weisheit Dahinscheiden“. Mit der Wahrnehmungsabwehr der Rezipienten sind es jedoch immer die anderen, die sterben müssen, und so sind auch Jugendliche abgeschnitten von dem, was zu ihrer (und unserer) individuellen Vollständigkeit gehört, nämlich die dunklen Seiten des Lebens: unheilbare Krankheiten, Leiden, Schmerzen und der Tod.

Glücklicherweise mehren sich die kritischen Stimmen, auch wenn die Allgemeinheit sie kaum zu hören bekommt. Wenn ARIES (1980, 741) „von der Ausbürgerung des Todes“ spricht, zeigt er die kollektive Tendenz, den Tod zu tabuisieren und deren Folgen auf. Das Jugendalter ist durch diese Tendenz besonders belastet, da in jener Zeit intrapsychische Entwicklungsschritte zu vollziehen sind, die mit dem Kontext abgeglichen werden müssen. (?) Doch wenn der Tod tabuisiert wird, kann die Sinnhaftigkeit des Lebens nicht vollständig erfaßt werden, bleiben drängende, beunruhigende und existentielle Fragen offen, die die Auseinandersetzung mit Begrenzung und Angst erfordern. Hier kann Integrative Supervision eine unterstützende Bewältigung bieten.

4.4. Die Todesrealität in der beruflichen Arbeit

In der Ausbildung zur Krankenschwester / pfleger ist neben der Pflege kranker oder gesunder Menschen, das Thema Tod und Sterben ständig präsent. Der Tod tritt den Auszubildenden als Gegebenheit entgegen, welche vorher zu meist nur virtuell beobachtet wurde. Viele Auszubildende kommen aus einer Welt, in der Fitneß, Jugendlichkeit und Leistung essentielle Bestandteile des „wahren Lebens“ darstellen, in der Hilflosigkeit und Schwäche „uncool“ sind und Ängste verdrängt werden, da sie nicht wissen, dass sie sie aushalten können. So können sie nicht auf Erfahrungen zurückgreifen und sehen zum ersten Mal einen Menschen sterben. Nunmehr beruflich in das Sterben involviert, erleben sie dieses Ereignis als erhebliche Irritation oder Bedrohung. Sie sind - je nach Entwicklungsstufe - belastet, gelähmt, jedoch auch gefordert, sich auseinander zu setzen. RESCH(1996) macht deutlich, daß derartige Konflikte eine Intensität annehmen, die rationales Handeln beeinträchtigt und Abwehrmechanismen hervorruft, die zu Blockaden führen können. Um diese zu vermindern oder aufzuheben, müssen Bewältigungsmechanismen angeboten werden, die eine Restrukturierung und Neueinschätzung der Situation bewirken, damit die Handlungsfähigkeit wieder hergestellt wird.

Das schockierende Erleben des Sterbens ist für Adoleszente / Postadoleszente besonders gravierend, da sie zu einer höheren Todesangst tendieren, als andere Altersgruppen. (Yalom)

Sie sind dabei, den schützenden Rahmen der bisherigen Erwachsenenbilder zu verlassen und ihren Lebensraum aktiv und selbst verantwortlich zur Welt hin zu kontrollieren. Die Orientierung in neuer Umgebung, das Erfüllen von neuen Rollenerwartungen, Entwickeln eines persönlichen Verantwortungsbewußtseins, Zweifel an den eigenen Möglichkeiten lassen dem Jugendlichen keine Zeit zum Luft holen. Die Planung und Projektion des Selbst in die Zukunft, also auch sich den Tod vorzustellen, erfordert zudem eine komplexe, geistige Aktivität. Ihnen werden im Berufsfeld des Krankenhauses bisher kaum Hilfen bereitgestellt, die Angstabwehr als Sicherung zu erhalten und sich trotzdem den Gegebenheiten des Lebens und seiner Beendigung durch den Tod zu stellen.

Aus dem Festgestellten läßt sich folgende Metapher bilden: Heranwachsende brauchen einen Lotsen, der bei der Routenbestimmung durch stürmische Gewässer begleitend anwesend ist. KEGAN (1986) ist der Überzeugung, begleitende Personen sollen 1. spiegeln, aushalten und differenzieren, 2. zur Einbindung in gesellschaftliche Normen und Werte widersprechen und begrenzen, und 3. dann in Krisenzeiten in der Nähe bleiben, um Hilfsmittel oder Brücken bereit zu stellen. Junge Erwachsene müssen für die Auseinandersetzung mit existenziellen Nöten in einem reflexiven Prozeß ermächtigt werden, ihr Schiff in befahrenen Gewässern selbst zu steuern.

5. WICHTIGE VARIABLEN DER SUPERVISIONSARBEIT IN DER PFLEGERISCHEN AUSBILDUNG

5.1. Kontext, SupervisorIn, SupervisandIn, Beziehungsdynamik

Die Bedingungen eines Krankenhauses, in ihrer traditionellen Ausformung bereits angesprochen, auch die konfessionellen und mundanen Verhältnisse, sind die Kontextfaktoren meiner supervisorischen Arbeit. Zum Kontext gehört auch das konkrete soziale Umfeld eines Menschen, ohne den die Persönlichkeit nicht verstehbar wird. Durch meine vierzehnjährige Felderfahrung als Dozentin und Supervisorin habe ich die Schwierigkeiten insbesondere von Berufsanfängern mit der Regulation von Nähe und Distanz zu den Patienten und im Team, mit Rollenwechsel, Rollendistanz, Rollenflexibilität, kennengelernt. Zwar haben die Berufsanfänger die „Profis“ als Modelle vor Augen, doch auch diese brauchen für die Bewältigung ihrer immer dichter werdenden Arbeit und im Umgang mit kranken oder sterbenden Patienten, Hilfen bei der Distanznahme, bei Umdeutungen bzw. Neubewertungen und kommen in die von mir angebotenen themenzentrierten Fortbildungsveranstaltungen, besonders wenn sie im Ausbrennen begriffen sind.

Bei den Lernenden entstehen beim Miterleben von Sterben und Tod, durch die Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins Überforderungen, die intrapsychische und interpersonale Störungen zur Folge haben. Diese können nur bewältigt werden, wenn den Heranwachsenden in identitätsstiftenden Kontexten Reflexion und Differenzierung ermöglicht wird, die ihre Selbstentwicklung vorantreibt. Durch vermittelndes Begleiten in der Integrativen Supervision werden gemeinsam Coping-strategien erarbeitet, die sowohl an die altersspezifische „Identitätsarbeit“ wie auch an die von den Arbeitgebern gewünschten Rollenerwartungen anknüpfen.

BELARDI (1996) spricht von einer „Offenheits- und Aushandlungskultur“, die angestrebt werden muß, da Rückzug aus kommunikativen Zusammenhängen Schwierigkeiten in jedem Bereich des Lebens entstehen läßt. Auszubildende, die positive Erfahrungen mit der Integrativen Supervision gemacht haben, sind weit eher bereit, diesem Anspruch zu folgen. Doch müssen dabei auch die Übertragungsphänomene vom familiären auf den beruflichen Kontext, die begünstigt werden durch die Duz-Beziehungen im sozialen Netzwerk der Pflege, Beachtung und Bearbeitung finden.

SCHREYÖGG (1992, 417) formuliert für supervidierte Arbeitsgruppen, daß die SupervisorIn einerseits von der Gruppe mit bestimmten Themen betraut und andererseits sie von der vorgesetzten Instanz „im Sinne von Förderung – nicht Kontrolle“ beauftragt wird. Das Beziehungsgeschehen, als dynamischer Prozeß in der supervisorischen Arbeit auf der Folie des sozialen Netzwerkes, ist somit ein interaktiver Prozeß, der ständig veränderte Aufgabenstellungen mit sich bringt und flexible Bearbeitung verlangt, ohne daß dabei Kontrolle ausgeübt wird. Bei allem ist die Grundlage ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen der SupervisorIn und den SupervisandInnen.

5.2. Funktion und Aufgaben des supervisorischen Prozesses

Die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden setzt voraus, kompensatorische Entlastung für die Bewältigungskompetenz und –Performanz zu ermöglichen. Die subjektive Einschätzung der Belastung durch die Situation ist umso höher, je geringer die Bewältigungsmöglichkeiten dafür erscheinen. Die Supervision ermöglicht den Zugang zu neuen Handlungsperspektiven, u.a. durch hermeneutisches Verstehen. Im Dialog, - vom griech. dia-logos, „Sinn- oder Bedeutungsfluß“ – werden mit den Versprachlichungen Strukturen geschaffen werden, die zu einen Rahmen für die belastenden gefühlhaften Eindrücke gestaltet werden können. Gleichzeitig werden in kommunikativen Prozessen Verständnis- und Solidaritätserfahrungen gemacht, die es dem Einzelnen erleichtern können, schwierige Situationen auszuhalten und gemeinsam Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Das aus der Metabeobachtung gewonnene Material wird durch Metareflexion transkribiert. Einzelheiten treten in den Hintergrund und das Besondere kann im Allgemeinen, dem dahinter aufscheinenden gesellschaftlichen Thema, vereint werden. Die SupervisorIn wechselt in die beratende Funktion, die den SupervisandInnen die Möglichkeit gibt, im Sinne einer realistischen Neueinschätzung, der Situation nachzugehen. Deshalb ist es besonders wichtig, bei Heranwachsenden, wenn diese im Krankenpflegeberuf ihre „corporate identity“ suchen, sie im Umgang mit den schwersten Themen des Lebens, mit Leiden, Krankheit, Sterben und Tod, zu unterstützen.

Leider findet in diesem Zusammenhang oft zu wenig Beachtung, daß es bei der Auseinandersetzung der Auszubildenden mit Krankheit Tod und Sterben, nicht nur um den Tod der anderen geht, d.h. um Ablösung, Ohnmacht, Hilflosigkeit u.v.a.m., „...sondern auch um die Erkenntnis des eigenen Sterbens, welches genauso schmerzhaft und wenig friedvoll verlaufen könnte, wie das im Krankenhaus erlebte.“ (PETZOLD, 1999,) Es geht um unfassbares Nicht-Sein, Leere, Perspektivlosigkeit und Schmerzen (Yalom, 2000). Diese Konfrontation findet zu einem Zeitpunkt in ihrer Lebensspanne statt, wo sie alle Kraft brauchen, um einen neuen Lebensabschnitt zu bewältigen, nämlich in eine Berufsrolle mit neuer Identität hinein zu wachsen.

6. PRAXEOLOGIE UND METHODEN DER INTEGRATIVEN SUPERVISION (ISV)

„Integrative Supervision“ ist ein theorie- und methodenübergreifendes Verfahren. Dieser Ansatz versteht sich als eine sozialwissenschaftliche Disziplin, als systemische Metadisziplin und als philosophisch fundierte und politisch engagierte Interventionsdisziplin. Ihnen liegt die anthropologische Position des gestaltenden Menschen in seiner gesamten Lebensspanne zugrunde, auf der eine elaborierte Theorie-Praxis-Verschänkung die tragfähige Basis für menschliche Zusammenarbeit bildet.

6.1. Kombination von sprachlichen und aktionalen Methoden

SCHULZ VON THUN (1991) beschreibt ein Kommunikationsmodell, in dem jede Nachricht mindestens 4 Botschaften an einen Empfänger enthält. Eine Sachaussage (d.h., sachliche Mitteilungen, Informationen, Daten, Fakten), eine Beziehungsaussage (d.h., Du- und Wir-Botschaften, das Zueinander-Stehen, nonverbale Mitteilungen, wie der andere gesehen wird), eine Selbstaussage (d.h., die eigene Gestimmtheit, Befindlichkeit, Informiertheit, Status, als Ich-Botschaften) und einen Appell (d.h., die gewünschte Einflußnahme auf das Umfeld, die angestrebte Wirkung durch eine Äußerung). Auch der Empfänger nimmt jede Mitteilung mit seinen „vier Ohren“ wahr und interpretiert den Bedeutungsgehalt auf den verschiedenen Ebenen.

Alle vier Aspekte sind in jeder Mitteilung enthalten, offen wie verdeckt. Digitale Äußerungen, im Sinne von sprachlichen, nicht-analogen Äußerungen, sind wesentliches Medium im Arbeitsleben. Erst das differenzierte und reflektierte Verstehen der Bedeutungen einer Nachricht kann Dialoge verstehbar machen, Kommunikationsstörungen aufdecken und beseitigen helfen. Kommunikation ist immer situationsabhängig. So können nicht eindeutig formulierte und deshalb mißverstandene Erwartungen sich zu Problemen entwickeln, die zu Interaktionsstörungen führen. Die sogenannte Kommunikationsstörung wird in der Regel erst durch die Folgehandlungen erkennbar. Auch die Bearbeitung des Problems geschieht im Arbeitskontext weitgehend sprachlich. Im Supervisionsprozeß werden die digitalen und analogen Faktoren der Kommunikation, die unterschiedlichen Interpunktionen, nach dem mehrperspektivischen Gruppenmodell (FRÜHMANN, 1986) heraus gearbeitet und reflexiv zugänglich gemacht. Die Einnahme unterschiedlichster Sichtweisen und Rollen macht es der SupervisorIn möglich, den Ko-respondenzprozeß anzuregen, um eine gemeinsame Perspektive zu gewinnen, die eine exzentrische Position für alle entstehen läßt.

Zur Verdeutlichung eines zu bearbeitenden Konflikts ist es hilfreich, aktionale Methoden hinzuzuziehen. So kann durch die Kombination von verbal-einsichtszentrierter und aktional-erlebniszentrierter Vorgehensweise der supervisorische Prozeß als eine Verschänkung von Diskurs, Aktion, Hermeneutik und Therapeutik gesehen werden. ISV ist nicht nur Situationsdiagnose. Aus ihr erwächst auch die Interventionsstrategie, die die SupervisandInnen zum Einnehmen einer gemeinsamen exzentrischen Position führt. Die Methodik ist der jeweiligen Situation spezifisch anzupassen.

Im zweiten Szenebeispiel ist z.B. die sprachliche Reflexion mit einer aktionalen Methode in Form eines Rollenspiels verknüpft, um unbewußte Inhalte wahrnehmbar zu machen und alternative Handlungsmöglichkeiten zu erschließen. Der mehrperspektivisch angelegte Prozeß mit seinen Konnektivierungen (Verknüpfungen) ermöglicht den SupervisandInnen ihre Wirksamkeit zweck- und zielgerichtet für ihre Entwicklung zu nutzen und auf diesem Weg persönliche Souveränität und damit Kompetenz zu erlangen.

6.2. Konnektivierung, Mehrperspektivität

Konnektivieren ist eines der Spezifika supervisorischer Praxis. Auf meine supervisorische Arbeit bezogen heißt das, Verbindungen herzustellen zwischen dem „sozialen Netzwerk“, den social worlds der Adoleszenten. In der Gruppensupervision erweist sich, wie tragfähig die Gruppe als soziales Netzwerk ist, ob die Bereitschaft zur Solidarität vorhanden ist, welche destabilisierenden Faktoren es gibt u.a., während in den social worlds der Adoleszenten, die sozialen Werte- und Vorstellungswelten eingelagert sind. (I. Orth / H. Petzold,) Das Thema Sterben und Tod folgt dementsprechend den kulturellen Mustern, die durch die Familie geprägt sind und dem professionellen Menschenbild, welches durch den Beruf sozialisiert wird. Es gilt, die unterschiedlichen Vorstellungswelten zu erfassen, zu berücksichtigen, konsensfähig machen, ggf. auch als unvereinbar anzusehen und die Konsequenzen zu erwägen. Diese spezifisch, integrativen Perspektiven gilt es zu betrachten und den Jugendlichen mit entsprechenden Interventionsstrategien behilflich zu sein, das Kontext-Kontinuum Verständnis zu entwickeln, um ihre Kompetenz und Performance zu befördern. Daß auch Konfliktmaterial in den unterschiedlichen social worlds vorhanden ist, zeigt eines meines Szenenbeispiele, in dem es um die Mißtrauensberechtigung bei humanitärem Defizit im Umgang mit Tod und Sterbengeht.

Der Konnektivierung liegt das Arbeitsprinzip des „Konflux-Konzeptes“ zugrunde. PETZOLD (1998, 255) bezeichnet es als das fließende Zusammenspiel aller Kompetenzen und Performanzen. Das Konzept geht aus „vom Leib, in dem <perception and actions in the field> verschränkt sind und emotive Faktoren zum Tragen kommen“. Das diskursiv hermeneutische Modell beinhaltet Wahrnehmen der Phänomene, Erkennen der Strukturen, Verstehen z.B. als Einfühlung und Erklären, aus dem reflektiertes Handeln entspringt. Es beschreibt das fluktuierende Zusammenwirken zu neuen Qualitäten, unter Überwindung einengender Grenzen. Es geht also um den vernetzenden Ansatz der Informationsaufnahme und -verarbeitung, in dem auch das Verschiedene durch Konnektivierung eingebunden und integriert wird. Je nach Dichte und Intensität der Vernetzung ist die Komplexität unterschiedlich. Damit eröffnet der Konflux-Prozeß die Möglichkeit, sich auf einen Weg zu „fundierter Kollegialität“ zu begeben (PETZOLD 1998, 291).

7. GEMEINSAMES ENGAGEMENT ZU EINER GELINGENDEN PRAXIS

7.1 Umgang mit Sterben und Tod - Themenentwicklung

Eine Szenenbearbeitung mit dem Fokus auf die jeweilige konkrete Situation ist Standard in der supervisorischen Praxis. Der Umgang mit der aktuellen Situation unterstützt die Verflüssigung der Gefühle, Empfindungen und Gedanken, die anschließend geordnet und geklärt werden können. Die SupervisorIn vollzieht permanent den Perspektivwechsel vom Einzelfall zur Gemeinwesenorientierung und unterstützt damit diesen Prozeß (SCHREYÖGG, 1992).

In der gegebenen Ausbildungssituation hat es sich als vorteilhaft erwiesen, die Struktur für die Gruppensupervision zum Thema Sterben und Tod so wenig als möglich vorzugeben. Die emotionalen und kognitiven Inhalte der Todeskonzepte der SupervisandInnen können so am besten freien Ausdruck finden. Gruppensupervision hat den Vorteil, daß es bei anderen TeilnehmerInnen ähnliche Problemlagen geben kann, die zur Stützung des Protagonisten, der die Szene einbringt, beitragen können. Eine Hypothese, die ich zur Verfügung stelle, dient als Impuls für die Selbstreflexionen der TeilnehmerInnen. Die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die nonverbalen Phänomene in der leiblichen Haltung Einzelner und auch der ganzen Gruppe helfen die Fremdwahrnehmung zu schärfen, das eigenleibliche Spüren zu fördern und sich selbst besser „lesen“ zu lernen. So werden in den sich entwickelnden Gesprächen Einfühlung, gemeinsames Nachdenken, Differenzierungen, Solidarität und gegebenenfalls vertiefende Bearbeitungen „in Form von Streßabbau durch Atemtechniken und anderen körperbetonten Methoden“ (PETZOLD, 1999,.....)möglich. Die Gruppenmitglieder werden von mir lediglich gebeten, sich auf die Thematik einzustellen und - wenn sie es wünschen - eine zu bearbeitende Vignette einzubringen.

Der Schutz des privaten Wortes ergibt sich aus § 823 des BGB sowie §201 des StGB, außerdem aus dem Vertrauensschutz (Schweigepflicht), der jeder supervisorischen Arbeit inhärent ist.

9.1. Vignette 1: Auseinandersetzung mit der eigenen Begrenztheit des Lebens

Chirurgie; Mann 21 Jahre; 2. Ausbildungsjahr

Pero berichtet vom Sterben eines 25-jährigen Unfallopfers. Der Patient ist zuvor in ein künstliches Koma versetzt worden, um die eingesetzte Therapie zu optimieren. Die inneren Verletzungen stellen sich jedoch als nicht überwindbar heraus und der befürchtete letale Ausgang tritt ein.

Er beschreibt diese Vorgänge mit gleichförmiger Stimme, ohne sichtbare emotionale Teilnahme und berichtet, wie ihn dieser Tod in seiner Freizeit verfolge, er „sich selbst nicht wiedererkenne“ und über den „Unsinn oder Sinn des Lebens“ nachdenke. Er sehe immer wieder das „wächserne Gesicht dieses Mannes“, bis in seine Träume hinein. Pero schildert ihn als „mediterranen Typ, mit schönen Gesichtszügen, einer sportlich trainierten Figur. Sogar einen tollen Beruf habe er gehabt, „eigene Computerfirma und so.“ Auf meine Frage, wie es ihm jetzt geht, wenn er dar-

über spricht, zuckte er nur mit den Achseln. Meine Nachfrage, ob er sich mit den KollegInnen auf Station über diesen Mann unterhalten habe, beantwortete er mit einem: „Was soll's !“ Der Hintergrund der Nachfrage ist seine Schilderung über das Aussehen des Verstorbenen, da der Supervisand, ebenfalls südländischen Typs, dieser Beschreibung sehr nahe kommt.

Bei allen Gruppenmitgliedern war beim Hören seiner Schilderungen eine atmosphärische Anspannung und unterschwellige Unruhe wahrzunehmen.

Situationsanalyse

- I.** Diskrepanz zwischen Form und Inhalt des Gesagtem (Paralinguismus, Copingstrategie: Rationalisierung, „abgewehrte Todesangst“)
- II.** Übertragungsgeschehen
- III.** Metaphysische, existenziell bedeutsame Kategorie wird eingeführt („Unsinn oder Sinn des Lebens“)
- IV.** Bewertung eigener Lebensentwürfe wird verdeckt angesprochen (toller Beruf, eigene Computerfirma, und ich?)
- V.** Eine Auswirkung auf die eigene berufliche Arbeit wird nicht thematisiert

Um die Abwehr der Affekte des Supervisanden zu respektieren, nehme ich sein kognitives Angebot auf. Ich erzähle, um ihn zu entlasten und die Gruppe einzubinden, daß es in der chinesischen Schriftsprache für das Wort „Krise“ zwei Deutungen gibt: 1. Gefahr und 2. Gelegenheit. Der Impuls setzt einen emotionsgeladenen Diskurs frei, der die Differenzierung individueller Sichtweisen in Ansätzen ermöglicht. Das Ende der Diskussion zeigt die Gruppe damit an, das sie die Doppelbedeutung als „chancenreiche Krise“ beschreibt.

Als größte Enttäuschung wird die Grenze des Helfens beschrieben, wenn die Rolle als pflegende Person bei einem Patienten aufgeben werden muß und sich Fragen zur Verantwortung stellen. Der Schulddruck und das Unwiederbringliche seien es, was Schmerzen bereite, Rat- und Hilflosigkeit auslöse. Mit diesen Geschehnissen konfrontiert, müssen die jungen PflegerInnen omnipotente Rettungsphantasien und idealisierte Helferrollen in Frage stellen. Danach drängen sich Fragen nach dem Sinn der Arbeit und des Lebens auf: Was mache ich hier? Lebe ich eigentlich richtig? Was mache ich mit meinem Leben?

Ich mache einen kurzen philosophischen Exkurs zum Thema Sterben und Tod und wie die verschiedenen Kulturen damit umgehen.

Wir kamen gemeinsam zu der Fragestellung: was verursacht mehr Schmerzen, die Verleugnung des Todes oder die Anerkennung der Begrenztheit des Daseins? Pero verhielt sich während dieser Gespräche ruhig, jedoch aufmerksam. Intuitiv fühlen alle, daß er Zeit braucht. Erst als die Altersnähe des Verstorbenen zu dem Supervisanden von einer TeilnehmerIn als selbst erfahrene Belastung benannt wird, kann Pero das Übertragungsgeschehen ansprechen. Er beschreibt er seine Vorstellungen vom Leben, seine Zweifel und seine Ängste vor dem eigenen Tod. Er spricht davon, „wie paralysiert“ gewesen zu sein, sich selbst auf dem Sterbebett gesehen zu haben, daß alle seine „Pläne plötzlich in Frage gestellt“ seien. Dabei entwickelte er eine Authentizität, die den anderen GruppenteilnehmerInnen empathisches Zuwenden ermöglicht. Mehrere können nun von eigenen Erfahrungen erzählen. Die emotionale Offenheit wärmt die Gruppe als Ganzes, bietet Nähe und gegenseitigen Schutz, in den der Protagonist eingebunden ist.

Im Meinungsaustausch der Gruppe wird mir wieder einmal deutlich, daß die Heranwachsenden geistige Verankerungen auf ihrem Weg suchen, die ihnen zur Verfügung gestellt werden müssen und ausreichend Zeit für eine Auseinandersetzung. Dann können sie Krisen als erwartbare Momente begreifen, professionell wie auch privat, denen sie nicht nur hilflos ausgeliefert sind; wenn sie Phänomene mit-teilen um so in der sozialen Gemeinschaft einen schützenden Rahmen zu finden.

Zum Ende der Sitzung gebe ich Pero das Wort. Er beschreibt seine aktuelle Erfahrung mit „Sprache ist auch eine Berührung“, die, wenn sie von anderen zugelassen wird, zum hilfreichen, gemeinsamen Verstehen führen kann. Meine Hypothese, daß vielleicht auch auf der Station eine äußere Ähnlichkeit mit dem Verstorbenen festgestellt worden ist, man sich nur scheute, ihn darauf anzusprechen, hinterließ bei ihm zustimmende Nachdenklichkeit.

Zu meiner Freude gibt es nach der Supervision einige TeilnehmerInnen, die nach verständlichen themabezogenen, philosophischen Texten fragen.

9.2. Vignette 2: Konflikt zwischen persönlicher Betroffenheit und der Notwendigkeit professionellen Handelns

Innere Station; Frau 20 Jahre; 1. Ausbildungsjahr

Gapa schildert eine Situation, in der das Sterben einer 45-jährigen Patientin, mit Mammakarzinom und metastasierendem Übergang angesprochen wird. Trotz Einsatz von Schmerzmitteln habe die Frau bis zum Ende gelitten. Von der Sterbenden sei sie, ihrer Wahrnehmung nach, vorwurfsvoll angeschaut worden. Der Tod dieser Frau sei ihr sehr nahe gegangen, da sie die Patientin über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus erlebt habe. Am Anfang sei sie noch munter und gesprächsbereit gewesen. Und plötzlich sei nun Schluß. Die diensthabende Schwester habe „auch nicht viel mehr getan“, als die Bettdecke glattzustreichen und ab und zu die Hand der Sterbenden zu berühren. Als die Supervisandin selbst weinen mußte, sei sie von der Schwester „aus dem Zimmer geschoben“ worden. Es sei ihr unverständlich, warum sie, wenn sie Anteilnahme zeigt, hinausgeschickt wird.

Während der Schilderung dieser Situation habe ich sehen können, daß die anderen TeilnehmerInnen aufmerksam dem Geschehenen lauschen. Meine Reaktion: „Es tat sicherlich sehr weh, hinausgeschickt zu werden?“ löste Tränen aus. Sie ergänzt ihren Bericht mit dem Hinweis auf die permanente Zeitknappheit der Schwestern auf Station, denen sie sicherlich „oft lästig sei.“ Auf meine Frage, ob sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit besagter Schwester habe, beschreibt sie diese als „eigentlich sehr nett.“

Situationsanalyse

- I.** Die Auszubildende ist in einer Auseinandersetzung mit dem Thema Tod.
- II.** Konflikt mit der diensthabenden Schwester
 - a) Abgrenzungsschwierigkeiten im Handlungsbereich, fehlende eigene Positionierung in Nähe und Distanz (die Supervisandin leitete vom Verhalten der Schwester ab, daß Mitgefühl nicht erwünscht ist)
 - b) Professionalität der Schwester wird in Frage gestellt (die Schwester hat unzureichend für die Sterbende gesorgt.)
- III.** Bei ihrer Darstellung ist die Auszubildende bemüht, einen eindringlichen Blickkontakt zu mir zu halten. Ich habe das Gefühl, daß ich in eine „Richterrolle“ einnehmen soll. Der Rest der Gruppe verhält sich abwartend.
- IV.** Der kontextuelle Rahmen wird als Zeitnot beschrieben. (als Auszubildende im ersten Lehrjahr empfindet sie sich als eine Last;)

Ich mache den Vorschlag, sich die Situation mit Hilfe eines Rollenspiels anzuschauen. Es finden sich zwei TeilnehmerInnen, die sich mit je einer Rolle identifizieren wollen. Zugrunde lege ich die projektiv-persönliche Identifikation. Das Rollenspiel kann über die Ausgangssituation hinaus verlängert werden (prospektive Sicht), wenn die Rolleninhaber das möchten. Beide TeilnehmerInnen gehen in die Situation, verhalten sich aber so, wie sie es selbst in jener Konstellation getan hätten.

Auf der imaginären Bühne stehen eine „Krankenschwester“ und eine „schüchterne Auszubildende“. Die professionelle Kraft, deutlich um die Sterbende bemüht; die Auszubildende hilflos einen Schritt vorgehend, schauend, dann einen Schritt zurückgehend, weinend. Die Schwester schaut auf die Auszubildende und schiebt sie sanft hinaus. Vor der imaginären Tür atmete die Auszubildende tief ein und aus. Die Krankenschwester eilte hinzu und beide sprechen miteinander. Die wichtigsten Sätze: „Mir ging es das erste mal auch so. Ich versteh´ Dich gut. Heute ist hier der Teufel los. Laß´ uns ein anderes Mal darüber sprechen. Kopf hoch! Ich muß wieder rein.“ Beide schauen sich verstehend an.

Alle Gruppenmitglieder, einschließlich der Protagonistin sind berührt. Intuitiv spüren alle, daß sie gut aufgehoben sind, wenn sie es wagen, sich gegenseitig zu vertrauen. Wir arbeiten miteinander die gespielte Szene auf: benennen Gesten und Worte/Sätze, ordnen und interpretieren Phänomene, analysieren den Kontext.

Die entstandene Atmosphäre gemeinsamer wichtiger Arbeit, in der Offenheit, Bezogenheit wie auch wechselseitiges Vertrauen herrscht, gibt mir und der Gruppe die Möglichkeit, über den Bereich des Sterbens und des Todes zu reflektieren. Auffallend ist der Gender Mainstream, in dem männliche Auszubildende sich in das Gespräch eher über rationale Aspekte einbringen, z.B. mit der Frage, warum zum Todeszeitpunkt keine Angehörigen anwesend sind, während die weiblichen Teilnehmerinnen sich dem Thema mit eigenen emotionalen Bildern annähern. Die MitschülerInnen legen nahe, daß der Blickkontakt, den die Auszubildende als vorwurfsvoll gedeutet habe, womöglich einer „anderen Welt“ galt, die Patientin schon „weit weg war“ und „wir alle nicht wissen, wo“. Gapa setzt sich mit dieser Deutung auseinander, vermag Rollendistanz zu entwickeln.

Auf meine anfänglich Frage zurückkommend, wie die Gruppe sich eine angemessene Sterbebegleitung vorstelle und was die diensthabende Schwester hätte tun können, erklärte Gapa, daß sie mit der neuen Wahrnehmung der Situation, die Schwester auch anders sehen könne. Sie vollzieht eine Umstrukturierung mit neuer Bewertung und

deutet das Verhalten der Schwester als eine möglicherweise ihr zugewandte helfende Geste, die einen Interaktionsraum eröffnet.

Es kann heraus gearbeitet werden, daß die Regulierung von Nähe und Distanz als Ausdruck der Möglichkeit zu innerer Abgrenzung gesehen werden kann. Mitleiden oder Mitfühlen werden als zwei unterschiedliche Qualitäten differenziert. Mitleiden als passive Form, die mit unabgegrenzten Gefühlen den Handlungsspielraum auflöst und Mitfühlen, als Einfühlung, die eine aktive Form in einer professionellen Rolle kennzeichnet. Ein wachsendes Selbstverständnis wird sichtbar, als die Differenzierungen in den beiden Haltungen beschreibbar werden.

Im Gedankenaustausch über mögliche organisatorische Hilfestellungen konstatieren die SupervisandInnen, daß reflektierendes Aufarbeiten von Problemen mit einem kompetenten Partner des Vertrauens, auch im Team, z.B. mit Unterstützung durch Supervision, an der jedoch alle teilnehmen sollten, hilfreich ist; des weiteren sei es wichtig, einen Raum zu haben, um sich zurück ziehen zu können, der nicht, wie in praxi, die Spülküche ist.

Am Ende der Supervision wird formuliert, daß Zutrauen mit auf den Weg genommen wird, jeden Tag ein Stückchen mehr an Professionalität dazu zu gewinnen, auch wenn es ein hartes Stück Arbeit ist. Die Berufswahl sei damit nicht in Frage gestellt.

7.4. Vignette 3: Die ethische Dimension des Sterbens alter Menschen

Innere Station; Frau 22 Jahre; 3. Ausbildungsjahr

Bela beschreibt den Tod einer 89-jährigen, Patientin, Stomaträgerin, die sich auf Station eine Lungenentzündung zugezogen hat, an der sie letztendlich stirbt. Als besonders belastend habe Bela erlebt, daß die kranke Frau, als sie noch Kraft und Stimme gehabt habe, bat, sie doch in Ruhe sterben zu lassen. Doch sollte die Lebenszeit durch eine Tracheotomie zu verlängert werden. Eine Patientenverfügung läge nicht vor, weil die Angehörigen das nicht wollten. Die diensthabende Schwester habe sehr aufgebracht zu ihr gesagt: „Was willst Du? Ein Krankenhaus ist nun mal dazu da, bis zur letzten Minute alles Menschenmögliche zu tun und das tun wir.“ Bela findet dieses „technische“ Sterben empörend und menschenunwürdig und hat das damals auch laut geäußert. Jetzt habe sie Angst, wieder auf diese Station zu kommen, da sie doch „nur Auszubildende“ sei. Andere Gruppenmitglieder berichten spontan von ähnlichen Erfahrungen auf ihren Stationen.

Situationsanalyse

- I.** Konflikt im Umgang mit Sterbenden
(das „technische“ Sterben)
- II.** Ethische, moralische Dimension versus technischer Imperativ
(„empörend, menschenunwürdig“)
- III.** Konflikte durch Verbalisieren des eigenen Standpunktes
(Angst vor den Konsequenzen, z.B. Zeugnis)

Ich frage Bela, weshalb sie sich damals für diesen Beruf entschieden habe. Sie beschreibt sich als hilfsbereit mit dem Empfinden, daß kranken Menschen zu helfen, eine schöne Aufgabe sei. Anschaulich erzählt Bela, wie in ihrer Familie der pflegebedürftiger Großvater gelebt habe, der außerhalb des Krankenhauses, bei einer Tasse Tee in seinem Sessel „eingeschlafen“ sei. Die Familie habe natürlich getrauert und alle Familienmitglieder seien sich einig darüber, daß „der Opa“ einen schönen Tod gehabt hat. Jedenfalls nicht so „elend“ wie diese alte Frau. Es sei ihr natürlich klar, daß der friedliche Tod ihres Opas Hoffnung eines jeden sei, aber „Schmerzzufuhr“ bei einem absehbaren Ende sei nicht hinnehmbar.

Die sozialperspektivische Identifikation ermöglicht mir, mich in die Situation einzudenken und einzufühlen. PETZOLD (1998, 181) schreibt den für mich wichtigen Satz: „Es gibt Situationen, wo Abstinenz Verrat ist“. In dieser dargestellten Szene zeigt sich ein Verstoß gegen das übergeordnete anthropologische Meta-Modell der Integrativen Supervision. Es sei darauf hingewiesen, daß es nicht gerechtfertigt ist zu sagen, daß hier die Integrative Supervision an ihre Grenzen kommt, sondern: Supervision kann mithelfen, diese Grenzen abzutragen.

Ich unterstütze Bela, indem ich ihren geäußerten Standpunkt teile, daß wir nicht hinnehmen müssen, daß der Sterbevorgang bei alten Menschen auf diese Art und Weise verlängert wird. Sie äußert zwei Probleme, die wir nacheinander bearbeiten: 1. Die Angst vor einem Konflikt, wenn der eigene Standpunkt mit der vorherrschenden Meinung nicht übereinstimmt und 2. Daß der Konflikt in einer asymmetrischen Beziehung bei abhängiger Position stattfindet.

Mit dieser Gruppe arbeite ich schon längere Zeit zusammen, so daß es leicht fällt, die unterschiedlichen Ebenen zu trennen. Wir üben das Gespräch mit der Krankenschwester in einer kurzen Vignette, in der Bela verschiedene Möglichkeiten bis hin zu einer „gelungenen“ Standpunktäußerung mit der Krankenschwester findet.

Die Gruppe schließt sich gemeinsam den Argumenten gegen das „technische“ Sterben an. Die Einschätzung, daß Medizintechnik bei sehr alten Menschen tendenziell inhuman ist, wird von allen geteilt. Auch wenn Sie um die Schwierigkeit wissen, die ihre Einstellung mit sich bringt, sind sie bereit, dieses Thema zu verbalisieren und es als

„humanitäres Defizit“ zu kennzeichnen. Unser Diskurs, der mit großer Offenheit geführt wird, berührt sensible Themen wie die zur Diskussion stehenden festen Altersgrenzen bei Einsatz von Hämodialysen und Transplantationen, die bereits in Großbritannien und den Niederlanden eingeführt sind, und den Widerspruch, den Moribunden ihr letztes Lebensziel, das Sterben in Würde, versagen wollen, nicht zu sprechen von den Kosten, die so ein am Sterben gehinderter Mensch verursacht.

Auch die angesprochene Patientenverfügung, von u.a. der Verbraucherzentrale herausgegeben, um den Patientenwillen zu unterstützen: „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung ... Und alles worauf sie achten sollten“ wird auf den Prüfstand gelegt „Heißt das nicht auch, daß Patienten kein Vertrauen mehr in unsere Krankenhäuser bzw. in die dort arbeiten Menschen, also in uns, haben?“, fragt eine TeilnehmerIn. Es kann herausgearbeitet werden, daß es sicherlich der Realität unserer Zeit entspricht, derartige Grundbedürfnisse in Verfügungen zu gießen zu müssen.

Eine SupervisorIn regt an, unsere eigene Sterblichkeit zur Beurteilung heranzuziehen und uns zu fragen: „Wie wünschen wir zu sterben, da wir es nicht vermeiden können?“

1. Im Sessel, wie der alte Großvater und zuhause
2. Wenn das nicht möglich ist, ohne Intensivstation und Laborwerte etc.
3. Mit gewählten Angehörigen oder verstehenden Begleitpersonen
4. In guter Obhut, bis zum Ende
5. Ohne das Gefühl, lästig zu sein
6. Ohne Personal, daß ängstlich um einen „herumschleicht“
7. Ohne Schmerzen und ohne Bewußtseinsverlust.

Gewißheit konnten wir gemeinsam schöpfen, daß nichts so bleibt wie es ist und sie als zukünftige Krankenschwestern / -pfleger versuchen können, die Sterbeproblematik ethisch kompetenter anzugehen, als es in einigen Fällen zutage tritt, sowohl bei Ärzten als auch bei den Pflegenden.

AUSBLICK

Die gesellschaftlichen Bedingungen lassen nicht die Prognose zu, daß sich in nächster Zeit die Spannungsfelder im Arbeitsbereich des Gesundheitswesens verringern. Eher ist das Gegenteil anzunehmen. Auch wird das Sterben weiterhin in die Krankenhäuser und Hospize verlegt bleiben. Solange unsere Gesellschaft das Tabu des Todes nicht aufbricht, müssen Ausbildungsstätten, in denen die berufliche Arbeit mit dem Todesgeschehen verknüpft ist, für die Auszubildenden und ihre Mitarbeiter Möglichkeiten zur Bewältigung schaffen. Wenn dieses nicht geschieht und die Realität des Todes tabuisiert bzw. technisiert bleibt, kommt es zu einem entfremdeten Umgang mit Kranken und Sterbenden innerhalb eines „Jobs“, der „Service-Leistungen“ anbietet.

Krankenhäuser, die von ihrem Pflegepersonal erwarten, das es seine ganze Persönlichkeit einbringt, sich mit der Institution identifiziert und damit motiviert arbeiten kann, müssen wissen, daß zu Handlungen auch Emotionen gehören, die unberücksichtigt, die Effizienz und Identifikation mit der Berufsrolle versagen. Darum ist es für unsere Zeit unabdingbar, Supervision bereits mit Beginn der Ausbildung zu implementieren, da sonst die Auswirkungen mangelnder Fürsorge auch weiterhin durch hohen Krankenstand und Fluktuation zu spüren sein werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Gesundheitssystem befindet sich ebenso wie die Gesellschaft in einer Zeit des Umbruchs. Hinzu kommt, daß der Tod als existentielles Phänomen des Lebens in einer „Fit-for-Fun-Gesellschaft“ ausgeblendet wird. Jugendliche in der Ausbildung zur Krankenschwester /-pfleger sind im Berufsalltag von Anfang an mit der Todesrealität konfrontiert, ohne darauf vorbereitet zu sein. Die Integrative Supervision bietet den Heranwachsenden Bewältigungsmöglichkeiten. Sie hilft den Auszubildenden, sowohl die intrapsychischen wie auch die interpersonellen Entwicklungsaufgaben wahrzunehmen, und unterstützt sie, Wege zu finden, unbewältigte Todeserlebnisse aufzuarbeiten.

SUMMARY

As the whole society, also the health system is in a time of change. In addition to that, Death often is out of focus as an existential phenomenon in a "fit-for-fun"-society. Young people in a nurse-training are confronted with the reality of death from the beginning of their everyday-work.

The concept of "Integrative Supervision" (ISV) is offering coping-strategies for these adolescent people. ISV helps the trainees to become aware of the intra- and interpersonal developmental tasks and supports them in finding ways to work through unsolved experiences with the issue of death.

Keywords: health system, death, adolescence, nurse training

LITERATUR

- ARIES, Ph., Geschichte des Todes, Hanser, München, Wien 1980, 741 (Editions du Seuil 1978)
- ARISTOTELES, Politik, (Übers. u. hrsg.) O. Gigon, DTV, München, 1998⁸, 7. Buch, 237
- ATTALI, J., Die kannibalische Ordnung, Campus Vlg., Frankf./M. Dt. Ausgabe 1981, 226, Grasset (1979)
- BECK, U., Risikogesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt/M., unveränd. Sonderausgabe 2003, 125, 1. Aufl. 1986
- BELARDI, N., Supervision Eine Einführung für soziale Berufe, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 1996
- FEND, H., Die Entdeckung des Selbst und die Verarbeitung in der Pubertät, Vlg. Huber, Bern, 1994 Bd. III,
- FLAMMER, A., Erfahrung der eigenen Wirksamkeit, Vlg. Huber, Bern, 1990, 300
- FOUCAULT, M., Die Geburt der Klinik, Fischer Tb., Frankfurt/M., 2002⁶, 169 Presses Universitaires de France (1963)
- FRÜHMANN, R.,aus: Petzold/Frühmann 1986 I, 258**
- HAÜBER, K., Identitätsentwicklung, Harper & Row, AG der Verlage, 1983, 103
- HOLLOWAY, E., Supervision in psychosozialen Feldern, Junfermann, Paderborn, 1998
- KEGAN, R., Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben, Kindt, München, 1986 3. Auflage 1994**
- LEHMANN, I., Kommunikationsstörungen in der Familie, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2002, 42
- LUHMANN, N., Vertrauen, 2. erw. Aufl. 1973, Enke Vlg., Stuttgart
- ORTH, I., Petzold, H., Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen, *Integrative Therapie*, 2(1995)
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Organspendeerklärung, Sozialverband Deutschland, e.V., 2001
- PETZOLD, H., MATHIAS, U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1982, 176
- PETZOLD, H., Integrative Supervision, Meta - Consulting & Organisationsentwicklung, Junfermann, Paderborn, 1998, 255, 291, 414
- PETZOLD, H., *Beiträge zur Thanatologie*, H.16 (1999), J. Gutenberg-Univ. Mainz
- RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalter, Beltz, Weinheim, 1996
- RUDOLF, G., Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Thieme, Stuttgart, 2000, 4. überarb. und erw. Auflage
- SCHMIDBAUER, W.: Helfersyndrom und Burnout - Gefahr, Urban & Fischer, München, 2002
- SCHREYÖGG, A., Supervision Ein integratives Modell, Junfermann, Paderborn, 1992, 417
- SCHULZE, G., Die Erlebnisgesellschaft, Campus, Frankfurt/M. New York, 1992
- SCHULZ VON THUN, F., Miteinander Reden, Rohwolt Tb, Reinbeck, Bd.1 (1981), II (1989),
- SENGE, P., Die fünfte Disziplin, Klett - Cotta, Stuttgart, 2001⁸, 508
- STROEBE, W.: Sozialpsychologie, Springer - Verlag, Berlin Heidelberg 2. korr. Aufl. 1992
- WILLKE, H., Systemisches Wissensmanagement, Lucius & Lucius, Stuttgart, 1998
- WESTON, D.M., in: Senge, 2001⁸, 534**
- WINTSCH, H., in : Metzmacher, Petzold, Zaepfel, Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd 2, Junfermann 1996
- YALOM, D.I., Existentielle Psychotherapie, EHP-Fachbuch, Köln, 2000³, 180, Yalom Family Trust (1980)