

# SUPERVISION

## Theorie – Praxis – Forschung Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

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  
Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Prof. Dr. phil. **Michael Märrens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.  
Dr. phil. **Robert Masten**, Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Ljubljana, Slovenia  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych., Universität Kassel  
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach  
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern  
**Ireen Ruud**, MSc., Høgskolen i Buskerud, Norwegen  
Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich  
Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

[www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)

## SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

### Ausgabe 09/2008

**Supervision in Einrichtungen der Altenarbeit im deutschsprachigen Raum – ein Vergleich dreier Studien der empirischen Felderkundung in Österreich, Deutschland und der Schweiz\***

*Hilarion Petzold, Düsseldorf, Amsterdam<sup>1</sup>, Lotti Müller, Zürich<sup>2</sup>, Michael König, Salzburg<sup>3</sup>*

---

\* Diese Studien wurden von der „Schweizer Stiftung der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (SEAG) in Zusammenarbeit mit den unter Anmerk. 1 – 3 genannten Institutionen durchgeführt und durch einen Grant der „Deutschen Gesellschaft für Supervision“, DGSv, Köln gefördert.

<sup>1</sup> Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen – v. Prof. und wissenschaftlicher Leiter des Master of Science-Studiengang, Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner), Donau-Universität Krems – Prof. emer. für Psychologie, Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam.

<sup>2</sup> Lotti Müller, lic. phil. (Psychologie, Zürich), MSc. (Supervision DUK, Krems), Gerontopsychologin, Psychotherapeutin, Musiktherapeutin, Supervisorin. Leiterin der Therapien im Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach (Leitung: Prof. Dr. med. Christoph Hock), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

<sup>3</sup> MMag. Michael König, Geschäftsführer Diakonie-Zentrum Salzburg, Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Gerontopsychologe und Psychotherapeut.

## 1. Felderkundungen zur Supervision im Felde der „angewandten Gerontologie“

**Felderkundungen** im Bereich der Supervisionsforschung haben das Ziel, die Implementierung von Supervision in spezifischen Feldern zu untersuchen – z. B. in der Psychiatrie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003), in der Musiktherapie (Eckhoff., Breuss-Gröndahl, Petzold 2007), in der Schule (Heffels, Petzold 2006), in der Suchtherapie (Schay et al. 2007), wo auch immer. Eigentlich muss man jeden Bereich, in dem Supervision eingesetzt wird, untersuchen, mit *quantitativen* und mit *qualitativen* Studien (Steffan, Petzold 2001) – beide sind unverzichtbar. Solche Untersuchungen sollen die grundsätzlichen Forderungen an *sozialinterventive Praxeologien* (Orth, Petzold 2004) nach **Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit** und **Unbedenklichkeit** (Petzold, Schigl et al. 2003) überprüfen, um eine Basis für eine angemessene Qualitätssicherung zu liefern (Laireiter, Vogel 1998; Petzold, Rainals et al. 2006). Konkret müssen Felderkundungen auch dazu beitragen, festzustellen, was SupervisandInnen (z. B. BeraterInnen) und ihre KlientInnen (Ratsuchende) brauchen, *welche Art* der Unterstützung durch Supervision *wann* und *wie* gegeben werden muss bzw. *welche Form* der Supervision (Einzel- oder gruppaes Setting) gewünscht bzw. indiziert ist und *welche Wege* des supervisorischen Lernens beschritten werden müssen (van Kessel 1997; van Wijnen, Petzold 2006; Sieper, Petzold 2002). Zuweilen ist es auch wichtig, das „Feld des KlientInnensystems“ mit „supervisorischem Blick“ zu untersuchen, um festzustellen, was denn die Aufgaben von Supervision in einem solchen Feld sein könnten oder müssten. Für gerontologische Felder haben wir derartige Felderkundungen immer wieder unternommen (Petzold, Zander 1985; Petzold, Petzold 1991; Petzold, Müller et al. 2005). Nur im Wissen um solche Daten, können SupervisorInnen „passgenaue“ Angebote machen und sowohl dem SupervisandInnen- als auch dem KlientInnensystem gerecht werden. Besonders mit Blick auf die – bislang durch Forschung **nicht nachgewiesene – Effizienz von Supervision für das KlientInnensystem** (Petzold, Schigl et al. 2003; Schay et al. 2007) sind *mehrperspektivische* Felderkundungen (Gebhardt, Petzold 2005) im „Mehrebenensystem der Supervision“ auf allen Systemebenen erforderlich (Petzold 2007a). Außerdem muss das Modell der supervisorischen Felderkundung immer wieder auch auf das eigene Feld der Supervision selbst gerichtet werden (vgl. exemplarisch Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001 qualitativ, Petzold, Schigl et al. 2003, quantitativ/qualitativ), um zu sehen, wo Entwicklungen sind, wo Stagnationen, wo etwaige Fehlentwicklungen. Es ist z. B. die Frage zu stellen, warum so wenig aussagekräftige quantitative Supervisionsforschung bzw. quantitativ-qualitative Studien mit „sophisticated designs“ (z. B. Petzold, Schigl 1996) vorhanden sind und ein solches Überwiegen (zumeist auch noch schwacher) qualitativer Forschung zu verzeichnen ist (Holloway 1995; Petzold, Schigl et al. 2003; Möller, Märten 1998; Frank 1999)? Wollen SupervisorInnen, deren Aufgabe es u. a. ist, die Qualität von Praktikern zu untersuchen, um sie durch „weiterführende Kritik“ und „fachliche Unterstützung“ weiter zu entwickeln und zu optimieren, sich selbst nicht kontrollieren und evaluieren lassen, denn das heißt ja Forschung? In jedem Fall kann gesagt werden, dass im Felde der Supervision – ähnlich wie vor Jahren noch im Felde der Psychotherapie (Grawe et al. 1994; Petzold, Märten 1999) – immer noch keine forschungsfreundliche Kultur festzustellen ist, auch wenn sich in jüngster Zeit, gefördert durch die Fachverbände (Hausinger 2007), eine neue Öffnung anzubahnen scheint.

**Felderkundungen** sollen die Akzeptanz von Supervision erfassen, ihre „*protektiven Faktoren*“ für KlientInnen wie für MitarbeiterInnen und die daraus ggf. erfolgende *Resilienz*bildung (Müller, Petzold 2003) sowie ihre Ressourcenfunktion als Helfer

(Petzold 1997p) und ihre eigene Ressourcenutzung. Eine differenzierte Längsschnittstudie zur Ressourcennutzung von Eichert (2007) hat im Abstand von 10 Monaten die Nutzbarkeit berufsrelevanter Ressourcen durch Angehörige helfender Berufe, die Supervision erhielten, untersucht und festgestellt, dass Supervision nicht zu Verbesserungen solcher Nutzbarkeit beigetragen hat, dass aber in der Vergleichsgruppe ohne Supervisionsgruppe Verschlechterungen in bestimmten Ressourcenbereichen zu verzeichnen waren. Das ist alles andere als ein positiver Nachweis, der die oft recht positiven Bewertungen von Supervisionseffekten aus Querschnittsuntersuchungen relativiert. Folglich müssen die Anforderungen und Erwartungen an Supervision etwas realistischer gestaltet werden, so die Schlußfolgerungen des Autors. Man müsste aber auch anders folgern mit der Frage: Was müsste an der Methodik von Supervision und an den Bedingungen der Supervisionsnutzung verändert werden, damit ihre Wirkungen deutlicher und nachhaltiger werden. Derartige Fragestellungen fehlen im Felde der Supervision bislang noch weitgehend. Auch aus diesem Grunde muss das Modell der supervisorischen Felderkundung immer wieder auch auf das eigene Feld der Supervision selbst gerichtet werden. Aber auch *Risikofaktoren* und eventuelle Gefahren oder Missbrauchsmomente, wie wir sie in der Psychotherapie vorgefunden haben (Märtens, Petzold 2002) und die für die Supervision genauso angenommen werden müssen und konkret aufgetaucht sind (Orth, Petzold et al. 2006; Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Erhardt, Petzold, Leitner 2008, in Auswertung), müssen in den Blick genommen werden. Supervision hat – ganz ähnlich wie Psycho- und Soziotherapie ihre **Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Unbedenklichkeit** in empirischen Studien von guter Qualität nachzuweisen und dafür kommen nur Untersuchungen im nomothetisch-quantitativen Paradigma in Frage. Solche Studien liegen bisher nicht in ausreichender Zahl oder oft nur in unzureichender Qualität vor. Von einer Evidenzbasierung (in spezifischer Zupassung auf die Supervisionsmethode) ist man noch weit entfernt. Bei der grossen Heterogenität der Supervisionsansätze ist auch davon auszugehen, dass ein Nachweis differentiell, also „schulen- oder richtungsspezifisch“ geführt werden muss, denn Balint-Gruppen-Arbeit wirkt anders als gestalttherapeutisch orientierte Supervision und diese wirkt anders als Integrative Supervision oder systemische – es sei denn, man gibt sich mit *unspezifischen Wirkfaktoren* zufrieden, wie sie in **Intervision** oder Laiensupervision zum Tragen kommen, Ansätze, die ja auch gute Ergebnisse haben. Hier liegt es nicht anders als bei Lientherapien und professionellen Therapien (Schiepek 2008).

Die **Unbedenklichkeit** von Supervision – was Diskretion, Datensicherheit, informed consent (Petzold, Orth et al. 2006; Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Eichert, Petzold 2003a), aber auch was Umgang mit Macht, Machtstrategien und -missbrauch (Haessig 2005; Orth, Petzold, Sieper 1995), Fehlstrategien, Genderbias (Abdul-Hussain 2008) o. ä. anbelangt, ist keineswegs durchweg gegeben. Diese prekäre Thematik hat die Supervision bis heute weitgehend ausgeblendet, genauso wie es die Psychotherapie getan hat (Märtens, Petzold 2002). – Und es finden sich beunruhigende Risikomomente, wie wir aus den Materialien einer Dunkelfeldstudie ersehen konnten (Erhardt, Petzold et al. in Auswertung).

Felderkundungen erfassen Erwartungen und Einschätzungen der Nutzer von Supervision, Kundenzufriedenheit- bzw. Kundenunzufriedenheit und bieten damit wichtige Informationen. Sie sind eine Rückmeldung an die SupervisorInnen über ihre Arbeit und sie sind ein Feedback an die Ausbildungsinstitute über ihre Ausbildungsarbeit. Sie sind weiterhin eine wesentliche Information an die Berufsverbände, zu deren Aufgabe es gehört, über die Qualität der Dienstleistungen

zu wachen, die ihre Verbandsmitglieder in den einzelnen supervisorischen Aufgabenfeldern erbringen. Bislang sind die Bemühungen der Fachverbände und der Supervisionsausbildungsinstitute zur Qualitätssicherung in der Supervision noch kaum durch *empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit* bzw. durch Evaluationsstudien von Supervisionsleistungen auf der Ebene des KlientInnensystems, des SupervisandInnensystems (Kundensystems) oder des Auftraggebersystems abgesichert (für den Integrativen Ansatz vgl. *Oeltze, Ebert, Petzold 2002*). Hier besteht nach wie vor ein grosser Forschungsbedarf. Wir haben bei unseren Forschungsorientierungen in der Supervisionsforschung (vgl. *Petzold, Schigl et al. 2003, S. 239ff*) – neben anderen Forschungsaufgaben – einen Schwerpunkt bei Fragen zur **Felderkundung** gesetzt und verschiedenste Felder in multinationalen Studien untersucht. Sie geben einen Eindruck von den „*kollektiven mentalen Repräsentationen*“ (*Moscovici 2001; Petzold 2002g, 2003b*), die Menschen in einem Feld zu „Supervision“ oder „Coaching“ haben. Mit solchen Studien können auch andere Forschungsfragen identifiziert werden, die dann angegangen werden müssen. Bei der Auswahl der Felder wurden wir natürlich von bestimmten Forschungsinteressen geleitet. Der Seniorautor hat seit Mitte der sechziger Jahre im Bereich der sozialen, agogischen und klinischen Gerontologie bzw. Gerontotherapie theoretisch und praktisch gearbeitet und geforscht (*Petzold 1965, 1985a, 2005a; Petzold, Bubolz 1976, 1979, Petzold, Petzold 1991, vgl. Müller 2008*) und war dort auch supervisorisch tätig (*Petzold 1977e; Petzold, Petzold 1999; Petzold, Müller 2005*). Dadurch verband sich die Supervisionsforschung mit der fachdisziplinären Forschung, der feldkompetenten Praxis in der Sozialgerontologie und der spezialisierten Ausbildungsarbeit von SupervisInnoren für die Arbeit im gerontologischen Feld, die wir selbst wiederum beforscht haben – mit einer der komplexesten Studien im Bereich der Supervisions- und Supervisionsausbildungsforschung (*Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997*). Für das Feld der Drogentherapie und Suchtarbeit ergab sich ein ähnliches Junctim von Praxeologie, Supervision und Forschung (*Petzold, Schay, Scheiblich 2006*). In der vorliegenden Arbeit werden drei Studien zur **Supervision in der Altenarbeit** in drei deutschsprachigen Ländern vorgelegt von zwei Autoren und einer Autorin, die als SupervisorInnen, praktische GerontotherapeutInnen und als WissenschaftlerInnen in diesem Feld und in diesen Fachdisziplinen langjährig arbeiten. Wir sind für diese Arbeit sowie für alte Menschen engagiert (*Petzold 1985t; Müller 2008*). Wir hoffen, dass diese Studien, die durchaus als repräsentativ anzusehen sind, aber der Supervision leider nicht in allen Dimensionen ein durchweg gutes Zeugnis ausstellen können, dazu beitragen, dass Ausbildungsinstitute und Verbände in Qualitätsverbesserungen investieren. Das wird für diesen durch „gefährliche Pflege“, Heimskandale, PatientInnenmisshandlungen und -tötungen (*Petzold 1985d; 1994a, 2005h, Petzold, Müller 2005; Petzold, Müller et al. 2005*) immer wieder in die Schlagzeilen geratenden Bereich unbedingt notwendig. Dabei ist zu vermerken, dass bei der Vielzahl der Zwischenfälle (*Beine 1998; Breitschedel 2005; Maisch 1996*) bis jetzt kaum eine *Risikosituation* oder *Schadenssituation* von einem Supervisor aufgedeckt worden ist (vgl. unsere Interventionen *Petzold 1985d* und erneut *Petzold, Müller et al. 2005*, wo wir an die Öffentlichkeit gegangen sind). Bislang ist von den grossen supervisorischen Fachverbänden noch nie eine qualifizierte Stellungnahme zu den Missständen im Altenbereich abgegeben wurde. Das sollte sicher anders werden.

## 1.1 Felderkundungen zur Unterstützung von Feld- und Fachkompetenz in der Supervision

Eine wichtige Aufgabe von explorativen Felderkundungen ist, schon vorhandene Feld- und Fachkompetenz von Supervisoren empirisch zu unterstützen, die auf entsprechendem professionellem Hintergrund in recht spezifischen Feldern arbeiten (z. B. Forensik, Sucht, Hospiz, Psychiatrie, Altenarbeit - sie erfordert gerontologisches Wissen -, Kinderarbeit - sie verlangt entwicklungspsychologisches Wissen -, Krankenhaus, Schwangerschaftskonfliktberatung, Krebsberatung etc.). Von *Hilarion G. Petzold* wurden deshalb in breiter Weise explorative Felderkundungen als transnationale Multicenterstudien mit verschiedenen Forscherteams in einer Kooperation der Studiengänge für Supervision an der Freien Universität Amsterdam (Faculty of Human Movement Sciences, Center IBT), der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (Studienprogramme Düsseldorf/Hückeswagen und Oslo) und der Donau-Universität Krems (Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie) initiiert und durchgeführt. Es geht bei diesen Multi-Center-Studien darum, die Supervision in verschiedenen europäischen Ländern kontextabhängig, feld- und zielgruppenspezifisch zu explorieren, um aus den gewonnenen Erkenntnissen Hilfen für die Verbesserung von supervisorischer Qualität in den untersuchten Bereichen zu Gunsten der MitarbeiterInnen und PatientInnen/KlientInnen bereit zu stellen. Es ist eine ethische Verpflichtung von Supervision, die *Qualität von Hilfeleistung* für Betroffene, z. B. PatientInnen, zu verbessern. Das ist auch der Auftrag der Kostenträger, wenn sie Supervision finanzieren: sie muss den PatientInnen zu Gute kommen (für den Suchtbereich VDR 1995, 1997). Supervision unterstützt BetreuerInnen/BeraterInnen/TherapeutInnen (z. B. als Prozesssupervision<sup>4</sup>), die sie in Anspruch nehmen, um solche Unterstützung für die Patientenarbeit zu erhalten, womit – genau genommen – die PatientInnen/KlientInnen sozusagen „SubklientInnen“ des Supervisors/der Supervisorin werden, die den Prozess begleiten (*Schay et al. 2005*). SupervisorInnen können sich hier nicht aus einer Verantwortlichkeit stehlen. Sie sollen die Qualität von Professionalität fördern, sowie psycho- und sozialhygienisch zur Entlastung von MitarbeiterInnen beitragen. Dabei kann nicht von Annahme ausgegangen werden: Geht es den Mitarbeiter gut (u. a. auf Grund von Supervision) ist auch ihre Arbeit mit PatientInnen besser. Entsprechende Forschungsergebnisse für dies Annahme fehlen. Auch Entlastung schlägt keineswegs immer in besserer PatientInnenarbeit zu Buche. Solche Zusammenhänge zu erforschen, sollte ein primärer Auftrag von Supervisionsforschung sein, der unserer Auffassung nach allen anderen Forschungsinteressen vorzuordnen ist. Leider zeigt eine Übersicht über die vorhandene Supervisionsforschung, dass hier bislang noch wenig Forschungsarbeit getan wurde (*Petzold, Schigl et al. 2003*). Natürlich sollen empirische Feldexplorationen weitere Forschungsarbeiten generieren: Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision für die SupervisandInnen und für die KlientInnen wären zu untersuchen, Effektivität von Supervision z.B. als Burn-out-Prophylaxe (*Thomas 1995*), als Qualitätssicherungsinstrument, als Fehlerprophylaxe usw.– der Themen sind genug vorhanden, denn nach wie vor ist das Gesamtfeld der Supervision forschungsmässig schlecht ausgeleuchtet und das Vertrauen, das Supervision entgegengebracht wird ist – blickt man auf die Zahl und die Qualität der

---

<sup>4</sup> Mit diesem Begriff ersetzen wir den der „Fallsupervision“. Wir verwenden diesen Term nicht mehr, weil „Fall“ ein verdinglichender Begriff ist. Menschen sind keine „Fälle“. Sprache schafft Fakten. Gerade Supervision sollte hier begriffssensibel vorgehen. Wir stehen mit KlientInnen und mit Supervisandinnen in „Prozessen“. Deshalb ziehen wir den Term „Prozesssupervision“ vor.

vorhandenen Studien - empirisch noch nicht gut begründet. Die Supervision verbessert sich indes.

Die vom Senior Autor initiierten und begleiteten Feldexplorationen in den deutschsprachigen Ländern (**Au, Ch, D**) haben die Felder Gerontologie, Psychiatrie, Krankenhaus, Sucht fokussiert. Im Bereich der Psychiatrie liegen folgende Studien vor (das **n** gibt die Zahl der gültigen und ausgewerteten Fragebögen an): **Au Kolar, Petitjean, Petzold** 2007 **n** 300; **Ch Gottfried, Petitjean, Petzold** 2003 **n** 326; **D Orth, Siegele, Petzold** 2007, Tageskliniken **n** 115; **Siegele; Petzold, Petitjean** 2008 **n** 580, in Auswertung); **Eichert** 2004 **n** 110; **Eichert** 2008 **n** 451). Die Krankenhaus/Pflegepersonalstudie (**Ch Brühmann-Jecklin, Petzold** 2006) hatte ein **n** von 316. Die hier vorgestellten Untersuchungen aus dem Gerontobereich (**Ch Müller et al.** 2005 **n** 155; **D Knaus et al.** 2006 **n** 80 und die vorliegende **Au** mit einem **n** von 119) geben sicherlich einen hinlänglich repräsentativen Überblick über das Feld, zumal die Daten der Befragung des Österreichischen Supervisorenverbandes zur Supervision im gerontologischen Feld (ÖVS 2003 **n** 962) unsere Ergebnisse zur Bewertung von Supervision durch die Mitarbeiter im Feld stützt.

Unser Fazit aus diesen Untersuchungen:

Supervision im sozialgerontologischen und gerontotherapeutischen Bereich erfordert unbedingt spezifische **Feld-** und **Fachkompetenz** auf Seiten der Supervisoren (die Studien aus dem Bereich der Psychiatrie kommen zu dem gleichen Ergebnis!). Das fordern die befragten MitarbeiterInnen/SupervisandInnen und das fordern wir als Gerontologen. Die Konsequenz, die wir Trägern empfehlen möchten: bei der Auswahl von Supervisoren auf eine solche Spezialqualifikation zu achten, denn allgemeinsupervisorische Kompetenz reicht nicht, diesen Schluss muss man aus den vorliegenden Forschungsergebnissen ziehen.

In ausbildungspraktischer Hinsicht wurde schon vor Jahren eine Konsequenz gezogen, die von dem Skandal der PatientInnen-tötungen in Lainz (**Petzold** 1985d, 2005h, **Beine** 1998) bestimmt war. Im Auftrag des Österreichischen Wissenschafts- und Gesundheitsministeriums 1992 haben wir eine allgemeine Supervisionsausbildung mit einem gerontotherapeutischen Schwerpunkt konzipiert und in der Trägerschaft von „Pro Senectute Österreich“ und in einer Kooperation mit der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen, durchgeführt und empirisch beforscht (**Schigl, Petzold** 1997) – mit guten Ergebnissen. Auch heute vertreten wir eine solche Konzeption der Ausbildung, in der die Vermittlung einer allgemeinsupervisorischen Kompetenz mit einem Vertiefungsschwerpunkt „Altenheim, Krankenhaus, Pflege“ durchgeführt wird (**Orth, Petzold et al.** 2008), eben weil wir der Auffassung sind: bei supervisorischer Arbeit im Altenbereich sind Feld- und Fachkompetenz unerlässlich, das zeigen die feldspezifischen Buchveröffentlichungen von **Hirsch** (2002) und **Petzold, Müller** (2005). Man kommt nämlich, wenn man „die Effektivität von Supervision kritisch überprüft - [zu] bedenkenswerten Ergebnissen, die in jedem Fall die ... erhobene Forderung stützen, dass SupervisorInnen in diesem Arbeitsbereich ohne Feldkompetenz und gerontologisches Fachwissen kaum hilfreich sein können“ (**Schröder** 2006).

## **1. 2 Einleitung zur österreichischen Felderkundung „Supervision in der Altenarbeit“ - Der Forschungskontext der Studie**

Moderne Supervision als Methode sozialinterventiver Unterstützung professionellen Handelns (**Petzold** 1998a/2007a; 1990o; **Schreyögg** 1991/2004) hat als *Praxeologie* eine ca.

hundert Jahre alte Geschichte (*Belardi* 1992). Als Methode der Kontroll- und Disziplinierungsmacht von Kirche und Feudalstaat ist sie älter– die „*supervisors of the poor*“ waren Armenhausaufseher in den von *Elisabeth I* auf Grund ihrer „*poor laws*“ (1601) eingerichteten Armenhäusern. Sie waren „*overseers*“ in Lagern, Aufseher in Strafvollzug. Diese disziplinarische Seite der Supervisionsgeschichte, die bis heute Nachwirkungen hat, wird in praktisch der gesamten Supervisionsliteratur übergangen und ist auch im Bewusstsein und im Selbstverständnis der meisten SupervisorInnen ausgeblendet (*Petzold* 2005e). SupervisorInnen verstehen sich nicht als „Kontrolleure“, obgleich sie von ihren Auftraggebern oft genug den impliziten, ja immer wieder auch den expliziten Auftrag der Kontrolle erhalten, besonders wenn es zu Zwischenfällen gekommen ist (*Petzold* 1985d, 1994a; 2005h). Die Kontrolltheorien der Sozialpsychologie, sie gehören zum bestuntersuchtsten Fundus dieser Disziplin (*Flammer* 1990, *Stroebe et al* 2003) sind in der Supervision praktisch nicht rezipiert und fundierte machttheoretische Arbeiten zur SupervisorInnenmacht finden sich praktisch nicht (vgl. aber *Petzold* 1998/2007a, 249ff; *Haessig* 2007). Besonders in „*prekären Feldern*“, in denen Menschen wenig Chancen haben, selbstwirksam zu werden (*Flammer* 1990), ihr „*locus of control*“ external ist – d. h. sie sind weitgehend fremdbestimmt – hat Supervision eine wichtige Funktion, nämlich das *Viktimisierungsrisiko* für solche Menschen zu vermindern. Gerade im Bereich des Heimwesens, aber auch in der ambulanten Pflege sind alte Menschen, die pflegebedürftig geworden sind, in einer gefährdeten Situation. Sie sind an die Pflegenden ausgeliefert und an die Pflegeinstitutionen. Die vielen Fälle von „*gefährlicher Pflege*“, die man „*allüberall*“ findet (*Petzold, Müller et al.* 2005), machen das bedrückend deutlich. In Österreich hat sich durch den extremen Fall von massenhafter PatientInnen-tötung im Pflegeheim Lainz zwischen 1985 und 1987 (*Petzold* 1985d, 2005h) und durch weitere Zwischenfälle gefährlicher Pflege in jüngerer Zeit (*Petzold, Müller et al.* 2005) eine besonders sensible Situation ergeben, die für die Supervision in der Altenarbeit eine Herausforderung darstellt. Es erhebt sich die Frage: werden SupervisorInnen den Anforderungen dieses schwierigen und komplexen Feldes gerecht? Wie ist Supervision im Feld implementiert und wie wird sie von SupervisorInnen wahrgenommen? Deshalb hätten Felderkundungen vor einem solchen Hintergrund ein besonderes Gewicht, nur man findet sie kaum. Vom ÖVS, dem „*Österreichischen Supervisorenverband*“ wurde eine Studie durchgeführt (*ÖVS-Studie* 2003), aber nie in hinreichender Zugänglichkeit publiziert. Sie liesse, so der Verband, einen grossen Supervisionsbedarf erkennen. Es stellt sich da aber die berechnete Frage, ob die Behauptung, dass die MitarbeiterInnen im Feld der Altenarbeit Supervision fordern, die tatsächliche Situation wiedergeben (die Fragestellungen der Studie waren leider nicht einsehbar. Es muss hier genau hingeschaut werden, ob ein wirkliches Supervisionsverlangen bei den MitarbeiterInnen des Feldes gegeben ist, oder ob es sich nicht eher um Attributionen handelt, die eher die Interessen der Supervisionsverbände, Supervisionsschulen und der SupervisorInnen darstellen. Ein Bedürfnis von MitarbeiterInnen in diesem Feld liegt zweifelsohne vor, jedoch ist die Forderung bei weitem nicht so hoch wie von den SupervisorInnen angenommen wird (vgl. die Studie des ÖVS 2003 mit ihren entsprechend präventiven Schlussfolgerungen), denn einer der häufigsten Gründe für die Beendigung von Supervisionen im Altenbereich ist der, dass die MitarbeiterInnen keine Supervision (mehr) wollen – und dies nicht zuletzt aufgrund unbefriedigender Erfahrungen mit Supervision (*Knaus et al.* 2006). Die vorliegende Untersuchung will der Frage nachgehen, wie faktisch durchgeführte Supervisionen in diesem Feld dem angenommenen Bedarf entsprechen. Sie ist im Rahmen der erwähnten explorativen Multi-Center-Studien zu sehen. Diese Studie zur Supervision in österreichischen Altenheimen ist nun die dritte von drei Untersuchungen zur Supervision im sozialgerontologischen Feld und ergänzt die Daten aus der Schweiz (*Müller, Petzold; Schreiter-Gasser* 2005) und Deutschland (*Knaus, Petzold, Müller* 2005). Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen

diejenigen aus den beiden andern Ländern, weshalb in der Diskussion der Daten alle drei Studien einbezogen werden.

### **1.3 Fragestellungen**

Wie bei den analogen Untersuchungen in der Schweiz und in Deutschland geht es in dieser österreichischen Studie darum, bereits gemachte Erfahrungen (positive wie negative) mit und die Erwartungen an Supervision und SupervisorIn zu erfassen und auszuwerten. Die relevanten Fragestellungen sind dabei:

- 1) In welcher Art Alteinrichtung ist Supervision etabliert?
- 2) Wie wird die Wirkung von Supervision eingeschätzt?
- 3) Werden schädliche Wirkungen festgestellt oder vermutet, Risiken gesehen für die SupervisandInnen? Für die betreuten BewohnerInnen?
- 4) Werden schützende, stützende bzw. protektive Wirkfaktoren von Supervision gesehen? Für die SupervisandInnen? Für die betreuten BewohnerInnen?
- 5) Gibt es spezifische Erwartungen an SupervisorInnen in der Altenarbeit? An deren Qualifikationen, Kompetenzen, Performanzen, Feldwissen?
- 6) Wie wichtig ist Feld- und Fachkompetenz?

### **1.4 Methode**

Es handelt sich um eine Feldexploration via Fragebogenerhebung, welche für weiterführende Untersuchungen als Basisdaten dienen kann.

#### **1.4.1 Stichprobe**

Der Fragebogen wurde in rund 45 Altenheimen in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Wien gesandt. Alle Adressaten erhielten mehrere Fragebögen und waren gebeten, diese soweit möglich zu streuen, ggf. auch an weitere Alten-Einrichtungen.

#### **1.4.2 Design**

Für die österreichische Version der Studie wurde der gleiche Fragebogen benutzt wie für die analogen Untersuchungen in der Schweiz und in Deutschland, nur einige Anpassungen an österreichische Verhältnisse waren notwendig (z. B. Berufsbezeichnungen). Der halbstandardisierte Fragebogen wurde an eine Auswahl von Altenwohneinrichtungen in fünf österreichischen Bundesländern verschickt. Der Rücklauf dauerte rund 9 Wochen.

#### **1.4.3 Erhebungsinstrument**

Der verwendete Fragebogen für NutzerInnen von Supervision wurde ursprünglich für allgemeine Fragestellungen zum Einsatz von Supervision von *H.G. Petzold* entworfen (*Leitner, Petzold et al. 2000*) und später mit entsprechenden Anpassungen für die Supervisionsforschung im Feld der Psychiatrie angewendet (*Gottfried, Petitjean, Petzold 2003*), im Bereich der Pflege (*Brühlmann-Jecklin, Petzold 2006*) sowie – im Rahmen dieser Multi-Center-Studie – im Feld der Altersarbeit. Er besteht aus 62 Items. Der erste Fragenblock betrifft die antwortende Person (Alter, Geschlecht, Grundberuf, Funktion, Berufserfahrung in Jahren), der zweite den Arbeitskontext (Art der Einrichtung, Art der Führung, Leitbild, Art der Zusammenarbeit). In einem dritten Fragenkomplex geht es um das Setting (Finanzierung, Rahmenbedingungen: räumliche, Freiwilligkeit, Frequenz, Dauer; Handhabung von Schweigepflicht und informed consent). Angaben zur Person des Supervisors/ der Supervisorin wurden in weiteren fünf Items erfragt (Alter,

Geschlecht, Grundberuf, Art der Zusatz-Ausbildung, Verbandszugehörigkeit). Um bisher gemachte Erfahrungen mit früheren oder laufenden Supervisionen, um die Einschätzung der Wirkung von Supervision und um die Einschätzung der Kompetenzen des Supervisors/ der Supervisorin geht es in der nächsten Item-Gruppe, in welcher zwei Fragen offen zu beantworten waren (positive resp. negative Erfahrungen). Es folgten vier Fragen nach den Erwartungen an Supervision und SupervisorIn, eine davon ist wiederum offen formuliert. Schliesslich wird in vier offenen Fragen nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Supervision gefragt, resp. nach möglichen protektiven Wirkungen für die SupervisandInnen oder die von ihnen Betreuten KlientInnen/BewohnerInnen.

Ein Vortest des Fragebogens war aufgrund seines mehrfachen Einsatzes in vorhergehenden Studien nicht mehr notwendig.

### 1.5. Statistische Auswertung

Die Daten wurden mit der Version 11.0 des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. Die Daten der deskriptiven Items werden in Form von Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Graphische Darstellungen werden hinzugefügt, wo sie etwas veranschaulichen können. Zur Überprüfung von Zusammenhängen wurden der T-Test sowie die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) verwendet. Mit dem *Levene*-Test wurde die Homogenität der Varianzen geprüft, für die Dimensionsreduktion wurde eine Faktorenanalyse gerechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf dem 5%-Niveau ( $p=.05$ ) festgelegt. Die Text-Antworten der offenen Fragen wurden quantitativ geprüft (Vorhandensein vs Nicht-Vorhandensein einer Meinungsangabe) und qualitativ ausgewertet.

### 1.6 Ergebnisse

#### 1.6.1 Rücklauf

Aus den 45 angeschriebenen Institutionen haben 119 SupervisandInnen geantwortet.

#### 1.6.2 Die SupervisandInnen

Zum Alter: Das Durchschnittsalter der antwortenden Personen liegt bei 40.5 Jahren, die jüngste ist 21, die älteste 60 Jahre alt. Der grösste Anteil der Gesamtstichprobe fällt auf die Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren (42.9%). (3 fehlende Angaben)

Zum Geschlecht: 92.4% der Antwortenden sind Frauen, 5.9% Männer (fehlende Angaben bei 1.7%).

Grundberuf (vgl. Abb. 1) : 72.3% der Befragten sind im Pflegeberuf tätig, 10.9% im therapeutischen Bereich. 5% sind PsychologInnen und 0.8% SozialarbeiterInnen. ÄrztInnen wurden keine erfasst. Für 10.9% der Antwortenden stand offenbar die passende Berufsgruppe im Fragebogen nicht zur Wahl.

Grundberuf	Häufigkeit in %
Pflegerisch	72.3
Arzt/Ärztin	0
Psychologe/in	5.0
Sozial	0.8
Therapeutisch	10.9
Anderes	10.9

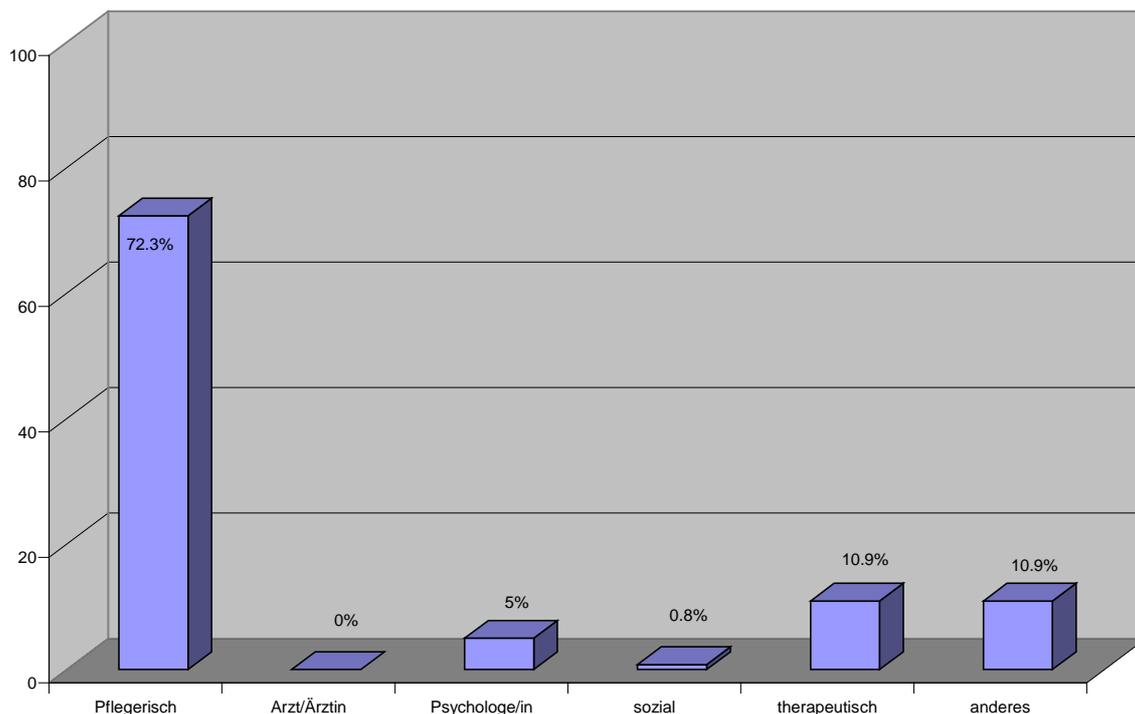


Abb. 1: Grundberuf der NutzerInnen; N = 119; Missings = 0

Von den 119 Antwortenden sind 18.5% in leitender Position, 1.7% noch in Ausbildung, 77.3% in nicht-leitender Stellung (bei 2.5% fehlende Antworten). Eine Berufserfahrung von über 15 Jahren geben 27.7% der Personen an, 20.2% sind seit 11 bis 15 Jahren im Beruf, 22.7% seit 7 bis 10 Jahren, insgesamt 25.2% weniger als sieben Jahre (4.2% fehlende Antworten).

### 1.6.3 Zum Arbeitskontext

Bei allen Fragen zum Arbeitskontext fällt die sehr hohe Anzahl fehlender Antworten auf, und es lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ergründen, ob die Teilnehmer der Studie diese Fragen nicht beantworten konnten, also nicht wussten, wie ihre Einrichtung geführt wird, oder dazu – aus unbekanntem Gründen – keine Angaben machen *wollten*. Es kann vermutet werden, dass eine Identifikation der eigenen Einrichtung vermieden werden soll. Von den 119 Personen geben 29.4% an, in öffentlichen Einrichtungen zu arbeiten, 16.8% in privaten. Die übrigen 53.8% - also über die Hälfte – macht dazu keine Aussage. Sogar 59.6% lassen unbeantwortet, für welche Art von Klientel ihre Einrichtung spezialisiert ist. 1.7% geben an, in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung zu arbeiten, 18.5% in einer geriatrischen, 6.7% arbeiten in einer Wohngelegenheit für behinderte ältere Menschen und 3.4% in einer für gesunde ältere Menschen. Solche Zahlen lassen dann natürlich keine vernünftige Interpretation zu. Ebenso verhält es sich bei der Frage nach der Art der Versorgung: Hier machen 77.4% der 119 Personen keine Angabe. 5% geben an, im stationären Bereich zu arbeiten, 17.6% im halbstationären oder ambulanten Bereich. Da die Fragebogen jedoch zur Hauptsache an MitarbeiterInnen in Altersheimen, Alterswohneinrichtungen also verschickt wurde, kann man davon ausgehen, dass der grosse Teil der Antwortenden diese Frage deshalb nicht beantwortet hat, weil hier keine Versorgung im behandelnden Sinne vorliegt.

Wiederum über die Hälfte (56.3%) der Personen lässt die Frage nach der Art der Führung der Einrichtung unbeantwortet. Eine ärztliche Führung wird von 15.1% angegeben, eine Leitung anderer Art (z.B. Geschäftsleitung, Heimleitung) von 28.6%. 40.3% der Antwortenden beschreiben die Führung in ihrer Einrichtung als eine flache Hierarchie, 20.2% als streng hierarchisch. Ein grosser Anteil von 39.5% macht wiederum keine Angabe dazu.

In 83.2% der Einrichtungen ist offenbar ein Leitbild vorhanden, während in 15.1% ohne ein solches gearbeitet wird (fehlende Angaben nur 1.7%). Interdisziplinäre Zusammenarbeit sehen 81.5% als realisiert, 3.4% als nicht realisiert, für 7.6% erscheint sie "nur auf dem Papier". 7.6% machen dazu keine Angabe.

Der auffallend hohe Anteil derjenigen, die sich zu den Fragen betreffend der Art der Einrichtung nicht äussern wollen, lässt sich leider mit den vorliegenden Daten nicht erklären. Fast der ganze Fragenkomplex ist daher als nicht-aussagekräftig einzustufen.

#### 1.6.4 Zum Setting

Die Supervisionsstunden werden fast ausschliesslich von der arbeitgebenden Institution finanziert (99.2%%). Niemand gab private Finanzierung an, die restlichen 0.8% machten keine Angaben. 89.1% der Supervisions-NutzerInnen erscheint die Häufigkeit, in der die Supervision angeboten wird, als "ausreichend", 7.6% erleben sie als "nicht-ausreichend" (fehlende Angaben 3.4%). Zum räumlichen Setting: die Supervision wird bei 43.7% der NutzerInnen in einem andern, "neutralen" Raum der Institution durchgeführt, bei 35.3% auf der betreffenden Abteilung. In 18.5% der Fälle findet sie in externen Räumlichkeiten statt (keine Angaben bei 2.5%) (vgl. Abb. 2). Zur Form der Supervision (Abb. 3): am häufigsten wird offenbar die Form der Teamsupervision gewählt (74.8%), gefolgt von der Fallsupervision (54.6%) und der interdisziplinären Supervision (21%). 17.6% absolvieren eine Einzelsupervision. (Mehrfachnennungen waren möglich) (vgl. Abb. 3)

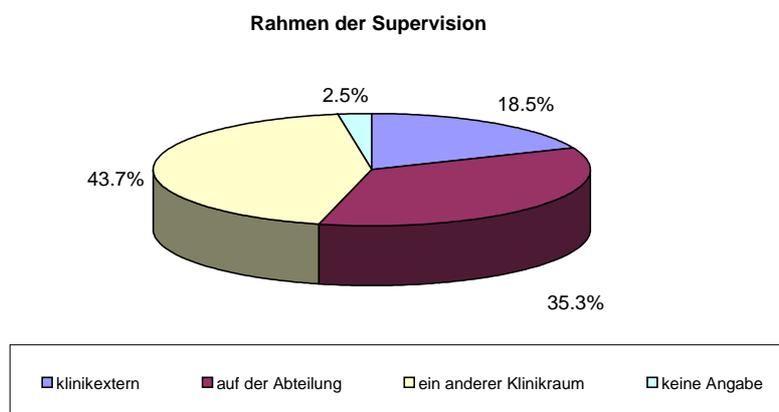


Abb. 2: Räumlicher Rahmen der Supervision; N = 116; Missings = 3

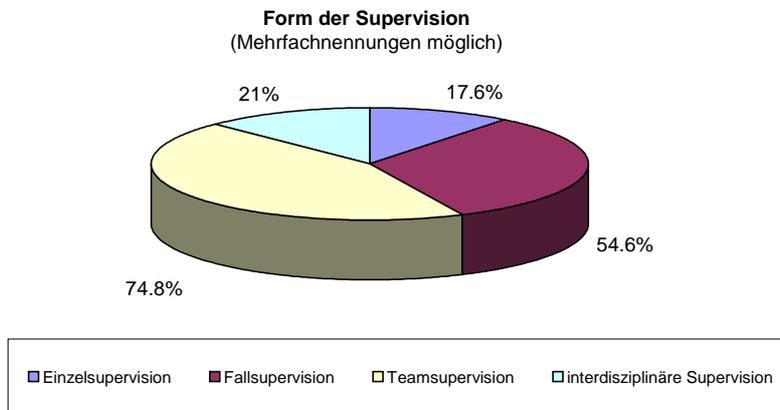


Abb. 3: Form der Supervision; N = 107; Missings = 12

Für 66.4% der Antwortenden ist die Teilnahme an der Supervision freiwillig, für 25.2% ist sie obligatorisch. 8.4% machen keine Angabe.

Im Durchschnitt wurden in den letzten 6 Monaten vor der Befragung 3.4 Stunden Supervision durchgeführt, wobei der kleinste genannte Wert 1 Stunde, der grösste 10 Stunden beträgt. Am häufigsten genannt wurde die Kategorie 3 Stunden im letzten Halbjahr. 63% der Antwortenden haben zwischen 3 und 6 Stunden Supervision in 6 Monaten (Tab.1). Fehlende Daten bei 15.1%.

Anzahl Supervisionsstunden während 6 Monaten	Häufigkeit in %
1	10.1
2	8.4
3	18.5
4	10.1
5	17.6
6	16.8
7	0.8
8	1.7
10	0.8
Keine Angabe	15.1

Tab. 1: Anzahl Supervisionsstunden in den letzten 6 Monaten; N = 101; Missings = 18

Die Dauer einer Sitzung beträgt im Durchschnitt rund 100 Minuten, der Minimalwert liegt bei 30 (in 10.8% der Antworten), der Maximalwert bei 240 Minuten (in 0.8% der Antworten). Am häufigsten genannt wurde eine Dauer von 90 Minuten (24.4%) bzw. von 120 Minuten (23.5%) (Tab. 2).

Sitzungsdauer in Minuten	Häufigkeit in %
30	10.8
45	0.8
50	2.5
60	6.7
90	24.4
100	16.0
110	0.8
120	23.5
150	10.1
180	3.4
200	2.5
210	0.8
240	0.8
Keine Angabe	6.7

Tab. 2: Dauer der Sitzung; N = 111; Missings = 8; Mittelwert (SD) = 103 ± 45

Auf die Verschwiegenheitspflicht wird fast durchwegs hingewiesen (92.4%), in 5% der Fälle allerdings nicht (fehlende Angaben 2.5%). Nur selten wird hingegen bei den PatientInnen, die in der Supervision besprochen werden, die Zustimmung geholt (16% ja, 74.8% nein, 9.2% keine Angabe) (vgl. Abb. 4).

Zustimmung eingeholt	Häufigkeit in %
Ja	16.0
Nein	74.8
Keine Angabe	9.2

Abb. 4: Zustimmung der PatientInnen; N = 108; Missings = 11

### 1.6.5 Zur Person des Supervisors/ der Supervisorin

Über die Hälfte der SupervisorInnen (52.1%) sind zwischen 40 und 50 Jahre alt, je 16% in den angrenzenden Kategorien (30-40 jährig und 50-60 jährig). Unter 30 Jahre alt sind nur 2 (1.7%), über 60 nur 4.2%. 57.1% der Antwortenden haben weibliche Supervisorinnen, bei 37.8% sind die Supervisoren Männer. 1.7% haben mehrere SupervisorInnen verschiedenen Geschlechts, 3.4% machen keine Angaben. Eine überwiegende Mehrzahl der SupervisorInnen kommen aus dem Grundberuf der Psychologie (58.8%), 10.9% sind SozialpädagogInnen bzw. -arbeiterInnen, 5.9% sind Ärzte/Ärztinnen, und 0.8% kommen aus dem Pflegeberuf. Von 16.8% der SupervisorInnen war der Grundberuf offenbar in der Fragebogenauswahl nicht vorhanden. Fehlende Angaben bei 6.7%. (vgl. Abb. 5)

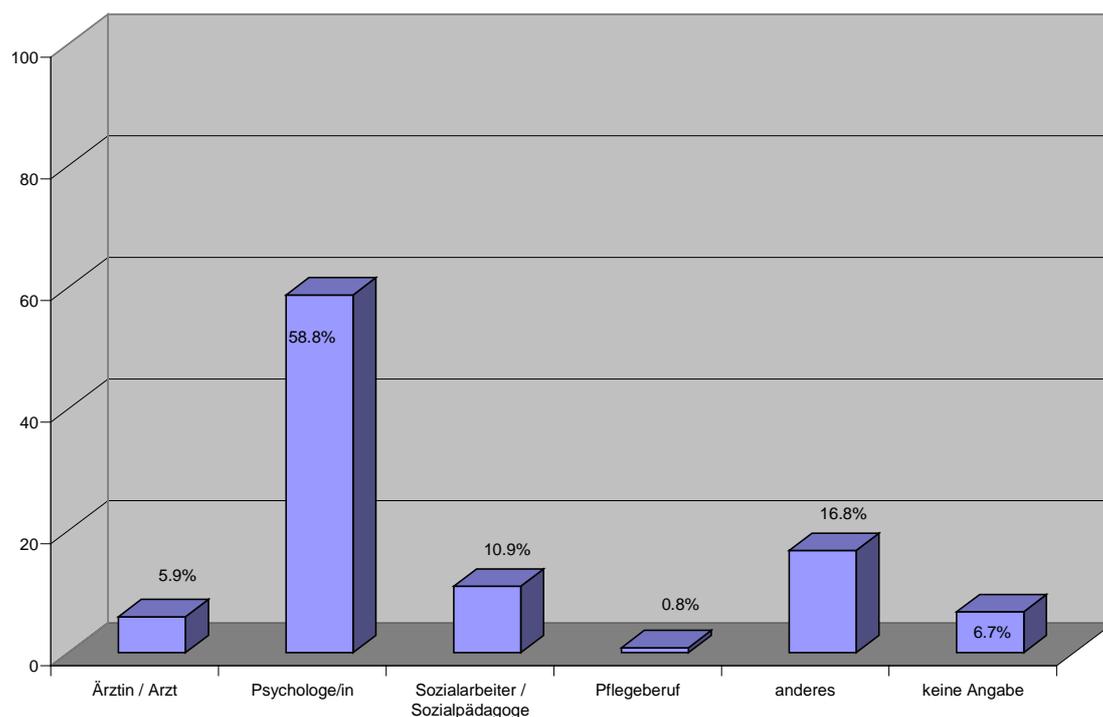


Abb. 5: Grundberuf des Supervisors / der Supervisorin; N = 111; Missings = 8

Ob die SupervisorInnen eine entsprechende Zusatzausbildung haben, ist 34.5% der Befragten nicht bekannt. 39.5% der SupervisorInnen verfügen über eine Supervisionsausbildung, 5.0% über eine Weiterbildung in Organisationsentwicklung. Insgesamt 59.7% der SupervisorInnen sind psychotherapeutisch ausgebildet, davon am häufigsten in der psychoanalytischen (14.3%) und der gesprächstherapeutischen (11.8%) Richtung. (vgl. Abb. 6)

Zusatzausbildung des Supervisors	Häufigkeit in %
Psychoanalyse	14.3
Gesprächstherapie	11.8
Verhaltenstherapie	6.7
Integrative Therapie	10.1
Supervision	39.5
Familientherapie	9.2
Organisationsentwicklung	5.0
Gestalttherapie	7.6
andere Richtung	0
nicht bekannt	34.5

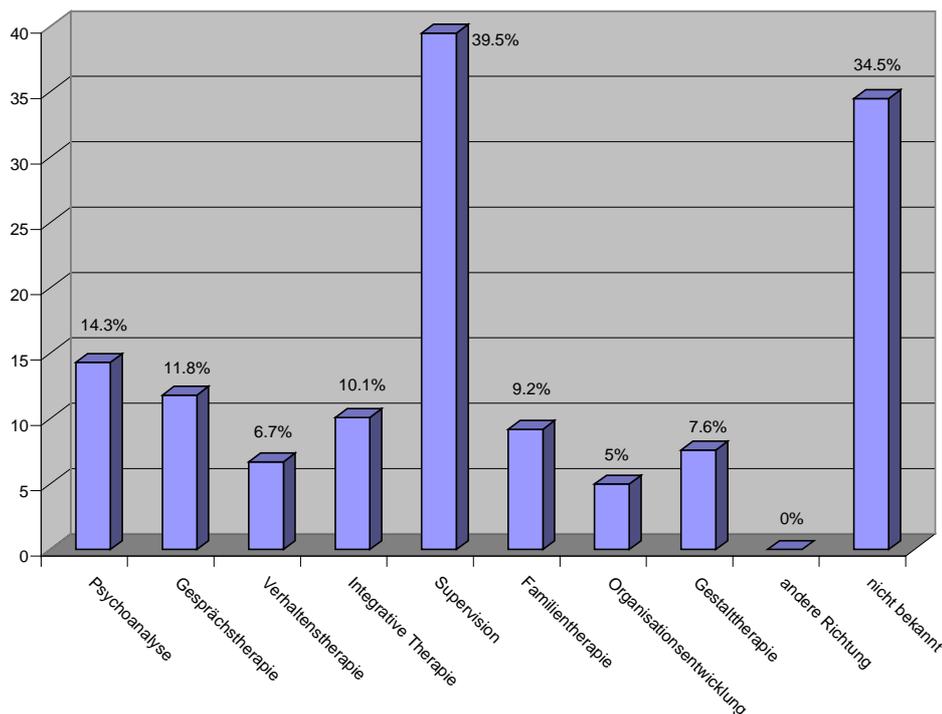


Abb. 6: Zusatzausbildungen SupervisorIn; N = 119

Mehrfachnennungen waren hier möglich, sodass einzelne SupervisorInnen vermutlich über eine Psychotherapie- *und* eine Supervisionsausbildung verfügen.

Die Frage nach einer Mitgliedschaft des Supervisors in einem Supervisorenverband können nur wenige beantworten (insgesamt 17.6%). Am häufigsten genannt wird darunter – erwartungsgemäss, da die Studie in Österreich durchgeführt wurde – in 15.1% der Fälle der ÖSV, vereinzelt der deutsche resp. schweizerische Berufsverband (DGSV 1.7%; BSO 0.8%).

### 1.6.6 Bisherige Erfahrungen mit Supervision

Für die meisten der SupervisandInnen ist die Supervision zum Zeitpunkt der Befragung nicht die erste (73.1%). Für 21.8% ist es die erste Erfahrung, 5% machen keine Angaben dazu. Auf einer Skala mit fünf Ausprägungen beurteilen 40.2% der hier Antwortenden die gemachten Supervisionserfahrungen "positiv", 19.6% "eher positiv", 20.6% "neutral", 10.9% "eher negativ" und 8.7% "negativ". (Tab. 3).

Qualität der Vorerfahrung	Häufigkeit in %
Positiv	40.2
eher positiv	19.6
Neutral	20.6
eher negativ	10.9
Negativ	8.7

Tab. 3: Einschätzung der vorgängigen Supervisionserfahrungen: N = 92; Missings = 27

Der Nutzen der Supervision, an der in den letzten sechs Monaten teilgenommen wurde, sollte in vier Ausprägungen differenziert eingeschätzt werden: persönlicher, beruflicher, patientenbezogener und teambezogener Nutzen. Der teambezogene Nutzen wird dabei am häufigsten hoch eingestuft (43.7% hoch; 36.1% mittel). Der patientenbezogene Nutzen (33.6% hoch; 37.8% mittel) und der eigene berufliche Nutzen (33.6% hoch; 42.9% mittel) schneiden ungefähr gleich ab, und auch der persönliche Nutzen (31.1% hoch; 42.0%) ist nicht weit davon entfernt. 15.1% sehen nur einen geringen oder keinen (5.9%) persönlichen Nutzen, 14.3% nur einen geringen oder keinen (2.5%) beruflichen Nutzen, 9.2% nur einen

geringen oder keinen (9.2%) patientenbezogenen Nutzen, 9.2% nur einen geringen oder gar keinen (3.4%) teambezogenen Nutzen. Im Durchschnitt über alle Wirkungsbereiche haben 35.5% der Antwortenden einen hohen Nutzen in der Supervision gesehen, 39.7% einen mittleren, 12.2% einen geringen und 5.2% gar keinen (bei 7.4% Enthaltungen). (vgl. Tab. 4)

Bewertung	Hoch	mittel	gering	kein Nutzen	keine Angabe
<b>Persönlicher Nutzen</b>	31.1	42.0	15.1	5.9	5.9
<b>Eigener beruflicher Nutzen</b>	33.6	42.9	14.3	2.5	6.7
<b>Patientenbezogener Nutzen</b>	33.6	37.8	9.2	9.2	10.1
<b>Teambezogener Nutzen</b>	43.7	36.1	9.2	3.4	7.6
<b>durchschnittlich</b>	35.5	39.7	12.2	5.2	7.4

Tab. 4: Einschätzung der Wirkung von Supervision

In offenen Fragen – natürlich mit Mehrfachantworten – wurde nach bisher gemachten positiven bzw. negativen Erfahrungen mit Supervision gefragt.

Negative Erfahrungen beschreiben nur 14 TeilnehmerInnen der Studie (11.6%). Sie erwähnen *Inkompetenz des Supervisors* (unfares Verhalten gegenüber einzelnen Teilnehmern der Supervision, nicht-Eingehen auf die Problematik, unzulängliche Bearbeitung eines Themas – insgesamt 4 mal), weiterhin *Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Supervision* (Ineffizienz, keine Lösung, mangelhafte Umsetzung und Nachbearbeitung, Aufbrechen belastender Gruppendynamik – insgesamt 7 mal), unangemessenes Verhalten der TeilnehmerInnen (Verletzung der Schweigepflicht, unkooperativ gegenüber der Supervision; insgesamt 2 Nennungen) und *unglückliches Setting* (nicht alle Teammitglieder können an der Supervision teilnehmen, wodurch diese an Wirksamkeit einbüsst – 1 Nennung).

Über positive Erfahrungen berichten 57 (47.3%) der 119 Antwortenden. 24 fühlen sich in ihrer *persönlichen Entwicklung und Kompetenzen* unterstützt (z.B. durch bessere Abgrenzungsfähigkeit, durch Entlastung im Austausch mit andern, durch Bestätigung, Ermutigung für die Arbeit, durch Übungsmöglichkeiten im Rahmen der Supervision). 18 TeilnehmerInnen sehen eine *positive Wirkung auf das Team* in Form eines besseren Teamgeistes, besserer Kommunikation, eines verbesserten, offeneren Klimas. 18 weitere Antwortende führen das *erfolgreiche Klären von Situationen und Finden von Lösungen* an. Einigen davon (4) ist es besonders wichtig, dass die Lösungen *gemeinsam* gefunden werden. 18 Antworten lassen sich unter *Horizontenerweiterung* zusammenfassen: Verständnis für Zusammenhänge, Weitsicht, Impulse von aussen, Austausch verschiedener Ansichten sind die Stichworte. 21 Beiträge betreffen die *verbesserte Professionalität bzw. eine Erhöhung der Arbeitsqualität*: mehr Kraft, Zeit und Verständnis für die PatientInnen (4), Unterstützung bei den spezifischen Aufgaben (4), bestärkte Berufsidentität (2), Weiterbildungseffekte (2), Lernen von praktischen Handwerk im Umgang mit schwierigen Situationen (7).

### 1.6.7 Zur Kompetenz des Supervisors/ der Supervisorin

In einer weiteren Frage wurde die fachliche Kompetenz des Supervisors / der Supervisorin eingeschätzt, und zwar unterschieden in "gesamthaft fachliche Kompetenz", spezifisch "gerontologische Fachkompetenz", "methodisches Geschick" und "soziale Kompetenz". Die Beurteilung der gesamthaften fachlichen Kompetenz fällt bei 60.5% „hoch“ aus, die soziale Kompetenz sogar bei 69.7%. Auch das fachlich methodische Geschick wird häufig hoch bewertet (66.4%), hingegen schätzen nur 28.0% der Antwortenden die gerontologische Fachkompetenz ihres Supervisors „hoch“ ein. 39% stufen sie als „mittel“ ein, 19.5% gar als „gering“. (vgl. Abb. 7)

Bewertung	Hoch	mittel	gering	keine Angabe
<b>Fachlich insgesamt</b>	60.5	11.8	3.4	24.4
<b>Fachlich: gerontologisches Wissen</b>	28.0	39.0	19.5	12.7
<b>Fachlich: methodisches Geschick</b>	66.4	21.0	3.4	9.2
<b>sozial</b>	69.7	17.6	2.5	10.1

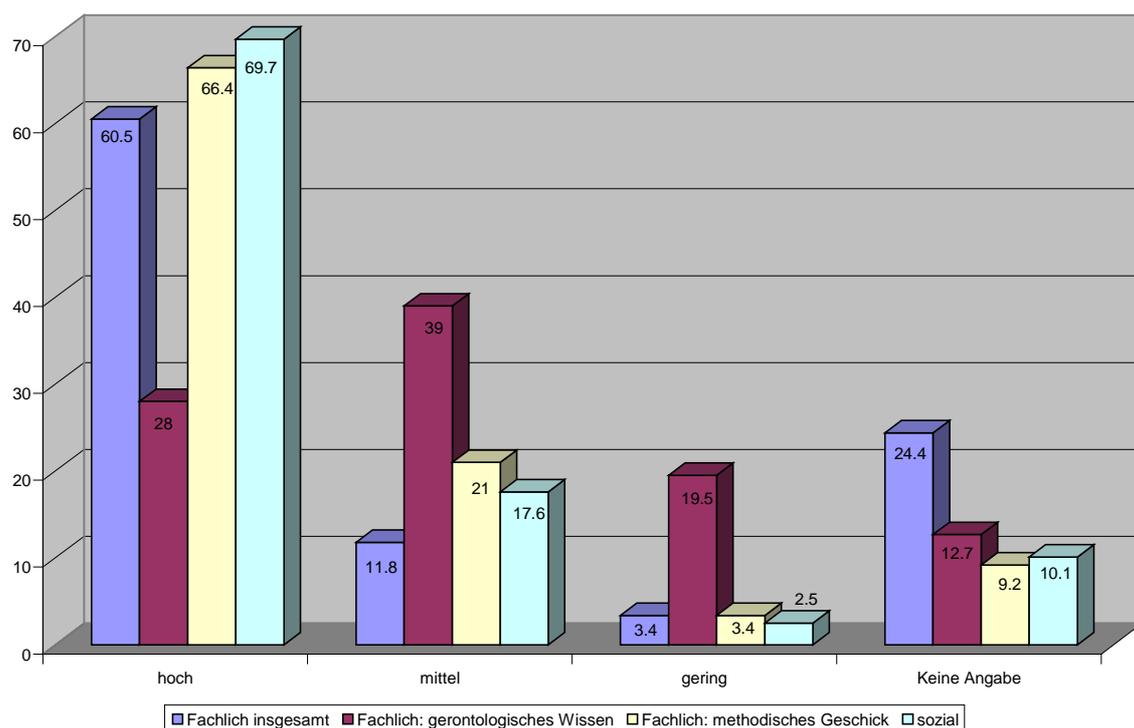


Abb. 7: Einschätzung der Kompetenzen des Supervisors;

Die Wichtigkeit gerade dieser Art Kompetenz scheint allerdings vielen gegeben: 35.3% betrachten sie als "sehr wichtig", 22.7% als "eher wichtig". 28.6% geben eine neutrale Haltung dazu an, 4.2% finden die gerontologische Fachkompetenz "eher nicht wichtig", 1.7% "nicht wichtig". Fehlende Angaben: 7.6% (vgl. Tab. 5)

Wichtigkeit: Gerontologisches Fachwissen	Häufigkeit in %
sehr wichtig	35.3
eher wichtig	22.7
Neutral	28.6
eher nicht wichtig	4.2
nicht wichtig	1.7
keine Angabe	7.6

Tab. 5: Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens; N = 119; Missings = 9

### 1.6.8 Erwartungen an Supervision und SupervisorIn

In einer offenen Frage konnten die TeilnehmerInnen der Studie ihre Assoziationen zu Supervision niederschreiben (Mehrfachnennungen möglich). 39 Personen machten keine Aussagen dazu. Die Antworten der 80 anderen lassen sich folgendermassen gruppieren (in der Reihenfolge der Häufigkeit):

*Kommunikation, Klima im Team* (38): Offenheit/ Ehrlichkeit / Empathie / Toleranz u.ä. (18 Nennungen); Zusammenarbeit / gemeinsames bewältigen von Aufgaben (5) / Raum für Aussprache, Diskussion u.ä. (15).

*Horizontenerweiterung durch Reflexion, Meinungs austausch und Impulse von andern* (31): Perspektivenwechsel, -gewinn, neue Sichtweisen (16) / Reflexion (6) / Impulse von aussen, Objektivität (7) / Schärfung der Wahrnehmung (1) / Neuorientierung (1)

*persönliche Weiterentwicklung, persönliches Wohlbefinden* (26): Zufriedenheit, Motivation, Entlastung, Erleichterung (18) / persönliche Entwicklung, Verhaltensänderung (8) /

*Hilfestellung, Führung, Unterstützung durch die Supervisorin* (24): Begleitung, Hilfestellung, Führung, Mentoring (22) / Hilfe zur Selbsthilfe, Tools (2)

*Problem- und Konfliktlösung* (15): Klärung, Analyse und Lösung von Problemen (15)

*Professionalität und Qualitätssicherung* (11): fachliche Hilfe, Verbesserung von Abläufen (6) / Informationszufuhr, Kompetenzerweiterung (5).

*diverse Einzelnennungen* (5), darunter "Supervision als Zeitverschwendung", "Supervision als Kontrolle/Inspektion", "Supervision braucht strukturellen Rückhalt".

Die Kategorien sind nicht ausschliessend, sie überlappen sich, manchen Aussagen könnten zur einen oder anderen Gruppe gezählt werden. Es wurde versucht, die Kernaussage zu erfassen und darum herum die Kategorisierung vorzunehmen.

Bei der Beantwortung der Frage nach den Erwartungen an die Supervision konnten 11 vorgeschlagene mögliche Erwartungen mit den Bewertungen "voll zutreffend", "unentschieden", nicht zutreffend" versehen werden. So wurde eine Faktorenanalyse möglich, welche folgende drei Faktoren herausarbeitete (Tab. 6). Der Faktor 1: "Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz" erklärt 27.8% der Gesamtvarianz, der Faktor 2: "Klärung und Lösung von Konflikten im Team" erklärt 21.9%, der Faktor 3: "Verbesserung von Arbeitsabläufen" noch 17.4% der Gesamtvarianz.

<b>Faktor 1:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten</li> <li>- Unterstützung/Entlastung</li> <li>- mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen</li> <li>- Optimierung von therapeutischen Interventionen</li> <li>- mehr Verständnis für die PatientInnen / KlientInnen</li> <li>- Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik</li> </ul>	<b>Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz</b>
<b>Faktor 2:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Kommunikation im Team</li> <li>- Problem- und Konfliktlösung</li> <li>- Aufdecken "unbewusster" Prozess bei einzelnen Personen oder im Team</li> </ul>	<b>Klärung und Lösung von Konflikten im Team</b>
<b>Faktor 3:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team</li> </ul>	<b>Verbesserung von Arbeitsabläufen</b>

Tab. 6: Faktorenanalyse Erwartungen an die Supervision

Auf ähnliche Weise sollten in einer weiteren Frage dem Supervisor, der Supervisorin Rollenfunktionen mit den Attributen "voll zutreffend", "unentschieden", "nicht zutreffend" zugeschrieben werden. Zwei Faktoren erklären hier die Varianz: Faktor 1 ist "aktive

Problemlösung und Begleitung" (mit den Rollenzuschreibungen PsychotherapeutIn, Beistand/HelferIn, Coach, Förderer/Entwicklerin, Spezialist/Expertin), er erklärt 34.6% der Gesamtvarianz, Faktor 2 ist "fachliche Führung" (mit den Rollenfunktionen LehrerIn, VermittlerIn, ProblemlöserIn), er erklärt 26.6% der Gesamtvarianz. (vgl. Tab. 7)

<b>Faktor 1:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapeut</li> <li>- Beistand/Helfer</li> <li>- Coach</li> <li>- Förderer/Entwickler</li> <li>- Spezialist/Experte</li> </ul>	<b>Aktive Problemlösung und Begleitung</b>
<b>Faktor 2:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehrer/in</li> <li>- Vermittler</li> <li>- Problemlöser</li> </ul>	<b>Fachliche Führung</b>

Tab. 7: Faktorenanalyse Rollenfunktion des Supervisors

Als Idealalter eines Supervisors/ einer Supervisorin im Bereich der Altersarbeit wird am häufigsten die Alterskategorie 45-55 Jahre angegeben (37.8%). 30.3% sehen 35-40 Jahre als Idealalter an, 21.8% finden die Altersfrage unerheblich. 5% würden einen Supervisor von 55-65 Jahren vorziehen und 0.8% einen unter 35%. Das Alter über 65% hat niemand gewählt (fehlende Angaben: 4.2%).

### 1.6.9 Einschätzung von Risiken und protektiven Wirkungen von Supervision

Die Frage nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für den Nutzer selber beantworteten 56 (47%) von 119 Personen. Sie sehen die Risiken von Supervision in *Verletzung der Integrität, Vertrauensmissbrauch, Blossstellung, Verletzung der Schweigepflicht u.ä.* (22 Nennungen), in einer möglichen *Verschlechterung der Situation* (17 insgesamt) (wie ‚Probleme evozieren statt lösen‘, 5; ‚Aufbrechen und Verschärfen von Konflikten‘, ‚Verwirrung und Spaltung im Team‘, 12). *Fehlverhalten der Supervisorin* (wie ‚schlechte Führung‘, 7; ‚evozierte Emotionen nicht auffangen‘, 8) sehen weitere 15 Personen als Risiko, *Ineffizienz* (‚keine Lösungen‘, 4; ‚Zeitverlust‘, 1) erwähnen 5 Personen. Dass Reflexion, Veränderung, Konfrontationen mit bestimmten Themen oder eigenen Unzulänglichkeiten *anstrengend/belastend* sein könnten, schreiben 5 Antwortende, *Abhängigkeit vom Supervisor* wird zweimal erwähnt, *misslingende Umsetzung des Erarbeiteten* einmal.

Risiken oder Nebenwirkungen von Supervision für den Patienten / die Bewohnerin sehen nur 21 Personen (17.6%). Eine *Gefährdung der Integrität des Patienten* sehen 10 Personen (‚Missachtung der Intimsphäre‘, 4; ‚Nicht-Einbezug des Patienten‘, 4; ‚Missachtung der Schweigepflicht‘, 2). Dass sich die Situation der Bewohnerin verschlechtern könnte, indem sich ‚Teamkonflikte negativ auswirken‘ (3), das ‚Verständnis für sie sinkt‘ (1), ‚die Probleme in der Supervision grösser werden‘ (1), befürchten insgesamt 5 Personen. Weitere 3 Personen sehen in einer misslingenden Umsetzung der Ergebnisse ein Risiko (indem ‚die Ergebnisse nicht an die Patientin weitergegeben werden‘, 1; oder ‚die Ziele schlecht koordiniert und umgesetzt werden‘, 2). Mögliche Abhängigkeit des Patienten von der Supervision fällt einmal, zwei Voten sind eher unter den positiven/protektiven Wirkungen einzuordnen.

Eine Einschätzung von protektiven und präventiven Faktoren von Supervision für NutzerInnen geben 63 Personen (53%). *Psychische Entlastung* (im Sinne von ‚sich aussprechen‘, 10; ‚Ermunterung/ Bestätigung/ Wertschätzung‘, 7; und Psychohygiene, 6) wird insgesamt 23 mal als protektive Wirkung von Supervision genannt. Eine *Verbesserung von Atmosphäre (6) und Kommunikation (12) im Team* sehen insgesamt 18 Personen. 19

betrachten die *Problemlösungsorientierung* und die *dadurch erreichte Qualitätsverbesserung* (inklusive Fehlervermeidung, 1) als protektiv-präventive Wirkung von Supervision. Die Förderung der eigenen *persönlichen Weiterentwicklung* sehen weitere 16 Personen als potentiell schützenden Faktor, und 15 mal wird der *Gewinn an Wissen/Verständnis von Zusammenhängen/neuen Strategien* erwähnt. Die Hilfestellung und die Sicht von aussen, die *aktive Führungs- und Unterstützungsrolle* der Supervisorin also, wird 14 mal als protektiver Faktor genannt, und eine *vorbeugende Wirkung* gegen Burn-out (8) schreiben 9 Antwortende der Supervision zu.

Für die betreuten PatientInnen bzw. BewohnerInnen sehen von den 119 Antwortenden 46 (38.6%) einen potentiell protektiv-präventiven Nutzen, 73 Personen (61.4%) fällt dazu nichts ein. *Mehr Verständnis* für die BewohnerInnen (14), *professionellere Betreuung* durch besseres Wissen des Betreuungspersonals (11) und *ein besserer Umgang mit den BewohnerInnen* und deren Problemen (10) sind die am häufigsten genannten Stichworte. Indirekt positive Auswirkungen auf die BewohnerInnen/PatientInnen werden dadurch vermutet, dass *die Pflegenden ausgeglichener seien durch die Supervision* (9), *die Zusammenarbeit sich verbessert* (7), *das Personal entlastet ist bzw. nicht ausbrennt* (2). Praktische Folgen wie *vermehrte Aufmerksamkeit* (2), eine *Umsetzung der Ergebnisse der Supervision* (1), *gelöste Probleme* (3) werden vereinzelt erwähnt.

## 2. Diskussion der Ergebnisse im Vergleich

Wie oben erwähnt wird die Diskussion der Ergebnisse den Vergleich aller drei analogen Studien beinhalten. Dies ist allerdings in einer Hinsicht nicht möglich: in der Schweizer und in der deutschen Untersuchung wurden den Hauptfragebogen beim Versand ein kleiner Fragebogen beigelegt, den diejenige benutzen konnten, die zum Zeitpunkt der Erhebung keine Supervision hatten (sog. *Nicht-Nutzer*). Der kleine Fragebogen hatte den Zweck, die Gründe zu erheben, warum eine Einrichtung / ein Team auf Supervision verzichtet oder sie nicht anbietet. Die Antworten auf diese Frage waren in den beiden andern Studien recht aufschlussreich (*Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; Knaus, Petzold, Müller 2005*) und machten mindestens die Hälfte des Gesamtrücklaufs aus – denn das waren ja fast durchwegs MitarbeiterInnen, die auch den grossen Fragebogen auszufüllen gewillt gewesen wären.

Abgesehen davon sind die Daten grundsätzlich gut vergleichbar. In einigen Items könnte die nicht ganz identische Auswahl angeschriebener Einrichtungen die Ergebnisse beeinflusst haben: In Österreich und in Deutschland wurden nur Altenwohneinrichtungen angeschrieben, in der Schweiz auch behandelnde Institutionen des Gesundheitssektors, also Gerontopsychiatrie, psychiatrische Tageskliniken, und Spitex-Organisationen. In der Diskussion wird wo nötig darauf speziell eingegangen.

### 2.1 Die Rücklaufquote

A: 26.4% (N= 119), angeschrieben 45. In jedem Heim haben mehrere Nutzer den Fragebogen ausgefüllt.

CH: 18.63% Nutzer (N=155), inkl. Nicht-Nutzer: 47.9%, angeschrieben 832

D: 12.16% Nutzer (N=80), inkl. Nicht-Nutzer: 25.4%, angeschrieben 658

### 2.2 Die SupervisandInnen

Das Durchschnittsalter der SupervisandInnen ist ziemlich homogen (Österreich = A: 40.5 J. / Schweiz = CH: 44.5 J. / Deutschland = D: 42 J.) und entspricht der zu erwartenden Verteilung in diesem Berufsfeld.

Auch der sehr hohe Anteil weiblicher Mitarbeiterinnen ist für diesen Bereich repräsentativ. Der durchschnittliche Frauenanteil in sozial-pflegerischen Berufen in Deutschland beträgt ca. 76%. Betrachtet man nur die Altenwohnheime, so sind es sogar 86%. Die österreichische Studie repräsentiert also weitgehend diese Verteilung. (A: 92.4% w / CH: 79.4% w / D: 76.3% w).

Nicht überraschend fällt auch die Zahlen zu den Grundberufen der Antwortenden aus (vgl. Tab. 8). Der Löwenanteil kommt aus der Pflege, derjenigen Berufsgruppe, die in solchen Einrichtungen die mit Abstand stärkste Berufsgruppe darstellt. Dass in der Schweiz 7.7% ÄrztInnen unter den Antwortenden waren, repräsentiert wohl die oben erwähnte leicht andersartige Population: Ärzte sind im klinischen Feld stärker vertreten.

Grundberuf	A	CH	D
Pflegefachperson	72.3%	80.6%	73.85%
Arzt / Ärztin	0%	7.7%	0%
PsychologIn	5%	3.2%	1.3%
Sozialdienst	0.8%	3.9%	11.3%
TherapeutIn	10.9%	1.9%	1.3%
andere	10.9%	1.9%	12.5%

Tab. 8: Grundberufe der SupervisandInnen im Vergleich

Die ansonsten unterschiedlichen Verteilungen in den Berufsgruppen, sowie der deutlich unterschiedliche Anteil an MitarbeiterInnen in leitender Funktion (sehr hoch in Deutschland und der Schweiz: A: 18.5% / CH: 52.3% / D: 56%) muss wohl auf die Art der Streuung und Zugänglichkeit der Fragebogen zurückgeführt werden. In der Schweiz wurden z.B. Teams angeschrieben, und es kann vermutet werden, dass die Fragebogen von den TeamleiterInnen vielleicht nur zum Teil den Weg zu nicht-leitendem Personal gefunden haben.

Das Profil der Stichproben bezüglich der Berufserfahrung mag sich aus deren Unterschiedlichkeit erklären (vgl. Tab. 9): im klinischen Feld finden wir einen deutlich höheren Anteil an langjährigen MitarbeiterInnen.

Die Fluktuation im Bereich der Alterswohneinrichtungen ist bekanntlich gross und wird gemeinhin mit den dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen in Verbindung gebracht (*Krajic et al. 2003; Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005; Knaus, Petzold, Müller 2005*).

Aus unseren Daten können dazu keine Aussagen gemacht werden.

Jahre Berufserfahrung	A	CH	D
über 15 Jahre	27.7%	47.1%	32%
11-15 Jahre	20.2%	14.8%	17.5%
7-10 Jahre	22.7%	14.2%	15%
unter 7 Jahre	25.2%	16.1%	30.1%
Missings	4.2%	7.7%	5%

Tab. 9: Jahre Berufserfahrung der SupervisandInnen im Vergleich

### 2.3 Der Arbeitskontext

Wie schon erwähnt lassen die Daten zum Arbeitskontext praktisch keine inhaltliche Interpretation zu, da bei den meisten Fragen dazu der Anteil fehlender Antworten zu hoch war, und zwar in allen drei Ländern. Das ist so auffällig, dass wenigstens dieser Umstand zu diskutieren ist. Die Frage nach der Art der Einrichtung (ob öffentlich oder privat o.a.) wurde von 41% (CH) bis 50% (D) der TeilnehmerInnen *nicht* beantwortet, die Frage nach der Art der Klientel (ob geriatrisch, gerontopsychiatrisch, ob dort behinderte oder gesunde ältere Menschen betreut werden) auch nur von 21.4% (D) bis 52% (CH), die Frage nach der Art der Versorgung (stationär, ambulant, halbstationär) nur von 22.4% (A) bis 50% (D) der Antwortenden. Auch bei der Frage nach der Führung (ob ärztlich oder sozialpädagogisch o.ä.) und nach der Hierarchie (streng oder flach) blieb jeweils von mind. 40% unbeantwortet. Eine der anfangs formulierten Fragestellungen kann also unter diesen Umständen nicht bearbeitet werden: darüber, in welcher Art sozialgerontologischer Einrichtung denn heute Supervision etabliert ist, lässt sich nichts Verlässliches aussagen. Möglich, dass die eine oder andere Frage in diesem Komplex aus strukturellen Gründen schwierig zu beantworten

war (weil beispielsweise die Klientel in einem Altenheim so inhomogen ist, dass sie sich nicht eindeutig den vorgegebenen Kategorien zuordnen lässt, was in Deutschland offenbar keine Ausnahme ist, vgl. *Knaus, Petzold, Müller 2005*) oder als überflüssig taxiert wurde (etwa dadurch, dass die österreichische Studie ja explizit nur an MitarbeiterInnen von Altenwohneinrichtungen gerichtet war), ist nicht auszuschliessen. Dass aber bei diesen Fragen in allen drei Ländern der Anteil an Missing datas so auffällig hoch lag, muss doch auch andere Gründe haben. Schon bei den ersten Studie haben wir vermutet, dass die Antwortenden über die Art der Einrichtung vielleicht bewusst keine Angaben gemacht haben, um Rückschlüsse auf ihren Arbeitsort zu vermeiden, dies obwohl die Fragebögen selbstverständlich anonym zurückgesandt wurden und ein Rückschluss auf die Institution gar nicht möglich war.

Die Interpretation des hohen Anteils fehlender Antworten als Angst vor Ent-Anonymisierung wird bestätigt durch die Tatsache, dass bei zwei Items dieser Fragengruppe der Anteil an Missing data wieder dem Rest der Untersuchung entsprach. Rund 80% der TeilnehmerInnen antworteten, dass 'ihre' Einrichtung über ein Leitbild verfüge und dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit realisiert sei. Die fehlenden Antworten machten hier nur 1.7% - 7.8% aus (betreffend Leitbild) bzw. 7.6% – 10.3% (betreffend interdisziplinäre Zusammenarbeit) (vgl. Tab 10 und 11).

<b>Leitbild</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
vorhanden	83.2%	87.7%	92.5%
nicht vorhanden	15.1%	4.5%	2.5%
Missings	1.7%	7.8%	5%

Tab. 10: Leitbild im Vergleich

<b>Interdisziplinäre Zusammenarbeit</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
realisiert	81.5%	80.6%	76.3%
nicht realisiert	3.4%	5.2%	3.8%
existiert nur auf dem Papier	7.6%	3.9%	5.0%
Missings	7.6%	10.3%	15.0%

Tab. 11: interdisziplinäre Zusammenarbeit im Vergleich

## 2.4 Das Setting

Die Finanzierung der Supervision wird in den meisten Fällen von der Institution selber übernommen (vgl. Tab. 12). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Supervision in den Einrichtungen und von deren Leitung genügend Rückhalt hat, um als eine sinnvolle Investition angesehen zu werden. Die Auslagen dafür sind nämlich beträchtlich. Dass 4.5% der Schweizer Antwortenden resp. 6.5% der deutschen TeilnehmerInnen ihre Supervision privat finanzieren, kann ebenfalls als Vertrauen auf die ihre positive Wirkung gesehen werden – offensichtlich ist diesen NutzerInnen die Supervision das Geld wert.

<b>Finanzierung der Supervision</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
durch die Institution	99.2%	88.4%	71.3%
privat	0%	4.5%	6.3%
Missings	0.8%	7.1%	22.5%

Tab. 12: Finanzierung der Supervision im Vergleich

Übereinstimmend wird die für Supervision zur Verfügung stehende Frequenz bei einer Mehrheit als ausreichend erlebt (vgl. Tab. 13), nicht ausreichend finden es nur 6% (A) bzw. 5.8% (CH), 25% allerdings in der deutschen Studie. Dies wundert nicht in Anbetracht der

Tatsache, dass von den deutschen TeilnehmerInnen rund ein Drittel im letzten halben Jahr gar keine Supervision hatte (vgl. Tab. 16) und unter ihnen die Anzahl der Selbstzahler am grössten ist.

<b>Frequenz</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
ausreichend	89.1%	82.6%	53.8%
nicht ausreichend	6%	5.8%	25.0%
Missings	3.4%	11.6%	21.3%

Tab. 13: Beurteilung der Frequenz im Vergleich

Als Rahmen für die Supervision wird offenbar mehrheitlich ein anderer Raum im Betrieb gewählt – falls vorhanden! Etwa ein Fünftel der Supervisionen findet in betriebsexternen Räumlichkeiten statt. In den österreichischen Einrichtungen finden die Supervisionen deutlich häufiger auf der Abteilung statt als in den beiden andern Ländern, was vermutlich mit der Verfügbarkeit von alternativen Räumlichkeiten zu erklären ist und mit dem sehr hohen Anteil an Pflegenden in den Teams, die sich weniger leicht von den betreuten Personen entfernen können (vgl. Tab. 14).

<b>räumlicher Rahmen</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
anderer Raum im Betrieb	42.7%	48%	43.8%
auf der Abteilung	35.3%	23%	13.8%
betriebsextern	18.5%	29%	22.4%
Missings	2.5%	0%	20%

Tab. 14: räumlicher Rahmen im Vergleich

Die Teamsupervision ist vor allem in den österreichischen Einrichtungen die am häufigsten eingesetzte Form der Supervision. Hier scheint der Bedarf am höchsten. Dies spiegelt sich auch in den Textantworten zum Nutzen von und zu den Erwartungen an Supervision (s. weiter unten), in denen der Supervision eine grosse positive Wirkung auf das Team zugeschrieben wird.

Fallsupervision ist die zweithäufigste Form der gewählten Supervision, und relativ wenige Teams lassen sich interdisziplinär supervidieren, in den österreichischen Altenheimen erstaunlicher Weise noch eher (A: 21%) als in den doch meist durchmischteren Abteilungsteams in klinischen Einrichtungen (CH: 15% / D: 10%) (vgl. Tab. 15).

<b>Form</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
Teamsupervision	74.8%	39%	68.8%
Fallsupervision	54.6%	35%	22.5%
Interdisziplinäre Superv.	21%	15%	10%
Einzelsupervision	17.6%	11%	23.8%

Tab. 15: Form der Supervision im Vergleich

Interessant ist das Ergebnis, dass die Supervision bei den österreichischen und deutschen StudienteilnehmerInnen zu 66.4% resp. 61.3% auf freiwilliger Basis stattfindet, während die KollegInnen in der Schweiz zu 65.2% dazu verpflichtet sind (vgl. Tab. 16). Was sagt das aus? Dass die Supervision in den österreichischen Einrichtungen nicht so etabliert ist, dass man sie für alle obligatorisch machen könnte oder dass sie so nützlich ist, dass die meisten sogar freiwillig hingehen? Dass die Mitarbeitenden in der Schweiz die Supervision nur besuchen, weil es obligatorisch ist, oder dass es dort zum (Qualitäts)Standard gehört, dass Supervision ein fester Pflichtbestandteil der Arbeit ist? Letzteres ist anzunehmen, zumal es sich bei den Schweizer Einrichtungen vor allem um klinische Institutionen handelt, in welchen solche Qualitätsstandards häufiger anzutreffen sind als in Wohneinrichtungen.

<b>freiwillige Teilnahme</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
ja	66.4%	30.2%	61.3%
nein	25.2%	65.2%	27.5%
Missing	8.4%	4.5%	11.3%

Tab. 16: Freiwilligkeit der Teilnahme im Vergleich

Die Dauer und die Frequenz der Supervisions-Sitzungen ist in Österreich und der Schweiz sehr ähnlich: 63% der SupervisandInnen in Österreich haben in den letzten 6 Monaten zwischen 3 und 6 Stunden Supervision gehabt, in der Schweiz hatten drei Viertel (75.4%) im gleichen Zeitraum 2-6 Stunden Supervision. Von den deutschen Teilnehmenden hatten 36.3% im letzten halben Jahr gar keine Supervision, 43.9% hatten 3 – 6 Stunden (vgl. Tab. 17).

<b>Frequenz in den letzten 6 Mt. / in Std</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
Mittelwert	3.4	4	2.6
Min-Max	1-10	1-20	1-12
Peaks	3-6 h → 63%	2-6 h → 75.4%	3-6 h → 43.9% 0 h → 36.3%
Missing	15.1%	12.3%	0%
<b>Dauer der Sitzung in Min.</b>			
Mittelwert	103	118	95
Peaks	90/120/100	90/120/80	90/120

Tab. 17: Frequenz in den letzten 6 Monaten im Vergleich

Die Information an die TeilnehmerInnen einer Supervisionsgruppe über die geltende Verschwiegenheitspflicht hat sich – folgt man den Ergebnissen – weit verbreitet (obwohl die relativ hohe Nein-Quote in der Schweizer Untersuchung erstaunt: 20%) (vgl. Tab. 18). Ganz anders wird es offenbar mit der Zustimmungspflicht der PatientInnen gehalten: Nur 16% der österreichischen KollegInnen, nur 13.8% der Antwortenden in Deutschland und sogar nur 9% derjenigen in der Schweiz konnten aussagen, dass die Zustimmung der Patientin eingeholt wird. Manche wussten es wohl einfach nicht (Missing: 9.2 – 16.8%), aber der grösste Teil gibt an, dass die betreffenden PatientInnen nicht um ihre Zustimmung gebeten wurden. Das spiegelt in bedenklicher Weise das noch immer vorhandene Unwissen darüber, dass – insbesondere im klinischen Rahmen – diese Zustimmung rechtlich erforderlich ist!

<b>Verschwiegenheitspflicht</b>	<b>A</b>	<b>CH</b>	<b>D</b>
Informiert	92.4%	80%	61.3%
nicht informiert	5.0%	20%	27.5%
Missing	2.5%	0%	11.3%
<b>Zustimmung PatientIn</b>			
Eingeholt	16%	9%	13.8%
nicht eingeholt	74.8%	74.2%	48.8%
Missing	9.2%	16.8%	37.4%

Tab. 18: Verschwiegenheitspflicht und Zustimmung der PatientIn im Vergleich

## 2.5 Die SupervisorInnen

Die SupervisandInnen schreiben einem älteren Supervisor nicht automatisch bessere Kompetenzen bezüglich der Arbeit mit alten Menschen zu, sonst würde sich das in der Frage nach dem Idealalter eines Supervisors für den Altenbereich niederschlagen, was nicht der Fall ist: Als Idealalter bezeichnen 37.8% der österreichischen, 48.1% der schweizer und

36.3% der deutschen Teilnehmer die Altersklasse von 45 – 55 Jahren. Für unerheblich wird die Frage des Alters von 21.8% (A), 10% (CH), resp. 11.3% (D) der TeilnehmerInnen gehalten.

Im Mittel aller drei Länder sind die tatsächlich in dem Bereich tätigen SupervisorInnen denn 42.3 Jahre alt (A: 41 CH: 49 D: 37 Jahre) (vgl. Tab. 19), ein Ergebnis, das wohl in keiner Verbindung mit dem Feld der Altersarbeit steht, sondern überall sonst auch zu erwarten ist.

Alter der SupervisorInnen	A	CH	D
min. max	30-63 J	30-65 J	28-60 J
Hauptkategorie	40-50 J	40-50 J	40-50 J
Mittelwert	41 J	49 J	37 J
Missing	9.2%	8.4%	17.5%

Tab. 19: Alter der SupervisorInnen im Vergleich

Das Geschlecht der SupervisorInnen ist nur in den deutschen Einrichtungen ausgeglichen (je 42%), in der Schweiz und in Österreich sind die weiblichen SupervisorInnen in der deutlichen Mehrzahl (A: 57.1%w zu 37.8%m; CH: 63.9%w zu 26%m), wenngleich nicht im gleichermassen ausgeprägten Verhältnis wie bei den SupervisandInnen. Die fehlenden Prozente verteilen sich auf Missing datas und auf Antwortende, die mehrere SupervisorInnen unterschiedlichen Geschlechts haben.

Unter den SupervisorInnen aller drei Länder sind diejenigen mit einer psychologischen Grundausbildung die stärkste Gruppe, in Österreich machen sie fast 60% aus (siehe Tab. 20). In der Schweizer Studie sind die Ärzte als Supervisoren relativ gut vertreten, was vermutlich wieder durch die mehr klinische Orientierung der in die Studie einbezogenen Einrichtungen zu erklären ist. Sehr auffällig ist der Umstand, dass in den österreichischen Altenwohneinrichtungen nur 0.8% (d.h. nur in einem einzigen Fall) der SupervisorInnen einen pflegerischen Grundberuf haben, zumal doch gerade dort der Anteil der antwortenden SupervisandInnen aus dem Pflegeberuf über 90% beträgt. Auch in den beiden andern Ländern ist der Anteil SupervisorInnen mit Pflegeberuf gemessen an der Verteilung der Grundberufe bei den SupervisandInnen bemerkenswert gering. Die Fach- und Feldkompetenzen, welche Pflegende als SupervisorInnen in den Heimkontext einfließen lassen könnten, wären bestimmt äusserst nützlich und angebracht. Aus genau diesem Grunde wurde ja in Österreich ein Supervisions-Curriculum eigens für Mitarbeitende in der Altenarbeit und Pflegende aufgebaut (*Schigl, Petzold* 1997). Dennoch stellt der Weg einer Laufbahn als SupervisorIn - die vorliegenden Daten weisen darauf hin – noch für verhältnismässig wenig Pflegende eine Option dar, zumal die Zugangsvoraussetzungen (Fachhochschul-, Hochschulabschluss) in der Regel für diese Berufsgruppen ausgrenzend sind.

Grundberuf	A	CH	D
Arzt / Ärztin	5.9	17.4%	1.3%
PsychologIn	58.8%	32.9%	31.3%
SozialpädagogIn o.ä.	10.9%	11%	16.3%
Pflegefachperson	0.8%	16.8%	21.3%
andere	16.8%	14.2%	10%
Missing	6.7	7.7%	20%

Tab. 20: Grundberuf der SupervisorInnen im Vergleich

Die Angaben zu den Zusatzausbildungen, welche die SupervisorInnen absolviert haben, zeigen, dass der Weg zur Supervision oft über die Psychotherapie geht (vgl. Tab. 21). 59.7% der SupervisorInnen in der österreichischen und sogar 67.5% von ihnen in der deutschen Studie haben diese Qualifikation. Ein erheblicher Anteil muss sogar ausserdem noch eine

Supervisions- oder Organisationsentwicklungsausbildung gemacht haben, denn der Mehrfachnennungen sind viele. Ein bemerkenswerter Anteil SupervisorInnen (34.5%: A; 17.9%: CH; 23.8%: D) kann darüber keine Angabe machen, aus Gründen, die uns nicht vorliegen. Es scheint aber auf jeden Fall nicht Standard zu sein, dass für die Supervision eine dazu spezifisch qualifizierte Fachperson gesucht wird.

Zusatzausbildung	A	CH	D
nicht bekannt	34.5%	17.9%	23.8%
Supervisionsausbildung	39.5%	26.5%	40%
Organisationsberatung	5.0%	10.3%	17.5%
Psychotherapie	59.7%	39.5%	67.5%
andere	0%	5.8%	7.5%

Tab. 21 Frage nach Zusatzausbildung bei den SupervisorInnen (Mehrfachnennungen möglich)

Nachvollziehbar ist, dass die SupervisorInnen über die Zugehörigkeit ihrer SupervisorInnen zu einem der Berufsverbände nicht informiert sind, obwohl auch das als ein – nicht garantiertes – Qualitätsmerkmal gelten könnte. Die hohe Anzahl der fehlenden Antworten lässt hier keine sicheren Interpretationen zu, lässt aber vermuten, dass auch die SupervisorInnen ihre Verbandszugehörigkeit nicht als Qualitäts- oder Legitimationskriterium vermitteln. Ausserdem sind es wohl meistens die leitenden Verantwortlichen der Institution, welche die Qualifikationen eines potentiellen Supervisors vor seiner Anstellung prüfen, während die NutzerInnen den Supervisor nach seinen erbrachten praktischen Leistungen beurteilen. Es erstaunt allerdings, wie unkritisch – so unsere eigene Erfahrung in Institutionen – manche Teams oder Teammitglieder gegenüber einem Supervisor sein können, wie wenig nach den Qualifikationen gefragt wird.

## 2.6 Bisherige Erfahrungen mit Supervision

Von denjenigen SupervisorInnen, die bereits Vorerfahrungen mit Supervision haben, wird diese keineswegs rundum positiv eingeschätzt (Tab.22). Eindeutig positive Nennungen machen kaum ein Drittel aller Antworten aus. „Eher positiv“ ist für eine Massnahme mit hohem Qualitätsanspruch („Gütesiegelqualität“, Weigand 1999) keine gute Benotung. Das gleiche gilt für eine neutrale Bewertung, denn das heisst: „Man hätte es auch lassen können.“ Auch die negativen Bewertungen sind – in allen drei Untersuchungen über 10% liegend – zu hoch für ein Instrument der Qualitätssicherung.

bisherige Erfahrungen	A N=92	CH N=121	D N= 43
Positiv	40.2%	26.4%	25.5%
eher positiv	19.6%	31.4%	37.2%
Neutral	20.6%	25.6%	14.0%
eher negativ	10.9%	12.4%	9.3%
negativ	8.7%	4.1%	14.0%

Tab. 22 Bisherige Erfahrungen

### 2.6.1 Fragen zur Wirkung von Supervision

Die Einschätzung des persönlichen, beruflichen, patienten- und teambezogenen Nutzens von Supervision in den letzten sechs Monaten stellt die Supervision gesamthaft also keineswegs in ein glänzendes Licht (vgl. Tab. 23) : Hoch wird der Nutzen von Supervision nur von einem guten Drittel der Antwortenden eingeschätzt (Gesamtdurchschnitt aller drei Länder 36.5%), am höchsten wird in Österreich und der Schweiz der teambezogene Nutzen gesehen (43.7% bzw. 48.4%), in Deutschland der persönliche Nutzen (40%). Fast gleich viele SupervisorInnen sind nur mässig zufrieden mit ihrer Supervision, beurteilen den Nutzen in allen vier Kategorien als 'mittel' (im Gesamtdurchschnitt 34.2%). Zu denken geben sollte die Zahlen, die den patientenbezogenen Nutzen betreffen. In allen drei Ländern scort der

Wert in der Kategorie 'kein Nutzen' am höchsten, und zweimal auch in der Kategorie 'geringer Nutzen'. Nur 29% (Gesamtdurchschnitt aller Länder) schätzen den Nutzen der Supervision für die PatientInnen 'hoch' ein. Wenn man bedenkt, dass die Supervision doch sicher nur deshalb so umfangreich finanziert wird, weil man davon ausgeht, dass mit ihrer Hilfe, die Betreuungs- und Behandlungsqualität verbessert werden soll (denn allein für Psychohygiene und Wohlbefinden der MitarbeiterInnen werden – zumindest im Gesundheitsbereich – solche Summen kaum ausgegeben), dann erschrecken diese Zahlen, selbst wenn man in Rechnung stellt, dass viele MitarbeiterInnen den beruflichen und teambezogenen Nutzen indirekt auch als förderlich für ihre PatientInnen und KlientInnen ansehen (die offenen Fragen zur protektiven Wirkung von Supervision weisen darauf hin, vgl. Kap. 1.6.9 bzw. 2.9), denn hier wird ja explizit nach dem Nutzen für PatientInnen gefragt, sodass dieser nicht "vergessen" oder "mitgemeint" sein kann.

Bewertung	'hoch' in%			'mittel' in%			'gering' in %			kein Nutzen		
	A	CH	D	A	CH	D	A	CH	D	A	CH	D
<b>persönlicher Nutzen</b>	31.1	39.4	<b>40.0</b>	42.0	<b>41.3</b>	23.8	<b>15.1</b>	11.6	11.3	5.9	4.5	5.9
<b>eigener beruflicher Nutzen</b>	33.6	41.9	35.0	<b>42.9</b>	36.1	<b>35.0</b>	14.3	14.2	8.8	2.5	3.9	2.5
<b>patientenbezogener Nutzen</b>	33.6	31.6	21.3	37.8	36.1	28.8	9.2	<b>16.8</b>	<b>20.0</b>	<b>9.2</b>	<b>5.8</b>	<b>9.2</b>
<b>teambezogener Nutzen</b>	<b>43.7</b>	<b>48.4</b>	38.8	36.1	27.1	23.8	9.2	13.5	11.3	3.4	2.6	3.4
<b>durchschnittlich</b>	35.5	40.3	33.8	39.7	35.2	27.8	12.2	14.0	12.8	5.2	4.2	5.2
<b>Gesamtdurchschnitt der drei Länder</b>	36.5			34.2			13			4.9		

Tab. 23: Bewertung des Nutzens in verschiedenen Kategorien im Vergleich 'keine Angaben' bei durchschnittlich 7.4% A, 6.3% CH, **19.4%** D **fett:** die jeweiligen Höchstwerte pro Land und Item

Warum in der deutschen Studie beinahe dreimal so viele SupervisandInnen wie in Österreich und der Schweiz diese Frage nach dem Nutzen nicht beantworten, bleibt ungeklärt. Zu fragen ist, ob die SupervisandInnen nicht hinreichend auf den „Nutzen von Supervision“ vorbereitet sind (etwa durch ihre Vorbildungen), was wohl zu bejahen ist. Anzunehmen ist weiterhin, dass sie durch ihre SupervisorInnen nicht angemessen in das Nutzen von Supervision eingeführt werden (etwa durch propädeutische Sitzungen). Hier liegen wichtige Probleme für das gesamte Supervisionsfeld, in dem man offenbar davon ausgeht, jeder müsse wissen, wie Supervision funktioniert und wie man sie nutzt.

### 2.6.2 Negative und positive Einschätzung des Nutzens

Diejenigen SupervisandInnen, welche in der Supervision keinen oder nur geringen Nutzen sehen, waren gebeten, die Gründe dafür anzugeben. Die Begründungen für eine negative bzw. positive Einschätzung von Supervision lassen sich aufgrund unterschiedlicher Kategorisierung zwischen den Ländern nicht quantitativ vergleichen. Dennoch seien sie hier zusammengestellt.

(Tab. 24 und 25)

Gründe für negative Einschätzung des Nutzens	(Mehrfach)-Nennungen		
	A	CH	D
<b>Kategorie</b>			
mangelnde fachliche Kompetenz der SupervisorInnen	3	10	8
soziale Inkompetenz der SupervisorInnen	1	5	5
teambezogene Ursachen (z.B. nachträgliche Schweigepflichtverletzungen)	2		5
Sanktionen / Kontrollfunktion der Supervision		1	3
fehlende Wirkung/Veränderung/Umsetzung	5	8	3

Entwicklung des Gruppenprozesses negativ bzw. belastend	2	4	
unglückliches Setting (z.B. nicht freiwillig / nicht alle konnten teilnehmen)	1		1
N	14	28	25
in %			
von insgesamt	119	155	80

Tab. 24: Gründe für negative Einschätzung des Nutzens

Selbst wenn man die fehlende Effizienz der Supervision und einen entgleisten Gruppenprozess nicht den fehlenden Kompetenzen des Supervisors zuschreibt, wie in dieser Kategorisierung geschehen, bleiben die Nennungen zu fachlicher und sozialer Inkompetenz (zusammen von 32 von insgesamt 67 Betroffenen) die häufigsten und geben sozusagen die möglichen Fehler wieder, die einer Supervisorin unterlaufen können. Schlechte Setting-Bedingungen können allerdings oft genug von der Supervisorin auch nicht beeinflusst werden, doch machen sie hier den geringsten Teil der negativen Erfahrungen aus. Auch wenn insgesamt gesehen nur knapp 20% der Antwortenden überhaupt Erfahrungen gemacht haben, die sie am Nutzen der Supervision zweifeln lassen, so müssten diese Gründe doch zu denken geben, insbesondere auch der Mangel an sozialer Kompetenz, hat doch ein Supervisor, eine Supervisorin in einem Team eine beachtliche Vorbildfunktion, gerade was den zwischenmenschlichen Umgang betrifft.

Gründe für positive Einschätzung des Nutzens von Supervision	(Mehrfach)-Nennungen		
	A	CH	D
<b>Kategorie</b>			
persönlicher Nutzen (Kompetenzen, persönliche Entwicklung, „Horizontenerweiterung“, Gewinn von Exzentrizität)	42	40	25
teambezogener Nutzen (Verbesserungen der Kommunikation, Öffnung und Austausch im Team u.a.)	18	59	32
erfolgreiches Klären von Situationen und Finden von Lösungen	18	39	21
beruflicher Nutzen (verbesserte Professionalität, Nutzen für PatientInnen, Wissensvermittlung, Beratung durch den Supervisor)	21	14	7
Entlastung, Unterstützung		37	
organigrammbezogener Nutzen			4
N	57	107	27
von insgesamt	119	155	80

Tab. 25: Gründe für eine positive Einschätzung des Nutzens

## 2.7 Bewertung der Kompetenz des Supervisors / der Supervisorin:

In allen drei Ländern werden die gerontologischen **Fach-** und **Feldkompetenzen** des Supervisors/ der Supervisorin deutlich geringer eingeschätzt als die methodischen oder die sozialen Kompetenzen, oder auch die fachliche Allgemeinkompetenz (Tab. 25). Dies scheint als Mangel wahrgenommen zu werden, denn die Wichtigkeit genau dieses Fach- und Feldwissens geben im Schnitt der drei Länder 64.5% der Teilnehmenden als ‚eher hoch‘ bis ‚hoch‘ an (Tab. 26). Dieses Ergebnis ist nun durchaus als eines **der zentralsten der ganzen Vergleichsstudie** zu werten, da es auf ein ernst zu nehmendes Defizit hinweist, der in diesem ganzen Gebiet offenbar flächendeckend wahrgenommen wird: Supervision im Altenbereich erfordert gerontologisches **Feld-** und **Fachwissen**, über das aber nur wenige SupervisorInnen in dem Feld verfügen. Supervision wird im Wesentlichen jedoch genommen – wie die Daten über die Erwartungen an die Supervision zeigen (Tab. 27) –, um sich fachlich weiterzubilden. Die Differenzierung zwischen **Feldkompetenz** und **Fachkompetenz** wurde vom Seniorautor in die Supervision eingeführt (Petzold 1990g), denn es hat sich gezeigt, dass Feldkompetenz allein nicht genügt, um gute Supervision zu machen. Kenntnisse über Institutionen, Mitarbeiterstrukturen, feldtypische Arbeitsbedingungen und –zusammenhänge (→ *Feldkompetenz*) sollten durch spezifisches Wissen aus den jeweiligen Fachwissenschaften und methodische sowie praxeologische Kenntnisse (→

Fachkompetenz) ergänzt werden. Dies gilt natürlich nicht nur für den Bereich der Sozialgerontologie, sondern für alle Felder der Supervision.

Bewertung	'hoch' in %			'mittel' in %			'gering' in %			keine Angabe		
	A	CH	D	A	CH	D	A	CH	D	A	CH	D
Fachliche Kompetenz insgesamt	60.5	53.5	50.0	11.8	14.8	13.8	3.4	1.9	6.3	24.4	29.7	30.0
Fachlich: gerontologisches Wissen	28.0	37.4	27.5	39.0	35.5	32.5	19.5	13.5	17.5	12.7	13.5	22.5
Fachlich: methodisches Geschick	66.4	58.1	56.3	21.0	27.1	18.8	3.4	3.2	10.0	9.2	11.6	15.0
soziale Kompetenzen	69.7	66.5	60	17.6	20.0	21.3	2.5	0.6	5.0	10.1	12.9	13.8

Tab. 25: Bewertung der Kompetenz der SupervisorInnen im Vergleich

Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens	A	CH	D	Durchschnitt
sehr wichtig	35.3%	36.1%	41.3%	37.5%
eher wichtig	22.7%	31.0%	27.5%	27.1%
Neutral	28.6%	18.1%	8.8%	18.5%
eher nicht wichtig	4.2%	3.2%	2.5%	3.3%
nicht wichtig	1.7%	1.9%	2.5%	2%
keine Angabe	7.6%	9.7%	17.5%	11.6%

Tab. 26: Einschätzung der Wichtigkeit von gerontologischem Fachwissen im Vergleich

## 2.8 Erwartungen an Supervision

Die Erwartungen von SupervisandInnen an die Supervision können hauptsächlich mit dem Wunsch nach Verbesserung von fachlicher Kompetenz und Performanz und der Klärung und Lösung von Teamkonflikten bzw. Kommunikationsproblemen beschrieben werden.

Vergleicht man diese Erwartungen mit den tatsächlich gemachten Erfahrungen (vgl. Kap. 2.6), so stimmt das recht gut überein. Das heisst, dass offenbar viele SupervisandInnen in der Supervision das finden, was sie erwarten und wünschen.

<b>Faktor 1:</b>	<b>Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten</li> <li>- Unterstützung/Entlastung</li> <li>- mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen</li> <li>- Optimierung von therapeutischen Interventionen</li> <li>- mehr Verständnis für die PatientInnen / KlientInnen</li> </ul>	<b>Erklärung der Gesamtvarianz bei</b> 27.8% A 29.8% CH 31.3% D
<b>Faktor 2:</b>	<b>Klärung und Lösung von Konflikten im Team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Kommunikation im Team</li> <li>- Problem- und Konfliktlösung</li> <li>- Aufdecken "unbewusster" Prozess bei Einzelpersonen oder im Team</li> </ul>	21.9% A 19.1% CH 29.9% D
<b>Faktor 3:</b>	<b>Verbesserung von Arbeitsabläufen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team</li> </ul>	17.4% A 10.1% CH -- D

Tab. 27: Faktorenanalyse zu den Erwartungen der SupervisandInnen an die SupervisorInnen im Vergleich (Anmerkung: in Deutschland wurden nur 2 Faktoren gefunden)

Bei den Rollenerwartungen an den Supervisor/ die Supervisorin liegt das Gewicht der Meinungen – anders, als man es vielleicht aufgrund der Erwartungen an Supervision erwarten würde (s. Tab. 27) – stärker auf dem Aspekt des Problemlösers und Begleiters als auf dem der fachlichen Führung. Dies zeigen die Daten aus Österreich und der Schweiz (diejenigen aus Deutschland liessen keine Faktorenanalyse zu, da nur ein Faktor gefunden und deshalb keine Rotation vorgenommen werden konnte). Beide Funktionen, die problemlösende / klärende und die fachlich führende, vermittelnde, sind aber sicher als zentral anzusehen und geben SupervisorInnen einen klaren Auftrag, der allerdings im Einzelfall immer wieder geklärt und transparent gemacht werden muss. Erwartungen und tatsächliche Erfahrungen mit Supervision könnten wohl noch besser in Übereinstimmung gebracht werden, wenn über die Bedürfnisse der SupervisandInnen auf der einen Seite und über die Möglichkeiten und Grenzen des supervisorischen Auftrags andererseits von Anfang an gesprochen würde.

## **2.9 Protektive und Risikofaktoren der Supervision für die SupervisandInnen und die Betreuten**

Die Aussagen der SupervisandInnen über mögliche schützende Qualitäten von Supervision und deren Risiken stimmen im Vergleich über die drei Ländern im wesentlichen überein. Zusammenfassend seien hier noch einmal einige Überlegungen dazu erwähnt, die bereits in der Auswertung der Schweizer und der deutschen Studie gemacht wurden.

Sehr viele NutzerInnen von Supervision haben diese offenen Fragen gar nicht beantwortet, was zum Teil am dafür erforderlichen Aufwand liegen mag. Dass sich in allen drei Ländern zu den Fragen nach potentiell protektiven oder riskanten Aspekten von Supervision in Hinblick auf die PatientInnen/Betreuten deutlich weniger Antworten zählen liessen, weist darauf hin, dass man sich dazu auch wenig Gedanken macht. Dies obwohl die Supervision letztlich immer wieder „im Interesse der PatientInnen“ eingerichtet und finanziert wird.

Die erwähnten *Risiken* und potentiell *schädigenden Faktoren* scheinen von tatsächlich gemachten *negativen Erfahrungen* mit Supervision abgeleitet worden zu sein, denn die Aussagen zum einen decken sich mit weitgehend mit jenen zum andern Punkt (vgl. Kap. 2.6): Vertrauensmissbrauch, Ineffizienz oder Verschlechterung der Problemsituation, sowie zwischenmenschliches Fehlverhalten des Supervisors sind die wichtigsten erwähnten Risiken für die SupervisandInnen. Machtmissbrauch, mangelnde Umsetzung von Massnahmen und Zeitverlust sind als Risiken zu Lasten der PatientInnen zu erwähnen. Alles ernst zu nehmende Kritikpunkte, auf die SupervisorInnen sorgfältig zu achten haben. Der Umsetzung von vereinbarten Massnahmen und deren Evaluation wird oft zu wenig Raum gegeben, weil in der nächsten Stunde bereits ein neues Problem drängt. Grundsätzlich muss der PatientInnen-Perspektive, also dem Nutzen des Supervision für die Betreuten, in Praxis und Forschung viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden als es bisher der Fall war, von Supervisorinnen, Supervisanden, von Auftraggebern und Forscherinnen. Dann kämen auch die möglichen protektiven Faktoren von Supervision für das KlientInnen/Patienten mehr zum Tragen, welche sich in einem besseren Verständnis und mehr Professionalität im Umgang mit ihnen und vielleicht sogar mehr Zeit für sie äussern könnten und nicht nur oder vorwiegend in – bisher auch nicht nachgewiesenen – indirekten Auswirkungen im Sinne von: „ein zufriedenes und ausgeglichenes Team arbeitet auch besser und wirksamer mit den PatientInnen.“

Potentiell protektiv-präventive Wirkungen der Supervision für sich selber werden von den NutzerInnen übereinstimmend vor allem in der Verbesserung von Teamatmosphäre und –kommunikation gesehen, in der Problemlösungsorientierung

und in der persönlichen Weiterentwicklung und der psychischen Entlastung von beruflichem Stress. Wenn diese Faktoren von einer deutlichen Mehrheit der NutzerInnen (und nicht nur von einem Drittel) regelmässig am eigenen Leib erfahren würden, könnte man mit der Supervision und den SupervisorInnen zufrieden sein. Dass dafür noch einiges getan werden muss, wurde in dieser Multi-Center-Studie deutlich und weist uns den Weg, den die Profession in Forschung und Praxis zu gehen hat.

### 3. Abschliessende Bemerkung

Die vorgestellten Studien bringen eine Menge von Ergebnissen auf einer quantitativen Basis, denen im einzelnen noch vertieft nachgegangen werden kann und muss, ggf. durch Nachexplorationen. So lassen die so häufig fehlenden oder ungenauen Angaben über die Supervisionsausbildung der Supervisoren, die die Supervisandinnen oft nicht kennen, keine verlässlichen Schlussfolgerungen darüber zu, welche Supervisionsansätze (systemisch, psychoanalytisch, integrativ etc.) als besser oder schlechter *wahrgenommen* wurden (Aussagen von Kundenzufriedenheit zur Methode also). In ähnlicher Weise sind die Feld- und Fachkompetenzen der Supervisoren zumeist nur indirekt erfasst. Wenn AltenhelferInnen ihre SupervisorInnen als nur „wenig fachkompetent“ identifizieren können, so nehmen sie als Maßstab ihre eigenen Kenntnisstände (und die werden oft auf einem guten Niveau mittlerer Kompetenz liegen, so dass ein Qualifizierungsbedarf besteht, den sie auch artikulieren, z. T. nehmen die deshalb Supervision). Wo aus den Daten die Fachkompetenz von SupervisorInnen erkennbar wurde, ließen sich auch positive Verbindungen zu den als *hoch* bewerteten Supervisionsleistungen finden und umgekehrt bei schlechten Bewertungen auch zu fehlender Fachkompetenz, ohne dass allerdings aufgrund der Datenlage statistisch aussagefähige Zusammenhänge hergestellt werden konnten. Das Faktum verdeutlicht indes, dass die SupervisorInnen offenbar in ihrer Selbstpräsentation diese Informationen einfach nicht gut transportiert haben, woraus sich die Forderung erhebt, dass SupervisorInnen sich transparent mit Ausbildung, Supervisionsform, Feldkompetenz und Verbandszugehörigkeit den SupervisandInnen präsentieren sollten. Wir selbst, als Supervisoren im Feld der Altenarbeit langjährig tätig, konnten den Zusammenhang von Feld- und Fachkompetenz immer wieder beobachten und das auch aus der *Position der Auftraggeber*, denn die an unseren Geronto-Studien beteiligten ForscherInnen sind alle auch in Institutionen in leitenden Positionen tätig. Auch die fachkundige Aussenperspektive bestätigt unsere Position immer wieder: **Gute Supervision geht, im Bereich der Gerontologie, nicht ohne fundierte Feld- und Fachkompetenz.**

„Lange war man im Feld der Supervision davon überzeugt (und ist es z.T. heute noch!), die Feldkompetenz eines Supervisors bestehe in erster Linie in seiner 'Felderfassungskompetenz', also darin, dass er in der Lage sei und über hinreichende theoretische Orientierungen verfüge, um sich in viele verschiedene Fachbereiche hineindenken zu können. Im Übrigen sei kommunikative Kompetenz und ein solides systemisches Konzept vonnöten. Demgegenüber betonen die AutorInnen [Müller et al. 2005, s.c.]: 'Deshalb kann sich Supervision heute nicht mehr nur auf Förderung von Kommunikation und Kooperation etc. beschränken, besonders nicht in den Bereichen Altenarbeit und Pflege, wo ein so hoher Nachholbedarf an gerontologischem Wissen bei vielen MitarbeiterInnen und ein praxeologischer Qualifizierungsbedarf bestehen.' (S. 5) Die AutorInnen fordern demgegenüber sach- und fachkompetente SupervisorInnen - eine Forderung, der ich mich als Supervisor, der schwerpunktmässig in diesem Bereich arbeitet, nur anschließen kann!“ (Schröder 2006).

Auch die *ÖVS-Studie* (2003), die mit einem weitaus größeren n (960 Rückläufe) und offenbar institutionell weiter ausgreifend, in bestimmten Bereichen ähnliche Fragen gestellt hat wie wir, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis wie unsere Untersuchung:

Von Teilnehmern mit Supervisionserfahrung halten 5% sie für 'unverzichtbar', für weitere 37,5% ist sie 'sehr wichtig', für 44% 'teils hilfreich, teils verlorene Kilometer', und 13,44% haben 'eher schlechte Erfahrungen' gemacht.

Mehr als die Hälfte der Befragten lassen also ein zwiespältiges oder negatives Ergebnis erkennen und 13% „eher schlechte“ Erfahrungen (was immer das heissen mag, ein klares „negativ“ oder „schlecht“ wurde ja nicht angeboten), ist sehr bedenklich, in absoluten Zahlen sind das ca. 100 Menschen, wobei noch davon ausgegangen werden muss, dass wirklich geschädigte Ex-SupervisandInnen sich an einer solchen Befragung nicht beteiligen bzw. nicht mehr beteiligen können, weil sie das Feld gewechselt haben – ein bekanntlich sehr häufiges Phänomen in diesem Feld (Knaus et al. 2006).

Die hier vorgestellte österreichische Studie und die mit ihr verbundene – allerdings sehr verdichtete – vergleichende Übersicht über die deutsche und die Schweizer Studie (die jeweils in den Originalarbeiten eingesehen werden sollten), geben die Rückmeldungen von insgesamt 354 MitarbeiterInnen der Altenarbeit, die zum Thema Supervision befragt wurden. Es handelt sich hier nicht nur um die ersten differentiellen Felderkundungsstudien mit Mehrebenenperspektive (SupervisandInnen und KlientInnensystem wurden fokussiert) zur Supervision im gerontologischen Bereich in diesen Ländern, sondern auch international um die ersten transnationalen Vergleichsstudien dieser Art. Mit diesem Ländervergleich wurde Pionierarbeit geleistet.

Für den Bereich der Psychiatrie haben wir gleichfalls, wie zu Eingang (1.2) dargestellt, die Situation der Supervision in den drei Ländern mit anderen Forschergruppen untersucht. Die Studien zeigen übereinstimmend die Notwendigkeit, Massnahmen für die Qualitätssicherung von Supervision in den untersuchten Bereichen zu ergreifen, weil die Zufriedenheit mit der Supervision in einigen Dimensionen gut, in vielen anderen aber deutlich suboptimal ist, besonders was die sozialgerontologische bzw. (in der Psychiatrie) psychiatrische Fach- und die Feldkompetenz vieler SupervisorInnen anbelangt. Das mag auch damit zu tun haben, dass bislang im Bereich der Supervision noch viel zu wenig geforscht wird, dass weiterhin in diesem Feld noch keine entwickelte forschungsfreundliche Kultur vorliegt, sondern diese erst noch im Aufbau ist, dass offenbar SupervisorInnen nicht gerne Forschung rezipieren<sup>5</sup>, was Grawe (1992) auch bei den PsychotherapeutInnen beklagt hatte. Feinkönige Wirksamkeitsstudien (kontrolliert, randomisiert, longitudinal etc.) fehlen in den hier angesprochenen Supervisionsfeldern noch weitgehend. Eine neue anspruchsvolle Studie von Eichert (2008) zur „Supervision in der Psychiatrie“ stellte Effekte fest, was die Veränderung der wahrgenommenen Ressourcennutzung und der Situationskontrolle anbelangt, was natürlich keine Messung der *faktischen* Ressourcennutzung und tatsächlichen Ausübung von Kontrolle bedeutet. Auch Arbeitszufriedenheit und Selbstwirksamkeit nahmen zu, was natürlich keine Aussage über eine konkrete Verbesserung der Qualität in der Arbeit besagt, das muss immer wieder betont werden. „Nicht bestätigt werden konnten die meisten Hypothesen, die

---

<sup>5</sup>Für den Seniorautor sind ein zugänglicher Indikator die sehr guten Verkaufszahlen seines Buches Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007 und der vergleichsweise mässige Verkauf von Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.. Opladen: Leske + Budrich/Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften – trotz ausgezeichneten Rezensionen.

sich auf Verbesserungen von wahrgenommenen Ressourcen in den Supervisionsgruppen beziehen“ (ibid. S. 4). Auf der Grundlage solcher Studien wird weitere Forschung erforderlich. Da *Selbstwirksamkeit* und *Ressourcen-* und *Situationskontrolle* wichtige Parameter sind, deren Anstieg durch Supervision recht erfreulich ist, muss natürlich die Frage gestellt werden, wie dieser Effekt erreicht wurde, ob er spezifisch oder unspezifisch ist. Stellt man in Rechnung, dass viele Supervisoren über keine spezifische sozialpsychologische Theorienkompetenz verfügen – wenn man die publizierte Supervisionsliteratur sichtet, findet man praktisch keine Verarbeitung von Attributions- oder Kontrolltheorien, nichts über Affiliations- oder Reaktanztheorien, soziale Kognitionen etc., die Begriffe fehlen z. T. im Begriffsrepertoire von SupervisorInnen (so ersichtlich in der Untersuchung von Edlhaime-Hrubec 2006) –, so ist wohl eher an unspezifische Wirkungen zu denken als an von den Supervisoren intendierte und mit methodischer Systematik angestrebte und erreichte Effekte. Dann allerdings wäre zu prüfen, ob bei gezielter Ansteuerung dieser Effekte verbunden mit einer Förderung ihrer Umsetzung in praktische „Performanz“ (Petzold 2007a, Petzold, Engemann, Zachert 2003), die Wirkungen nicht wesentlich gesteigert und durch systematische Praxistransfers gesichert werden könnten. Man muss sich allerdings auch hier fragen, was bei einer spezifischen Ressourcennutzung und Situationskontrolle so feld- und fachspezifisch ist, dass eine supervisorische Unterstützung nicht auch bei den SupervisorInnen selbst entsprechende Feldkompetenzen verlangen müsste.

Durch die empirischen Daten der hier vorgelegten Untersuchungen wird eine Position gestärkt, die für bestimmte Felder unabdingbar Fach- und Feldkompetenz fordert, weil ohne diese Kompetenzen einer spezifischen Expertise eine sichere Supervisionsarbeit (*Unbedenklichkeitskriterium*) gefährdet erscheint. Eine **fachlich** fundierte Supervisionspraxis (*Wissenschaftlichkeitskriterium*) und auf dieser Basis optimierend eingreifende, supervisorische Interventionen (*Wirksamkeitskriterium*) sind offenbar nicht in breiter Weise gewährleistet. Das legt dann natürlich nahe, dass auch dem *Wirtschaftlichkeitskriterium* nicht Genüge getan wird. Damit wird in dem alten Streit zwischen den VertreterInnen *einer generellen supervisorischen Kompetenz* und den Advokaten einer *Feld- und Fachkompetenz* für spezialisierte Felder von uns die Position vertreten: eine gute *generelle Supervisionskompetenz* und -performanz ist *conditio sine qua non* jeder Supervisionsarbeit, aber *Fach- und Feldkompetenz* sind in vielen Feldern unerlässlich. Es wird also die Position der Generalisten nicht unterstützt, nach deren Auffassung es ausreicht, ein guter supervisorischer „Allrounder“ zu sein, um *in allen Feldern* tätig zu werden. Für eine solche Position müssten in empirischen Untersuchungen der Belege erbracht werden, die bislang gänzlich fehlen (Petzold, Schigl et al 2002). Aus dem Bereich der amerikanischen Supervisionsforschung können solche Belege nicht kommen, denn dort findet sich eben ganz klar die Praxis, dass Supervisoren zumeist erfahrene Praktiker in einem *spezifischen Feld* sind, die man mit Supervisionsaufgaben betraut (also ganz anders als im europäischen Raum). Auch aus dem Bereich der Psychotherapiesupervision kann ein solcher Nachweis nicht erbracht werden, weil auch hier ganz klar die Fachkompetenz erfahrener LehrtherapeutInnen in ihrem Verfahren die Zulassungsvoraussetzung für den SupervisorInnenstatus ist. So ist der generalistische Anspruch bisher nicht fundiert. Hinter ihm muss man gar nicht unbedingt eine gewisse – mit der Präposition „super“ verbindbare – Omnipotenz tendenz sehen, sondern es genügt, ganz banale wirtschaftliche Interessen anzunehmen.

Die hier vorgelegten Felderkundungen haben eine unmittelbare Praxisrelevanz für Qualitätssicherung und -entwicklung in der Supervision, dann auch für die

Ausbildung von SupervisorInnen und schliesslich für Entscheidungen von Auftraggebern bei der Auswahl von SupervisorInnen für ihre Einrichtungen. Sie bieten darüber hinaus eine Grundlage für weitere Forschungsprojekte (z. B. Wirksamkeitsforschung in **kontrollierten Studien** auf der Ebene des SupervisandInnen- und KlientInnen/PatientInnensystems), die möglichst bald in Angriff genommen werden sollten, um überhaupt erst einmal auf breiterer Basis solide Wirksamkeitsnachweise zu erbringen und weitere Qualitätsverbesserungen von Supervision zu erreichen. Für Supervision als *Instrument der Qualitätssicherung* kann unter bestimmten Bedingungen zweifelsohne ein beträchtliches Potential angenommen werden. Allerdings muss dieses auch empirisch mit guten Studien belegt, fundiert, überprüft und weiter entwickelt werden. Weiterhin wird es notwendig, Anschluss an Wissensstände der Grundlagenforschung zu finden, was etwa die Neurobiologie des Lernens, des Willens oder der Kreativität anbelangt (*Blakemore, Firth 2005; Spitzer 2002; Sieper, Petzold 2002; Petzold, Sieper 2007a; Schnitzler, Schnitzler 2007*). In der praktischen Umsetzung auf eine interventive Ebene – etwa bei der Nutzung von Nonverbalität oder von mentalem Training (*Petzold 2004h, Petzold, Sieper 2007d; Lamacz-Koetz 2005, 2008*) – wird das einige Investitionen erforderlich machen. In der Psychotherapie sind derartige Entwicklungen ja auch im Gange (*Petzold 2002j; Schiepek 2003; Grawe 2004; Hüther 2007; Sieper 2007d*). Für die Supervision bleibt das noch zu leisten und eröffnet spannende Perspektiven, bei denen es nicht auszuschliessen ist, dass es zu grundsätzlichen Revisionen der herkömmlichen Supervisionsmethodiken kommen kann. Supervision kann, wenn sie sich den Erkenntnissen der Forschung öffnet, an Wirksamkeit noch wesentlich gewinnen. Neben vielen anderen Forschungsarbeiten und forschungsgestützten Theorieentwicklungen zu Grundlagenproblemen gehören Felderkundungen wie die hier vorgelegten Studien zu den Beiträgen, die für die Entwicklung einer modernen, qualitätsorientierten Supervision zu leisten sind.

**Zusammenfassung: Supervision in Einrichtungen der Altenarbeit im deutschsprachigen Raum – ein Vergleich dreier Studien der empirischen Felderkundung in Deutschland, Österreich und der Schweiz**

Es werden drei transnationale, empirische explorative Felderkundungen aus einem kooperativen Forschungsprojekt der Donau-Universität-Krems (Au), der Freien Universität Amsterdam (NE), der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Gerontopsychiatrisches Zentrum (Ch) und der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen (D) vorgestellt zur Anwendung, Akzeptanz und Bewertung von Supervision im Bereich der ambulanten und stationären Altenarbeit (Heim, Klinik, z. T. Ambulanz), die in Deutschland (n = 80), Österreich (n = 119) und der Schweiz (n = 155) durchgeführt wurden. Sie werden anhand der österreichischen Studie in dieser Arbeit vergleichend dargestellt. Die Studien stimmen in vielen Ergebnissen überein. Es ist international die erste Untersuchung dieser Art. Die Befragten, Schwestern, Pfleger, Psychologen u. a. berichten über ihre Erfahrung mit Supervision, die Einschätzung ihres Nutzens für die MitarbeiterInnen und für die KlientInnen/PatientInnen. Es wurde eine Fülle von Daten generiert, die für die Qualitätssicherung bzw. -entwicklung und Ausbildung von Supervisoren Bedeutung gewinnen. Von nur A 31.1, Ch 39.4, D 40.0 Prozent der Befragten wurde Supervision ein *hoher* persönlicher Nutzen zugeschrieben. *Hoch* wurde patientenbezogener Nutzen gesehen von nur A 33.6, Ch 31.6, D 21.3 Prozent. Das sind keine beeindruckenden Werte. Die generelle fachliche Kompetenz der Supervisoren wurde als *hoch* beurteilt von %: A 60.5, Ch 53.5, D 50.0, die gerontologische Feld- und Fachkompetenz hingegen wurde aber als *hoch* nur von %: A 28.0, Ch 37.4m D 27.5 beurteilt, obgleich diese Spezialkompetenz immerhin von A 35.3%, Ch 36.1%, D 41.3% der Befragten *als sehr wichtig* eingestuft wurde. Aus diesen und anderen Daten der Untersuchungen muss man zu der Konklusion kommen: ohne *Fach- und Feldkompetenz* scheint in diesem Bereich qualifizierte Supervision häufig nicht gewährleistet werden zu können. Die bisherigen Erfahrungen mit Supervision bewerteten die MitarbeiterInnen als uneingeschränkt *positiv* %: A 40.2, Ch 26.4 D 25.5, alles andere nur als „eher positiv“ oder nicht positiv. Auch das Resultat ist nicht überzeugend. Ein beunruhigendes Ergebnis: Die rechtlich und ethisch erforderliche Zustimmung der PatientInnen, dass ihre Materialien in die Supervision gebracht werden dürfen, wurde nicht eingeholt zu %: A 74.8, Ch 74.2, D 48.8. Hier werden Rechte und Würde von PatientInnen verletzt und ist die *Unbedenklichkeit* von Supervision nicht gegeben. Da in drei anderen transnationalen Multicenterstudien mit noch höherem n für die Psychiatrie ganz ähnliche Ergebnisse festgestellt wurden (*Kolar, Petzold, Petitjean 2008*) müssen die Themen Feldkompetenz und Qualitätsverbesserung von Supervision in diesen spezifischen Feldern von den Verantwortlichen konkret aufgegriffen werden.

**Schlüsselworte:** Supervision, Gerontologie, Qualitätssicherung, empirische Feldexploration (in Österreich, Deutschland, Schweiz), Feldkompetenz

**Summary: Supervision in Institutions for the Elderly in the German Speaking Countries – a Comparison of Three Studies of Empirical Field Exploration in Austria, Germany, Switzerland**

Three transnational empirical explorative field studies are presented from a research cooperation of Donau-University-Krems (Au), Free University of Amsterdam (NE), Psychiatric University Clinic Zürich, Center for Gerontopsychiatry (Ch), and European Academy for Psychosocial Health, Hückeswagen (D) concerning use, acceptance and valuation of clinical supervision in the field of outpatient and inpatient work with the elderly (Germany n 80, Austria n 119, Switzerland n 155), the first study of its kind internationally. There are a lot of converging findings and results, important for quality assurance and development and for the professional training of supervisors. Nurses and other qualified staff reported personal usefulness as *high* with %: A 31.1, Ch 39.4, D 40.0, usefulness for patients as *high* %: A 33.6, Ch 31.6 D 21.3 – not really convincing results. The general expertise of the supervisors was labelled *high* in %: A 60.5, Ch 53.5, D 50.0, however the gerontological field expertise was judged to be *high* only in %: A 28.0, Ch 37.4m D 27.5 although A 35.3%, Ch 36.1%, D 41.3 of the questioned staff considered this expertise as *very important*. Our conclusion from these and other data in these studies is: without field competence and gerontological expertise qualified supervision in this domain seems mostly not to be attainable. The general experience with supervision is labelled as fully positive by %: A 40.2, Ch 26.4 D 25.5, the rest of the responders reported “rather positive” and less - a not very impressive result. A disturbing finding %: A 74.8, Ch 74.2, D 48.8 reported that patients have not been asked for their agreement, that their material is brought into supervision, which is for ethical and legal reasons indispensable. Here patient's rights and dignity have been violated and safeness of supervision is at risk. As in three other transnational multicenterstudies in the field of psychiatry (Kolar, Petzold, Petitjean 2008) had similar findings, the topic of field competence and quality assurance of supervision in specific fields has to be taken up concretely by responsible bodies.

**Keywords:** Clinical Supervision, Gerontology, Quality Assurance, Empirical Field Exploration (in Austria, Germany, Switzerland), Field Competence

**Literatur<sup>6</sup>:**

- Abdul-Hussain, S.* (2008): Genderkompetente Integrative Supervision. Masterthese im Studiengang Supervision und Coaching an der Donau-Universität Krems.
- Beine, K.-H.* (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötung und aktive Sterbehilfe: Freiburg: Lambertus.
- Belardi, N.* (1992): Supervision - Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Blakemore, S.-J., Frith, U.* (2005). The learning brain: Lessons for education. Oxford: Blackwell.
- Breitscheidel, M.* (2005): Abgezockt und Totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Econ.
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G.* (2006): Supervision bei Pflegefachleuten. Eine Studie zur Situation in der Schweiz. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. /2006.
- Eckhoff, R., Breuss-Gröndahl, S., Petzold, H.G.* (2007): Supervision („veiledning“) im Feld der Musiktherapie in Norwegen. In: Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland (BVM) (2007): Jahrbuch Musiktherapie - Music Therapy Annual. Band 3. Wiesbaden: Reichert Verlag. 169-194.
- Edlhaimb-Hrubic, C. M.* (2006): Die „supervisorische Beziehung“ – Theoriekonzepte und soziale Repräsentation im Lehrsupervisoren-, Supervisoren- und Supervisandensystem im Fokus der Integrativen Supervision. In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift. Ausgabe 2006, <http://www.fpi-publikationen.de/supervision>.
- Ehrhardt, Petzold, et al.* (2008): Risiken und Nebenwirkungen in der Supervision – eine Dunkelfeldstudie (in Auswertung).
- Eichert, H.-Ch.* (2008): Supervision und Ressourcenentwicklung. Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie. Diss. Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Köln.
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G.* (2003a): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der Bewegingswetenschappen - Postgradualer Studiengang

---

<sup>6</sup> Die von Petzold und MitarbeiterInnen zitierten Arbeiten finden sich soweit hier nicht zitiert in: *Petzold, H.G.* (2007): „Gesamtbibliographie Hilarion G. Petzold 1958 – 2007. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2007.

- Supervision Amsterdam. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 11/2003
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Frank, R. (1999): Die Relevanz der der Supervisionsforschung für die Praxis der Psychotherapie. In: *Petzold, Märtens* (1999) 327-350.
- Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold, H.G. (2003): Supervision im Feld der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In: *Petzold, Schigl et al.*, 299-335.
- Gebhardt, M., Petzold, H.G. (2005): Die Konzepte "Transversalität" und "Mehrperspektivität" und ihre Bedeutung für die Integrative Supervision und das Integrative Coaching. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 4/2005
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992): Therapeuten: unprofessionelle Psychospiele? *Psychologie Heute* 6 (1992) 22-28.
- Grawe K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen: Hogrefe.
- Haessig, H. (2005): Unterwegs zu einer transversalen Malerei, Therapeutik und Kulturarbeit - Erkenntnistheoretische Aspekte meiner Malerei und integrativen, künstlerisch-therapeutischen Praxis. In: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2005.
- Haessig, H. (2007): Transversale Macht in der Supervision, in: Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* Jg. 2007.
- Hausinger, B. (2006): Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis wissenschaftlicher Arbeiten. Köln: Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.
- Hausinger, B. (2007): Supervisionsforschung und Praxisrelevanz – von einer unproduktiven uzur einer produktiven Spannung. *Supervision, Mensch, Arbeit, Organisation*, Heft 1
- Heffels, L., Petzold, H.G. (2006): Zur Weiterbildungsfunktion der Supervision am Beispiel der Supervision für Lehrer. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. /2006.
- Hirsch, R.D. (2002): Supervision, Teambberatung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Holloway, E.L. (1995): Clinical supervision: a systems approach. Thousand Oaks: Sage Publications
- Hüther, G. (2007): Perspektiven für die Umsetzung neurobiologischer Erkenntnisse in der Psychotherapie. In *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 549-565.
- Kessel, L. Van (1997): Theorie und Praxeologie des Lernens in der Supervision. In: *Berker P./Buer F.* (Hg.): Praxisnahe Supervisionsforschung. Münster 1998, 46-68
- Knaus, K.-J. (2005): Zur Situation von Altenheimen in Deutschland – Materialien, Insiderperspektiven, Aufgaben für die Supervision. In: *Petzold, Müller* (2005): Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie. Paderborn: Junfermann, 7-27.
- Knaus, K.-J., Petzold, H.G., Müller, L. (2005): Supervision im „Feld“ der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg./2005
- Kolar, M., Petitjean, S., Petzold, H. G. (2007): Supervision in der Psychiatrie – eine explorative Felderkundung - Multicenterstudie Österreich. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – Jg. 2007.
- Krajic, K., Nowak, P., Vyslouzil, M. (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen. Ergebnisse einer Expertise. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Universität Wien.
- Laireiter, A.-R., Vogel, H. (1998) (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und sozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lamacz-Koetz, I. (2005) : Nonverbale Kommunikation in der Supervision. **Wenn Sprache nicht ausreicht**. Diplomarbeit: Diplomstudiengang Supervision, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Lamacz-Koetz, I. (2008): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*.

- Maisch, H., (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205
- Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Möller, H., Märtens, M. (1998): Zur Problematik der Supervisionsforschung: Forschung ohne Zukunft? Supervision als homöopathische Inszenierung. In: OSC - Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management 5/3, S. 205-221. Leverkusen: Verlag Leske + Budrich.
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Müller, L. (2008): Engagiert für alte Menschen – Hilarion G. Petzold und die Gerontotherapie. 30 Jahre gerontologischer Weiterbildung, Supervision und Forschung in Österreich. *Psychologische Medizin* (Graz) 1, 29-41.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003 und in: Petzold, H. G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta. S. 108-154.
- Müller, L., Petzold, H.G., Schreiter Gasser, U. (2005): Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz. In: Petzold, Müller (2005) 181-214.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, Schay, Ebert (2004) 297-342 und in: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2004.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.(Hrsg.). (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. S. 119-179.
- Orth, S., Petzold, H. G., Gottschalk, R. Disler, T., Kernbichler, I. Müller, L. (2008): Überlegungen zur Feld- und Fachkompetenz von Supervisoren in der Pflege und Altenarbeit - Ein Projekt zur Ausbildung von SupervisorInnen aus der Pflege für die Pflege. Hücheswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Orth, S., Siegele, F., Petzold, H.G. (2007): Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 2007
- ÖVS-Studie (2003): Supervision für MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung. Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS), *Arbeitsgruppe Altenbetreuung*, Regionalgruppe für Oberösterreich.
- Petzold, H.G. (1977e): Integrative Geragogik - Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, Brown, 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: Petzold (1985a) 553-572, Neuaufl. (2005a)265-283.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierendeTheorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: Petzold (1998a) 97-174.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: Petzold (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: Hermer, M.,Klinzing, H.G.(Hrsg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychtherapie. Tübingen: dgvtv. 107-156.
- Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

- Petzold, H.G. (2005e): Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer „Profession“ - Mythen und einige Fakten zu Herkunft und Hintergrund des Wortes „Supervision“. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 1/2005.
- Petzold, H.G. (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: *Petzold (2005a)* 284-292.
- Petzold, H.G. (2007a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl. 520 Seiten
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1976a) *Bildungsarbeit mit alten Menschen*. Klett, Stuttgart.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): *Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Ebert, W., Sieper, J. (1999/2001): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Erw. und überarbeitet 2001. In: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 01/2001
- Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings*. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, Müller (2005): *Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal – gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen – in Tirol und überall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: *Petzold, Müller (2005): Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie*. Paderborn: Junfermann, 28-117.
- Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2002a): Mythos „Gütesiegel“ – „Supervision“, ein Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGsv – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 04/2002
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungs therapie“. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713.
- Petzold, H.G., Petzold, C. (1999): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung und Reflexion in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: *Blonski, H., Ethik in Gerontologie und Altenpflege: Leitfaden für die Praxis*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag (o. J.) S. 165 - 178.
- Petzold, H.G., Rainalds, J., Sieper, J., Leitner, A. (2006): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Sozialtherapeuten – eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 533-588.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1997): Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. *Familiendynamik* 3, 288-311. Erw. in: *Petzold (1998a)* 191-212 und in: *Eck, D. (1998) (Hrsg.): Supervision in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 79-98.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C. (2003): *Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation..* Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2007a): *Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie*. 2 Bde. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2007d): *Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen*. In: *Petzold, Sieper (2007a)* 473–592.
- Petzold, H.G., Zander, B., 1985. *Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation*. In: *Petzold (1985a)* 159-201, Neuaufl. (2004a) 321-360.
- Schiepek, G. (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Schiepek, G. (2008): Integration in der Psychotherapie. Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus? *Integrative Therapie* 1 (im Druck).
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich – ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie* 1-2, 85-145.
- Schnitzler, I., Schnitzler, A. (2007): Das Gehirn und seine Bedeutung für eine kreative Lebensgestaltung In: Sieper, Orth, Schuch (2007) 575-591
- Schreyögg, A. (1991): Supervision - Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A. (2004): Supervision: Ein integratives Modell – Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Schröder, P. (2006): Rezension von Petzold, Müller 2005. In: *Resonanzräume*. [www.resonanzraeume.de](http://www.resonanzraeume.de)
- Sieper, J. (2007d): Neurowissenschaften und Therapie, in: Sieper et al. (2007) 531-548.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und gekürzt in Leitner, A. (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Spitzer, M. (2002): Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: Leitner, A. (2001): *Strukturen der Psychotherapie*. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stevenson, G.M. (2003<sup>3</sup>) *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Heidelberg: Springer.
- Siegele, F., Petzold, H.G., Petitjean, S. (2008): Supervision in der Psychiatrie – eine explorative Felderkundung – Multicenterstudie Deutschland (in Auswertung).
- Thomas, G. (1995): „Sie haben hier alleine gar nichts zu entscheiden“ Supervisionsrelevante Burnout-Phänomene und Ihre Bedingungen in der stationären Therapie mit Alkoholkranken. In: H. Petzold, G. Thomas (Hrsg.): *Integrative Suchttherapie und Supervision*. Griesheim/Düsseldorf: DGK.
- VDR (1994): Leitlinien zur Bestimmung einer ambulanten und/oder stationären Entwöhnungsbehandlung.
- VDR (1995): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- VDR (1999): Weiterbildungen im Suchtbereich. Frankfurt a.M.
- Weigand, W. (1999): Qualität statt Quantität - Die DGSv im 10. Jahr ihres Bestehens. *DGSv aktuell* 2 (1999) 4-5.
- Wijnen, H., Petzold, H.G. (2006): Die agogische Supervision in den Niederlanden. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: *Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 2006.