

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 Märtens**, 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

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 05/2007

Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken

Susanne Orth, Erkrath, Frank Siegele, Hannover, Hilarion G. Petzold,
Düsseldorf/Amsterdam***

* Aus dem Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam.

** Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen - Master of Science-Studiengang, Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems - Studiengang

Zusammenfassung

Das Ziel dieser retrospektiven Studie war eine Evaluierung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Wir fragten multidisziplinäre Teams (Pflegepersonal, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen) in acht psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland nach erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Supervision innerhalb der letzten sechs Monate. Bei einer Rücklaufquote von 69% antworteten insgesamt 115 Personen. 43% der Befragten sahen einen hohen Nutzen in ihrer Supervision, 43% beurteilten mit „mittlerem Nutzen“, 12% mit „geringem“ und 2% mit „gar keinem“ Nutzen. Insgesamt 9% der Befragten berichteten von negativen Erfahrungen im Rahmen der der Supervision. Die KlinikmitarbeiterInnen gaben außerdem ein signifikant höheres Risiko durch Supervision für sich selbst, als für ihre Patienten an (44% versus 34%; $p < 0.001$). Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen im Wesentlichen vorangegangene Untersuchungen im Bereich der Psychiatrie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Petitjean, 2005) und Gerontologie (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; Knaus, Petzold, Müller 2005). Bei einer Methodologie, die wie die Supervision vornehmlich als Instrument und Maßnahme der Qualitätssicherung und Verbesserung eingesetzt wird, ist ein „mittlerer Nutzen“ von 43% ein nicht akzeptables Ergebnis. Die Studie zeigt einmal mehr, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Effektivität von Supervision in der Psychiatrie und anderen institutionellen Feldern zu verbessern.

Schlüsselwörter: Klinische Supervision, Supervisionsforschung, Supervision in der Psychiatrie, Effekte von Supervision, Felerkundung in Psychiatrischen Tageskliniken

Abstract

The objective of this retrospective study was to evaluate the effectiveness of team supervision, and patient-centered supervision, which is very popular in the German parts in Europe, in psychiatric outpatient units. We investigated the perceived benefits and the 'side effects' of supervision within the past 6 months. Multidisciplinary staffs (nurses, doctors, counselors, psychologists, social workers) were surveyed in eight German psychiatric outpatient clinics. A total sample of 115 persons answered a semi-structured questionnaire. The response rate was 69 percent. 43 percent of the clinical staffs found supervision very effective, 43 percent scored middle effects, 12 percent a low level of effectiveness and 2 percent no effects. A total of 9 percent reported negative experiences in at least one supervision session within the past six months. Furthermore, clinical staffs perceived significantly higher risk through supervision for themselves, compared to patients' risks (44% versus 34%; $p < 0.001$). The results of this study support previous findings from previous studies (Gottfried et al., 2003; Petitjean, 2005). For a methodology as supervision that is mainly used to promote quality a "medium effectivity" is an unacceptable result. It shows that further efforts must be undertaken to enhance effectiveness of provided supervision in psychiatric outpatient clinics and other institutional fields.

Key words: Clinical supervision, supervision research, supervision in psychiatry, effects of supervision, field exploration in psychiatric day clinics

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung – Ausgabe Jg. /2007

Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken

Frank Siegele, Hannover, Susanne Orth, Erkrath

Hilarion G. Petzold, Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis: Siegele/Orth/Petzold

Tabellenverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen

1	EINLEITUNG	6
2	FRAGESTELLUNG	12
2.1	FRAGESTELLUNGEN	12
2.2	ETHISCHE ASPEKTE UND DATENSCHUTZ	13
3	VORGEHEN UND METHODE	13
3.1	DIE STICHPROBE	13
3.2	STUDIENDESIGN	14
3.3	DAS ERHEBUNGSINSTRUMENT: DER FRAGEBOGEN	15
3.4	DURCHFÜHRUNG DER UMFRAGE IN DEN KLINIKEN	15
3.5	STATISTISCHE AUSWERTUNG	15
4	ERGEBNISSE	17
4.1	DIE RÜCKLAUFQUOTE	17
4.2	SOZIODEMOGRAPHISCHE ANGABEN DER KLINIKMITARBEITERINNEN UND KLINIKMITARBEITER	17
4.3	SUPERVISORISCHES SETTING UND FREQUENZ	20
4.4	DIE SUPERVISORINNEN UND SUPERVISOREN	22
4.4.1	<i>Soziodemographische Angaben.....</i>	<i>22</i>
4.4.2	<i>Einschätzung der Fachkompetenz der Supervisorin / des Supervisors</i>	<i>24</i>
4.5	WIRKUNGSBEREICHE DER SUPERVISION	25
4.6	POSITIVE UND NEGATIVE ERFAHRUNGEN IN DER SUPERVISION (QUANTITATIVE AUSWERTUNG)	28
4.7	POSITIVE UND NEGATIVE ERFAHRUNGEN IN DER SUPERVISION IN DEN LETZTEN SECHS MONATEN (QUALITATIVE AUSWERTUNG)	29
4.8	RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN VON SUPERVISION AUS SICHT DER KLINIKMITARBEITERINNEN	32
4.9	PROTEKTIVE, RESP. PRÄVENTIVE FAKTOREN VON SUPERVISION AUS SICHT DER KLINIKMITARBEITERINNEN	32
5	DISKUSSION	41
5.1	DIE RÜCKLAUFQUOTE	41
5.2	DAS SUPERVISANDLNNNSYSTEM (PERSONAL FACTOR)	41
5.3	DAS SUPERVISIONSSETTING (CONTEXT FACTOR)	41
5.4	DIE SUPERVISORINNEN (PERSONAL FACTOR)	42
5.5	EINSCHÄTZUNGEN DER FACHKOMPETENZ DER SUPERVISORINNEN	43
5.6	DIE EFFEKT VARIABLE „WIRKUNG VON SUPERVISION“ (TECHNICAL FACTOR)	43
5.7	POSITIVE UND NEGATIVE ERFAHRUNGEN IN DER SUPERVISION	45
5.8	PROTEKTIVE FAKTOREN UND RISIKOFAKTOREN FÜR DIE SUPERVISANDINNEN UND PATIENTINNEN DURCH SUPERVISION	46
5.9	ERWARTUNGEN AN SUPERVISION	47
5.10	EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE UND AUSBLICK	48
6	ZUSAMMENFASSUNG, ABSTRACT UND KEY WORDS.....	48
6.1	ZUSAMMENFASSUNG	48
6.2	ABSTRACT	49

7	LITERATURVERZEICHNIS	51
8	ANHANG	56
8.1	FRAGEBOGEN ZU SUPERVISION	56
8.2	TEXTE DER BEFRAGTEN ZU POSITIVEN UND NEGATIVEN ERFAHRUNGEN - TEXTE DER BEFRAGTEN ZU PROTEKTIVEN UND RISIKOFAKTOREN VON SUPERVISION	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Rücklaufquote der Fragebögen nach Klinik.....	17
Tabelle 2:	Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen nach Kliniken	17
Tabelle 3:	Berufe und Berufserfahrung der KlinikmitarbeiterInnen.....	18
Tabelle 4:	Supervisionsform nach einzelnen Kliniken	20
Tabelle 5:	Vereinbarungen in der Supervisionssitzung	20
Tabelle 6:	Angaben über die Supervisorinnen und Supervisoren nach Kliniken	22
Tabelle 7:	Positive und negative Supervisionserfahrung nach Kliniken.....	28
Tabelle 8.1:	Negative Erfahrungen versus soziodemographische Variablen der SupervisandInnen	28
Tabelle 8.2:	Negative Erfahrungen versus Supervisionssetting	29
Tabelle 9.1:	Qualitative Analyse negativer Erfahrungen durch Supervision in den letzten sechs Monaten (n = 10)	31
Tabelle 9.2:	Qualitative Analyse positiver Erfahrungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n = 80)	31
Tabelle 10:	Mögliche Risiken und Nebenwirkungen aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen.....	32
Tabelle 11:	Protektive und präventive Faktoren aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen	32
Tabelle 12:	Faktorenanalyse der Erwartungen an eine Supervision	34
Tabelle 13.1:	Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team.....	35
Tabelle 13.2:	Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik	35
Tabelle 13.3:	Erhöhung der beruflichen und fachlichen Fähigkeiten.....	35
Tabelle 13.4:	Verbesserung der Kommunikation im Team	36
Tabelle 13.5:	Unterstützung / Entlastung.....	36

Tabelle 13.6: Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen	36
Tabelle 13.7: Optimierung von therapeutischen Interventionen	36
Tabelle 13.8: Problem-, Konfliktlösung	36
Tabelle 13.9: Aufdecken "unbewusster" Prozesse bei einzelnen Personen im Team	37
Tabelle 14: Faktorenanalyse der erwarteten Eigenschaften eines Supervisors	37
Tabelle 15.1: Beistand / Helfer	37
Tabelle 15.2: Lehrerin / Lehrer	39
Tabelle 15.3: SpezialistIn und ExpertIn	39
Tabelle 15.4: Förderer / Entwickler von Neuem	39
Tabelle 15.5: PsychotherapeutIn	39
Tabelle 15.6: Coach	39
Tabelle 15.7: Vermittler zwischen den Parteien	40
Tabelle 15.8: Problemlöser	40

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1. «Dynamic Systems Approach to Supervision»	9
Abbildung 2: Altersverteilung der KlinikmitarbeiterInnen	18
Abbildung 3: Anzahl Supervisionssitzungen in den letzten 6 Monaten	21
Abbildung 4: Grundberufe der Supervisorinnen und Supervisoren	23
Abbildung 5: Zusatz- und/oder Psychotherapieausbildungen der SupervisorInnen	24
Abbildung 6: Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Supervisorin/ des Supervisors	25
Abbildungen 7.1 – 7.4: Persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen	26
Abbildung 8: Gesamtwirkung von Supervision (Zusammenfassung Abb. 7.1 - 7.4)	27
Abbildung 9: Erwartete protektive Faktoren und Risikofaktoren durch Supervision	33

Einleitung

Supervision gilt in der Selbstwahrnehmung der Ausübenden und in weiten Teilen auch in der Fremdwahrnehmung der Auftraggeber, der SupervisandInnen, der KlientInnen und der Öffentlichkeit als *Profession* mit dem Arbeitsauftrag, die professionelle, personale und soziale „Kompetenz und Performanz“ der Supervidierten zu fördern. Sie soll Arbeitsabläufe und Kommunikationsprozesse verbessern, sowie zu Konfliktlösungen und – klärungen innerhalb von Teams beitragen. Weiterhin soll sie Qualitätssicherung und Qualitätserweiterung herbeiführen. Sie dient insgesamt der Verbesserung der Institution Krankenhaus und ihrer Positionierung im Feld. Supervision sollte eine „moderne Methode psychosozialer Intervention, die in Form von Kontextanalysen, Assessments, supervisorischer Diagnostik einerseits und durch Beratung, Weiterbildung, Initiierung und Begleitung von Projekten und Maßnahmen der Strukturverbesserung andererseits zum Aufbau, zur Sicherung und Entwicklung bzw. Optimierung der Qualität professionellen Handelns von Mitarbeitern, Teams, Staffs sowie zur Steigerung der Effizienz von Organisationen und Institutionen in vielfältigen beruflichen Feldern beitragen kann“ sein. Sie sollte „auf der Grundlage von evidenzbasierter „best practice“ gewährleistet werden und eine engagierte, eine eingreifende Disziplin für Menschenarbeiter und ihre Klienten sein“ (Sieper, Petzold 2001). Des Weiteren ist Supervision in hohem Maße performanzorientiert und muss performanzorientiertes Lernen bzw. „komplexes Lernen“ fördern (Petzold et al. 2003a).

Nach Möller und Märten sind die wesentlichsten Effekte der Supervision vor allem bei den „direkten Kunden“ (SupervisandInnen) zu suchen und genügen als Legitimation schon, da sie wesentliche Funktionen beruflicher Praxis fördern und präventive Funktionen (Burnout Prophylaxe) für die Supervidierten erfüllen, wohingegen der Versuch Effekte auf der Ebene der „indirekten Kunden“ (KlientInnen) nachzuweisen einer homöopathischen Spurensuche gleichkommt, da durch die Transformationsprozesse keine Konzentration der Effekte erfolgt (Möller, Märten 1998). Die Wirkfaktoren von Supervision betreffend, fragt Belardi (1992), ob diese eher im Konzept, der Theorie und der Methode oder mehr in den Erfahrungen und dem Können, also der Persönlichkeit des Supervisors liegen. Seiner Meinung nach ist die Persönlichkeit der ausschlaggebende Faktor. Hingegen wendet sich Fürstenau (1998) gegen eine oft sehr pastoral geprägte supervisorische Praxis in Deutschland, die sehr bestimmt sei von psychoanalytischen Vorstellungen: die Rituale des Höchstpönlichen, die Ausschließung der Leiter und dass das alles etwas sei, was mit profanen Dingen wie schlichter Berufsausübung nichts zu tun habe, sondern mit ganz persönlichen Fähigkeiten.

Mit der vorgelegten retrospektiven Studie versuchen wir einen Beitrag zu leisten zur Objektivierung und Verwissenschaftlichung der Kenntnisstände über Supervision, ihre Wirkung, ihren Nutzen aber auch ihre möglichen Nebenwirkungen oder gar Risiken.

Wir postulieren – wie auch Grawe (1992) -, dass KlientInnen und PatientInnen das Recht haben, mit Methoden der „best practice“ behandelt zu werden, die nachweislich wirksam, zweckmäßig und ökonomisch (Mittel-Effekt-Relation) sind und für die der Nachweis erbracht werden kann, dass sie möglichst wenig „Risiken und Nebenwirkungen“ haben (Müller, Petzold 2001) und somit client welfare bzw. patient security gewährleisten. Des Weiteren würden wir insbesondere im Feld der Psychiatrie von den SupervisorInnen erwarten, dass sie neue bis neueste gesicherte Wissensbestände relevanter Referenzwissenschaften (Medizin, Psychologie, Soziologie, Biologie, Philosophie, Pädagogik, Anthropologie) in ihre Arbeit einbeziehen und auch die SupervisandInnen dahingehend fortbilden (naturwissenschaftliche Erkenntnisse beispielsweise über das Funktionieren des limbischen Systems oder des Gedächtnisses, der Emotionen, des „falschen Erinnerns“, Erkenntnisse zur Psychopathologie von Stress- und Trauma-verarbeitung (z. B. dysfunktionale Cortisolspiegel bei Patientinnen mit Borderline-persönlichkeit, die dann wieder zu Selbstverletzungen führen) um nur einige der hochspannenden Themen der jüngsten Zeit zu nennen). Das heißt, wir fordern in bestimmten Feldern ein hohes Maß an aktueller Belesenheit bzw. Sach- und Fachkunde.

Eine wissenschaftlich und klinisch fundierte sowie forschungsgestützte Supervision und Supervisionsausbildung basiert nicht auf obskurantistischen Annahmen: „großen Geheimnissen“, „höheren Erkenntnissen“ und „tiefem Wissen“, sondern ihre Konzepte, Annahmen und Praktiken müssen ethisch legitimiert, intersubjektiv überprüfbar und nachvollziehbar, wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich und förderlich sein (Märtens, Petzold 1997). Sie müssen transparent sein, auch für SupervisandInnen in vernünftiger Erklärung vermittelt werden können, klarer Überlegung zugänglich und für alle Beteiligten hinterfragbar sein. SupervisandInnen sollen kritische Fragen stellen dürfen und klare Antworten erhalten. Aussagen über die Effektivität von Supervision können letztlich nur getroffen werden, wenn überprüft wird, inwieweit die „interventive Kompetenz und Performanz“, also das theoretische Wissen und die Fähigkeit der praktischen Umsetzung, die in einer Aus- oder Weiterbildung vermittelt werden sollte, in der supervisorischen Praxis auch den SupervisandInnen (und KlientInnen!) zugute kommen. Umgekehrt ist natürlich auch die Beurteilung der Wirksamkeit supervisorischer Interventionen wesentlich von der Güte der Ausbildung abhängig.

Diese Nachweise – insbesondere auch der der „Unbedenklichkeit“, was Risiken, Nebenwirkungen, Schäden, rechtliche Problematiken anbelangt (Märtens, Petzold 2002) – müssen, in einer Zeit, wo „evidenzbasierte Interventionen“ in Medizin, Psychotherapie und Suchtkrankentherapie Standard werden oder schon sind, auch von der Supervision verlangt werden. Für Psychotherapieverfahren werden Nachweise ihrer Wirksamkeit gesetzlich zwingend verlangt. Für die Wirksamkeit von Supervision fehlen diese Nachweise! (Petzold, Schigl, Fischer, Höfner 2003). Das bedeutet, es müssen Theorien und Methoden entwickelt und gelehrt werden, die nachweislich auch auf das KlientInnensystem wirken.

Aus ethischen und rechtlichen Gründen (Nebenwirkungsminimierung, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweis, Informationspflicht) reichen allein qualitative Verfahren in der Supervisionsforschung nicht aus. Wo objektive, valide und reliable Studien fehlen, ist das nicht nur in hohem Maße bedauerlich, sondern auch bedenklich, und das sollte nicht mit dem „Hermeneutikargument“ und der „Lanze für die qualitative Forschung“ oder mit Verweisen auf „neue Wissenschaftsparadigmata“, das „Menschenbild“ oder die „zentrale Bedeutung vorwiegend technikumabhängiger Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung in Zusammenhang mit Persönlichkeitseigenschaften“ abgetan werden (Belardi,1992; Möller, Märtens 1998). Betrachten wir die große Anzahl der Einflussfaktoren und Prozessvariablen im Supervisionsprozess wie z. B. ökonomischer Kontext, Stellenbesetzung, Qualifikation der Mitarbeiter, Hierarchiestruktur der Institution, Komplexität und Störungsgrad der Klientel etc. (Schigl, Petzold 1997, S. 93ff) - so wird deutlich, mit welchen methodischen Problemen die Evaluation von Supervision konfrontiert ist. Versucht man aufgrund dieser komplexen Fragestellung Supervision mit einem Beobachtungs- und Befragungsnetz zu überziehen, so sieht man sich einer großen Aufgabe gegenübergestellt. Das Ausmaß der Faktoren und deren Interdependenzen und Interferenzen ist groß, so dass schnell die Grenzen der Informationsverarbeitung, der ökonomischen Möglichkeiten und der Motivation erreicht werden. Supervisionsforschung muss jedoch, will sie der Komplexität des Forschungsgegenstandes gerecht werden, eine Vielzahl von Ebenen er- und beforschen.

Dies spricht für eine Supervisionsforschung, die sich als Aktionsforschung und Interventionsforschung versteht, und die unter Einbeziehung verschiedener Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung ein „sophisticated design“ (Petzold, Schigl, Kremla 1996, S. 31) entwirft, um durch die Erhebung und Auswertung möglichst vielfältiger quantitativer und qualitativer Daten der Komplexität des Forschungsgegenstandes gerecht zu werden.

Das Wirkungspotential von Supervision kann auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommen: „der des SupervisandInnensystems, des KlientInnensystems, des Auftraggebersystems und durch Rückkoppelungseffekte auf der Ebene des supervisorischen Feldes selbst“ (Holloway 1998; Petzold 1990). Die Supervisionsforschung in einem spezifischen Feld muss also nach Möglichkeit alle diese Variablen mit einbeziehen. Basierend auf dieser Heuristik von Holloway konzipierte Petzold einen integrativen, mehrperspektivischen „**Dynamic Systems Approach to Supervision**“ (1998). Darin wird mit 15 Variablen, die das Supervisionsgeschehen bestimmen, ein komplexes Modell des Supervisionsprozesses vorgestellt. Im Diskussionsteil werden wir Bezug nehmen auf diese von Holloway und Petzold erarbeiteten Variablen, deshalb stellen wir diese hier in verkürzter Form dar:

1. Variable supervisorische Beziehung (supervising relationship - core factor I)

Arbeitsbündnis, intersubjektive Beziehungsqualität zwischen Supervisor und Supervisand, Reflexion

2. Feldvariable (the field - context factor)

Spezifische Traditionen, Strukturmerkmale, gesellschaftliche Bedeutung, Ressourcenlagen der Felder, feldspezifische Diskurse (sensu Foucault), evtl. unabdingbar Feldkompetenz des Supervisors

3. Institutions- und Organisationsvariable (the institution/ organization -context factor)

Institutionelle Bedingungen und Organisationsdynamiken und ihre Einflüsse auf den Berater-/Klientprozess

4. SupervisorInnenvariable (the supervisor - personal factor)

Expertenkompetenz, Vertrauenswürdigkeit, Kreativität, Einfühlungsvermögen, Rollenflexibilität; insgesamt die personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz

5. Funktionsvariable (the function of supervision - technical factor)

Begleiten/Bewerten (professionelle Kontrolle); Unterweisen/Anweisen (Fachwissen und Handlungsvorschläge); Modellfunktion; Beratung; Unterstützung und empathische Begleitung; emotionale Entlastung, Coping und Burnoutprophylaxe; Metabeobachtung, Metareflexion; Bereicherung der persönlichen und professionellen Arbeit, Bekräftigung des professionellen Selbstbewusstseins und der persönlichen Souveränität

6. Methodenvariable (the methods of supervision - technical factor)

rein verbale oder Kombination von verbalen und aktionalen Methoden (Rollenspiel, Bewegungsarbeit, Imaginationsansätze und kreative Medien)

7. Variable Beratungsbeziehung (the supervisee/ client relation - core factor II)

Beziehungsgeschehen zwischen Supervisand/Berater und Klient/Patient, Psychodynamik des Klienten und Beraters und deren Betrachtung im Bezug auf Übertragung/Gegenübertragung, Widerstand und Abwehrphänomene, Gestaltung der Relationalitätsmodi

8. Effektvariable (the effects of supervision - technical factor)

gesellschaftliche, institutionelle und seitens der SupervisandInnen implizite und explizite Zielvorstellungen; Faktoren der Vergangenheit und der Gegenwart sowie die Auswirkungen gegenwärtigen Handelns (teleologische Dimension). Auch zunehmendes Wissen über die Wirksamkeit und den Outcome von Supervisionsprozessen, aufgrund eines wachsenden Fundus von Forschungsergebnissen, wirkt bestimmend auf das Supervisionsgeschehen, denn das Handeln wird auch durch das geprägt, was man begründeterweise erwarten kann

9. Aufgabenvariable (the tasks of supervision - technical factor)

Förderung von Beratungsfertigkeiten, Strukturierung der Klientensituation, Handhabung der professionellen Rolle, Förderung der emotionalen Bewusstheit, Selbsteinschätzung, Handhabung der eigenen Psychodynamik, Förderung des Verständnisses von Kontexteinflüssen

10. SupervisandInnenvariable (the supervisee - personal factor)

Persönlichkeit, Stärken und Schwächen, professionelle Qualifikation

11. KlientInnen-/PatientInnenvariable (the client/ patient - personal factor)

Persönlichkeit, Erkrankung, Probleme, Lebens- und Sozialwelt des Klienten/Patienten, seine Sicht des Lebens

12. Netzwerkvariable (the social network of the client - context and personal factor)

Kontext- und Sozialisationsfaktoren, Netzwerkdynamik, Convoy-Betrachtungen, unterschiedliche social worlds und normative Systeme und deren Konfliktpotenziale

13. Variable sozioökonomische Situation (socioeconomic situation - global factor)

Situation des Klienten, seines Netzwerkes, der Institution und des Feldes (wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit, gesundheitspolitischer Kontext, Rezession, Prosperität etc.)

14. Diskursvariablen (relevant discourses - global factor)

offene und verdeckte Prinzipien der machtvollen Strukturierung von Situationen in Institutionen/Organisationen und Feldern im Sinne des Diskurskonzeptes von Foucault (1974); Geschichte, normative Systeme, übergeordnete gesellschaftliche und historische Einflussgrößen der Institution bzw. Organisation als konstitutiver Teil des Supervisionsprozesses

15. Prozessvariable (process factor)

Berücksichtigung psychodynamischer und ggf. gruppenspezifischer Konstellationen und ökologischer Einflussgrößen unter konsequenter Temporalisierung des Supervisionsgeschehens

Effekte durch Supervision entstehen ebenfalls durch hohe „Wirkungsattributionen an diese Beratungsmethode und aufgrund der hohen Saliens von Supervisoren“ (Stroebe et al. 2003, Leitner, Petzold et al. 2004).

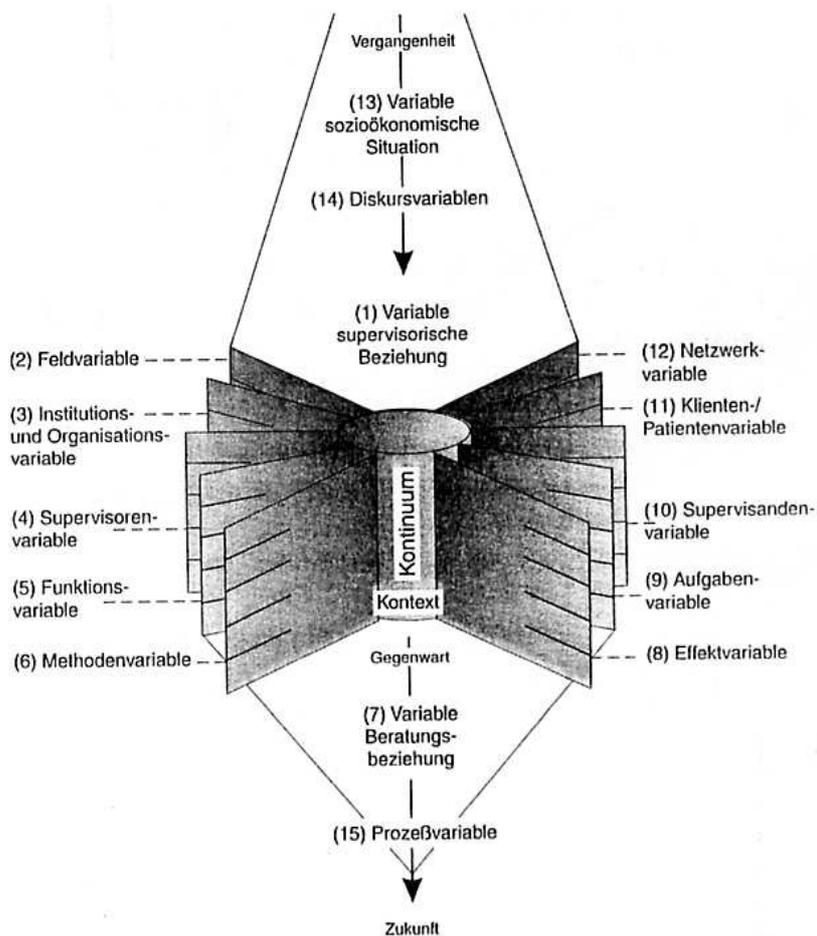


Abbildung 1. Der integrative, mehrperspektivische, «Dynamic Systems Approach to Supervision» (Petzold, 1998, S.29). Das Diagramm nach Holloway (1995 S. 90) wurde erweitert um Faktoren 2,6,8,12,13,14 und um 15 (die Kontinuums- und Prozessdimension)

Supervision im psychiatrischen Feld der Tages- und der stationären Kliniken

Das Therapieangebot der psychiatrischen *Tageskliniken* stützt sich auf den Gedanken der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker sowie auf die gesundheitspolitische Forderung „ambulant vor stationär“ der Expertenkommission der Bundesregierung (BMJFFG 1988) und der Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975). Psychiatrische Tageskliniken wurden in Deutschland seit Anfang der 1960er Jahre zunächst im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet. Bis Ende 1969 entstanden 10 psychiatrische Tageskliniken für Erwachsene und von 1970 – 1980 wurden doppelt so viele Tageskliniken gegründet wie von 1962 – 1969 (Eikermann 2004). Mittlerweile haben sich psychiatrische Tageskliniken mit 8.400 bis 10.000 Plätzen in Deutschland fest etabliert (Eikermann 2004) und es herrscht ein allgemeiner Konsens darüber, „dass Tageskliniken eine Institution der klinischen medizinischen Versorgung sind, in der das gesamte Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten bereitgehalten wird (oder zumindest potenziell bereitgehalten werden könnte), das zu Heilung oder Linderung psychischer Störungen eingesetzt werden kann“ (Engfer 2006). Stationäre Psychiatrieaufenthalte sind weiterhin unerlässlich vor allem zur Krisenintervention und zur Behandlung von PatientInnen mit schweren und chronisch affektiven Störungen oder mit multiplen zusätzlichen Konfliktfeldern. Die Tagesklinik eignet sich aber gerade und in besonderer Weise gut zur poststationären Weiterbehandlung von PatientInnen mit „Angst-, Zwangs, somatoformen und anderen neurotischen sowie mit Persönlichkeitsstörungen“ (Eikermann 2004).

Das Ziel der tagesklinischen Behandlung ist es, den chronisch psychiatrisch kranken Menschen zu befähigen, in seiner selbstgewählten, gewohnten Umgebung und seinem sozialen Kontext zurechtzukommen und ihn darin zu unterstützen, seine Fähigkeiten und Ressourcen zur Wiederherstellung und Erhaltung seiner Gesundheit aktiv zu nutzen. Dieser gemeindepsychiatrischen Zielsetzung folgend postuliert Kauder (1998) die personenzentrierte Hilfe (vs. ablaufzentrierte) und schlägt für den sogenannten komplementären Versorgungsbereich den Begriff „Lebensweltzentrierte Rehabilitation und Eingliederung“ vor.

Die ambulante Tagestherapie bezieht die Alltagsbedingungen der Substanzabhängigen in die Therapie mit ein. Bei einer relativ hohen Behandlungsdichte bleibt die Vernetzung im sozialen Feld, mit dessen Gegebenheiten sich der Patient weiterhin auseinandersetzen muss, dessen Ressourcen er jedoch gleichwohl nutzen kann, gewährleistet (vgl. Engfer 2006).

Der Einzelne kann also das, was er im Alltag, außerhalb der teilstationären Behandlungszeiten erlebt, unmittelbar in die Therapie einbringen und kann das, was er in der Therapie erlebt, erfährt und erarbeitet, direkt in seinen Alltag integrieren. Psychotherapie wird damit zur komplexen Milieutherapie als Aufgabe aller Berufsgruppen der Tagesklinik. „Zweifelsohne findet heute Psychotherapie auch nicht ausschließlich im Gespräch mit methodisch geschulten akademischen Mitarbeitern statt. Sie ist vielmehr durch psychoedukative und andere Trainings, durch sogenannte Info-Gruppen unter anderem auch in die Verantwortung von Pflegediensten und anderen Therapeuten gerückt. Sie ist das entscheidende Basiselement – verbindlich für alle“ (Eikermann 2004). Eikermann (2004) weist daraufhin, dass vor diesem Hintergrund psychotherapeutische Supervision als Team- oder Fallsupervision von besonderer Bedeutung ist: „Angesichts eines multiprofessionellen und multipotenten Teams, das auch als gesamtes Verantwortung für den Patienten inne hat, ist die Supervision oder auch Intervision (Team A mit Team B) selbstverständlicher Brauch und zeitraubendes Ritual gleichzeitig. Angesichts des Organisationsgrades der meisten Tageskliniken ist hier ein guter Standard in Deutschland erreicht.“

Das Anforderungsprofil an die Mitarbeiter in den Tageskliniken umfasst strukturell inhärent also keine Nacht- und Wochenenddienste, sowie keine Behandlung von und Belastung durch schwerstgradig erkrankte Patienten (Selbst- und/oder fremdgefährdend, Zwangsunterbringung, forensisch-psychiatrische Patienten etc. was mit Einschränkung die positivere Bewertung von Supervision durch die Mitarbeiter der Tageskliniken im Vergleich mit den stationären Kliniken der Schweizer und der Österreichischen Studien erklären könnte.

Anders liegt die Situation bei *stationären* Kliniken: Rave-Schwank (1998) führt als ärztliche Direktorin einer (stationären) psychiatrischen Klinik an, dass mehr als ein Drittel der Patienten wegen Abhängigkeiten (95% Alkohol) in Behandlung ist, ein weiteres Drittel wegen endogener Psychosen und immerhin 10% wegen organisch bedingter Psychosen (Durchgangssyndrome, Hirntumore, Gefäßerkrankungen). Dies bedeute, dass dort ein hoher Prozentsatz von Menschen mit schlechter verbaler Kommunikation vertreten sei und eine Konfliktverarbeitung im eigentlichen Sinne oft nicht anstünde. Die Frage an die SupervisorInnen müsse dann heißen: Fördert die

Supervision die Motivation zur *Vollversorgung* (mit dem Ziel eines individuellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebotes, sowie der *Präsenz* als therapeutische Aufgabe), d.h. interessiert sich der Supervisor auch für den hirnrnorganisch erkrankten Patienten, und wird er dadurch auch zum Modell für die SupervisandInnen? Fördert die Supervision die Wahrnehmung der *Geschichte* des Patienten, seiner Klagen, fördert sie das *Interesse* an ihm? Führt die Supervision dazu sich dem Patienten neu zuzuwenden, ihn neu zu verstehen, auch und gerade in seinen Fähigkeiten, Chancen und Ressourcen, oder bestätigt man dass er, seine Angehörigen und das Arbeitsfeld "sehr schwierig" sind? In der Personalverordnung Psychiatrie werden 40% der Arbeitszeit als "patientenferne Zeit" (Konferenzen, Schreibarbeiten, Telefonate) angenommen, bei einer Überprüfung trat jedoch zutage, das deutlich mehr als 50% patientenfern verbracht wird (Rave-Schwank 1998).

In etlichen psychiatrischen Kliniken wurde schon bei den Pflegesatzverhandlungen ein Etat für Supervision bewilligt. Die Beratungs- und Behandlungsqualität soll über die Supervision von TherapeutInnen und BeraterInnen gesichert und der Erfolg von Interventionen verbessert werden. Supervision gilt als Qualitätsbeleg. Bei besonders schwierigen PatientInnen - etwa mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen -, wird supervisorische Begleitung von Behandlungen geradezu zu einem *erfolgsbedingenden* Kriterium gemacht (vgl. *Fiedler* 2000, 96). Ähnlich steht es mit der Supervision im Drogenbereich, wo ein klarer Auftrag der Kostenträger vorliegt, Supervision mitzufinanzieren, weil dadurch der Behandlungserfolg verbessert werden soll. Was ist aber, wenn sich hier keine Wirkungen nachweisen lassen? Dies zeigte eine kontrollierte Studie aus diesem Bereich (vgl. *Schay, Dreger, Siegele, Petzold* 2001). Bei knapper Personaldecke und überforderten MitarbeiterInnen kann Supervision aber auch dazu führen, dass PatientInnen weniger "kommunikative Zeit" und Zuwendung erhalten, wenn das Personal "am Rande des Burnout" für sich Sorge zu tragen beginnt und sich stärker abgrenzt. So wurde in einer Untersuchung von Bereichsteams im Altenpflegeheim festgestellt, dass die Teams mit Supervision im Vergleich zu Teams ohne Supervision Jobstress senken und Arbeitszufriedenheit steigern konnten, in die BewohnerInnen aber leider (mit dem "Ende der Selbstaussbeutung") weniger Zeit investiert wurde! (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005).

Zöllner fordert vom Supervisor im psychiatrischen Feld die SupervisandInnen kompetenter und effizienter zu machen, ihre Dienstleistung zu verbessern. Dafür wird er (mit Geldern der Versicherungsträger oder der öffentlichen Hand, also Geldern der Mitglieder und Steuerzahler) bezahlt, diesem Ziel hat er zu dienen. Er warnt vor "Selbsterfahrungsdegeneration" und fordert die SupervisorInnen auf, immer wieder darauf hinzuweisen, warum man zusammenkommt und zusammen-sitzt und, dass es letztlich in der Psychiatrie um die Behandlung der Patienten und nicht um die Behandlung der MitarbeiterInnen gehe. „Dafür werden sie bezahlt, das andere müssen sie selber bezahlen“ (Zöllner 1998).

Die strukturellen Veränderungen aber, die derzeit in der Psychiatrie im Gange sind führen zu Veränderungen für die MitarbeiterInnen mit Vor- und Nachteilen (strukturiere Pflegedokumentation, schärfere Abgrenzung der Zuständigkeiten aber auch höhere Patientenfluktuation, zeitlich höhere Auslastung, „Minuten-schlüssel“). Aufgrund des Kostendrucks und der Senkung der Dauer des stationären Aufenthaltes kommt Bewegung in die „totale Institution“ (Foucault, 1974) Psychiatrie, interessanterweise eher durch die Kräfte im Feld (Versicherungsträger, Krankenhausgesetz, Gesundheitsreform etc.) und weniger aus dem Binnenraum der Institution (Uffermann 1998). Münch (1997) zieht aus diesen Veränderungsprozessen den Schluss, dass das Ziel für Supervision die Förderung der Professionalisierung sein muss. Hübner (1997) sieht für die stationäre Psychiatrie die Fähigkeiten der SupervisandInnen zur Abgrenzung von den pathologischen Innenwelten der KlientInnen. Hetzel (1997) spricht sich für Feldkompetenz der SupervisorInnen im Bereich der Psychiatrie aus. Interne Supervision sieht Buchholz (1998) vorteilhaft, er belegt dies mit einem Fallbeispiel. Zwei Falldarstellungen von Teamsupervision aus der Sozialpsychiatrie bringt Gärtner (1999). Schnell (1997) zeigt die besondere Situation innerhalb der forensischen Psychiatrie auf und definiert Psychohygiene, Entwicklung der professionellen Identität und Handlungskompetenz, Konflikttoleranz und emotionale Distanzierungsfähigkeit als implizite Supervisionsziele. Eck (1998) legt einen Bericht über „Supervision in der Psychiatrie“ im deutschsprachigen Raum vor. Dabei betont er die Notwendigkeit von Feldkompetenz in der Psychiatrie. Mit dem speziellen Bereich supervisorischer Arbeit mit MitarbeiterInnen, die mit TraumapatientInnen beratend und therapeutisch tätig sind, setzen sich Petzold, Wolf et al. (2000, 2001) auseinander. Aus der US-

amerikanischen Literatur kommt die Arbeit von Greben und Ruskin (1994), die u. a. die Supervision von AusbildungskandidatInnen im klinisch-psychiatrischen Bereich behandeln.

Durchgehend handelt es sich um Praxisberichte und Fachbeiträge. Die ersten wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Fachgebiet stammen von K. Gottfried (2003) und S. Petitjean (2005), die im Rahmen dieser internationalen MulticenterStudie psychiatrische Kliniken in der Schweiz und Österreich untersuchten und deren Fragestellungen und Fragebögen mit der vorliegenden deutschen Studie nahezu identisch sind. Die Fragestellungen, die sich nach H. Petzold, B. Schigl et al. (2003) für weitere Forschung ergeben, sind:

Was sind die spezifischen Themenstellungen für die Psychiatrie? Worauf ist im Rahmen von Supervision besonders zu achten? Welche Form von Feld- und Fachkompetenz sollten SupervisorInnen, die in diesem Bereich arbeiten, mitbringen? Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die Einschätzung von Wirkungen und Nebenwirkungen durch die SupervisandInnen. Darin liegt natürlich eine Einschränkung, weil die Wirkungen auf der KlientInnen -und PatientInnenebene nicht erfasst werden.

Fragestellung

Fragestellungen

Welche Erwartungen haben die interdisziplinären Teams an die Supervision beziehungsweise wie definieren jene die Eigenschaften, die eine SupervisorIn haben soll? Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Effizienz bzw. der Wirkung von Supervision. Wir fragten nach positiven aber auch nach negativen und schädigenden Erfahrungen, nach protektiven und präventiven aber auch nach Risikofaktoren. Da im Bereich der Supervision im spezifischen Feld der Psychiatrie kaum Daten zu diesen Fragestellungen vorlagen, haben wir uns auf Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung und den Studien zu Therapieschäden (Consumer-Report-Study, Seligman 1996; Petzold, Hass et.al. 2000; Märtens, Petzold 2002), sowie auf die Studien von Gottfried (2003) und Petitjean (2005) über Supervision in psychiatrischen Kliniken in der Schweiz und in Österreich gestützt. Die in Klammern angegebenen erwarteten Werte beziehen sich auf die Ergebnisse der Studie von Gottfried.

In der vorliegenden Studie sind wir folgenden Fragestellungen nachgegangen:

1. Wie viele Klinikmitarbeiter schätzen die Kompetenz ihrer Supervisoren als mittel bis hoch ein (erwarteter Wert: mittel = 33%; hoch = 64%)?
2. Wie viele Klinikmitarbeiter konnten einen mittleren bis hohen Nutzen (persönlich, beruflich, team- und patientenbezogen) in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen (erwarteter Wert: mittel = 47%; hoch = 29%)?
3. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, respektive positive Erfahrungen gemacht? Wenn Ja, in welchem Ausmaß (erwarteter Wert = 74%)?
4. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, respektive negative Erfahrungen gemacht? Wenn Ja, in welchem Ausmaß (erwarteter Wert für negative Erfahrungen = 18%(incl. Schädigungen); für Schädigungen = 5%)?
5. Die Risiken durch Supervision werden für die Klinikmitarbeiter signifikant höher eingeschätzt (erwarteter Wert = 48%) als für deren Patienten (erwarteter Wert = 21%).
6. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision für die SupervisandInnen in den interdisziplinären Teams beinhalten?
7. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision aus der Sicht der SupervisandInnen für die Patientinnen und Patienten beinhalten?
8. Welche Erwartungen haben interdisziplinäre Pflegeteams an Supervision im Allgemeinen und an ihren Supervisor?

Ethische Aspekte und Datenschutz

Alle Teilnehmer der Studie wurden im Vorfeld ausführlich über die Vorgehensweise und den Umfang des Forschungsprojektes informiert, sowie der Anonymität ihrer Angaben versichert. Die Teilnahme war freiwillig und aus Gründen des Datenschutzes wurden keine Variablen erhoben, welche einen Rückschluss auf die Befragten, die Kliniken, die einzelnen Abteilungen oder Supervisorinnen und Supervisoren ermöglichen würde. Jede Person und jede Klinik wurde mit einem fortlaufenden Zahlencode versehen. Über die befragten Personen (SupervisandInnen und Supervisorinnen / Supervisoren) wurde das Alter, das Geschlecht und der Beruf erhoben. Die Daten wurden in einem Passwort geschützten PC eingegeben und danach zugriffssicher aufbewahrt.

Vorgehen und Methode

Die Stichprobe

Um oben genannte Fragestellungen zu untersuchen wurden in einer repräsentativen Umfrage insgesamt 166 Fragebögen sowie jeweils ein Begleitbrief an 8 verschiedene Tageskliniken versandt. Alle Berufsgruppen, die an der Supervision in der Klinik teilnahmen (Pflegefachkräfte, ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeitInnen und -pädagogen, Musik- u. Bewegungstherapeutinnen) wurden in die Befragung einbezogen. Für die Repräsentativität der erhobenen Daten wurde ein Rücklauf von 60% angestrebt (Bortz et.al. 2002).

Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative retrospektive Studie. Um den Nutzen, sowie die positiven und negativen Wirkungen von Supervision zu messen wurde ein halbstandardisierter Fragebogen verwandt. Auf eine repräsentative Stichprobe konnte verzichtet werden, da die Studie in der Schweiz und in Österreich bereits mit dem gleichen Studiendesign durchgeführt wurde. Das Design sollte möglichst praxis- und realitätsnahe Informationen zu obengenannten Fragestellungen liefern. Die Erhebung war mit vier Monaten von Februar bis Mai 2006 geplant. Aufgrund klinikinterner Verzögerungen erstreckte sich die Retournierung der Fragebögen allerdings über sechs Monate, d.h. bis Juli 2006.

Das Erhebungsinstrument: der Fragebogen

Für die vorliegende Studie wurde der standardisierte Fragebogen zur Untersuchung von Supervision in der Psychiatrie von Gottfried verwendet (Gottfried, Petitjean, Petzold, 2003). Der Fragebogen wurde in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen zur Untersuchung von Supervision der Freien Universität Amsterdam konzipiert (Petzold et al., 2000). Der vierseitige Fragebogen (siehe Anhang) enthält sowohl quantitative als auch qualitative Fragen. Er war zuvor in der Schweizer Multicenterstudie (Gottfried 2003) an 326 Personen auf Kohärenz und Verständlichkeit getestet worden

Im ersten Teil wurden Angaben zur Person erfragt (Alter, Geschlecht, Beruf und Anzahl Berufsjahre). In einem zweiten Teil wurden Fragen zum Setting der Supervision (Räumlichkeiten, Frequenz, Dauer, Supervisionsart), sowie zu den SupervisorInnen (Alter, Geschlecht, Grundberuf, Zusatzausbildung, Kompetenz) gestellt. Im dritten Teil wurde nach dem Nutzen gefragt (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) sowie daraus resultierende positive und negative Erfahrungen in den letzten 6 Monaten. Diese Fragen konnten die Studienteilnehmer teilweise in Form eines freien Textes beantworten. Im vierten Teil wurden zum einen Erwartungen an die Supervision erfragt und zum anderen welche potenziellen „Risiken und unerwünschten Wirkungen“ respektive „protektive Faktoren“ Supervision beinhalten kann (für die KlinikmitarbeiterInnen und für die Patienten). Letzteres konnte ebenfalls unter anderem als freier Text formuliert werden. Das Ausfüllen des Fragebogens wurde mit ca. 10 Minuten veranschlagt.

Durchführung der Umfrage in den Kliniken

Die Durchführung der Befragung in den neun Kliniken war dank der guten Vorbereitung und Zusammenarbeit zwischen der Klinikleitung, der Pflegeleitung, des Verantwortlichen für Supervision sowie der Autoren möglich. Nach telefonischen Vorinformationen erhielten die Verantwortlichen via E-Mail weitere Informationen und einen Musterfragebogen sowie einen Begleitbrief.

Die jeweils Verantwortlichen für Supervision fühlten sich gut über die Untersuchung informiert, hatten das Vorhaben mit Vorgesetzten, Teammitgliedern und der Personalvertretung besprochen und waren daraufhin umfassend autorisiert und motiviert, sich an der Supervisionsstudie zu beteiligen.

Nachdem in jeder der 8 Kliniken der Bedarf an Fragebögen ermittelt wurde, wurde die entsprechende Anzahl an Fragebögen schriftlich (meist per E-Mail) angefordert (je MitarbeiterIn ein Fragebogen, in größeren Kliniken/Abteilungen einige mehr in Reserve).

Der vierseitige Fragebogen wurde jeweils mit einem Begleitbrief an die MitarbeiterInnen versehen. Die angeforderte Menge an Fragebögen wurde per Post versandt. Für die Rücksendung waren fertig adressierte und frankierte Briefumschläge bzw. Pakete mit Paketmarken beigelegt. Der Aufwand der Rücksendung sollte damit so gering wie möglich sein.

Die ausgefüllten, anonymisierten Fragebögen wurden in einem verschlossenen Antwortcouvert an die verantwortlichen Personen via Hauspost versandt und dann an die Forschungsgruppe weitergeleitet.

Statistische Auswertung

Für die Eingabe der Fragebögen wurde eine Zeitperiode von 2 Monaten, für die Auswertung 1,5 Monate veranschlagt. Jeder eingegangene Fragebogen wurde mit einem „personal identifier“ und einem Klinik-Code versehen. Die Daten wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS Version 10.0 (Programm zur statistischen Datenanalyse) ausgewertet. Als statistische Tests für kontinuierliche Variablen wurden der T-Test sowie die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) verwendet. Für kategoriale Werte kamen der Chi-Quadrat-Test und der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Für die Homogenität der Varianzen wurden alle Variablen mit der Levene-Statistik geprüft. Für die Dimensionsreduktion wurde eine Faktorenanalyse gerechnet (Varimax-Methode). Die Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) wurde auf dem 5-Prozent-Niveau festgelegt ($p=0.05$). Die Texte wurden in Anlehnung an die Methoden der qualitativen Forschung nachträglich zu Kategorien zusammengefasst (vgl. Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung, 1994).

Ebenso wurden die Texte von zwei unabhängigen Personen geratet und wiesen eine hohe Interrater-Reliabilität auf.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote

Die Rücklaufquoten sind in der Tabelle 1 dargestellt. Die durchschnittliche Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe (n = 115) betrug 69,3%. Die Rücklaufquote zwischen den einzelnen psychiatrischen Tageskliniken variierte zwischen 50% und 100%.

Tabelle 1: Rücklaufquote der Fragebögen nach Klinik

Psychiatrische Tagesklinik	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
Anzahl versandter Fragebögen	10	14	8	9	8	90	12	15	166
Anzahl retournierter Fragebögen	8	12	8	9	6	53	6	13	115
Rücklauf in %	80	86	100	100	75	59	50	87	69

Soziodemographische Angaben der Klinikmitarbeiterinnen und Klinikmitarbeiter

Das Durchschnittsalter der KlinikmitarbeiterInnen betrug 41.2 Jahre mit einer Standardabweichung von 9.6 und einer Spanne von 39 bis 43 Jahren und unterschied sich nicht signifikant zwischen den einzelnen Tageskliniken ($p = 0.108$) (vergl. Tab. 2 und Abb. 2). Der Anteil an weiblichen Mitarbeiterinnen betrug im Mittel 67.5%. Die geschlechtsspezifische Verteilung der Mitarbeiter zwischen den einzelnen Kliniken unterschied sich nicht signifikant ($p = 0.714$).

In leitender Position arbeiteten 16.5% der KlinikmitarbeiterInnen, 78.6% in nicht leitender Funktion und 4.9% der SupervisandInnen befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Ausbildung. Auch bezüglich des Anteils der KlinikmitarbeiterInnen in leitender Position ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken feststellen ($p = 0.377$).

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen nach Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
Alter: Jahre [Mittelwert, (SD)]*	42.5±8	46.4±7	40.9±8	40.6±7	45.6±4	38.5±11	40.2±7	45.5±12	41.2±10
Min.-Max.	29-52	36-54	29-53	30-50	39-50	20-61	28-46	20-58	20-61
Anteil Frauen (%)**	50	75	75	78	67	62	60	85	68
Anteil MA in leitender Position (%)***	13	36	29	13	25	15	17	0	17

*ANOVA, F = 1.736; df = 7; p = 0.108

**Kruskal-Wallis-Test; df = 7; Chi2 = 4.554; p=0.714

*** Kruskal-Wallis-Test; df = 7; Chi2 = 7.513; p=0.377

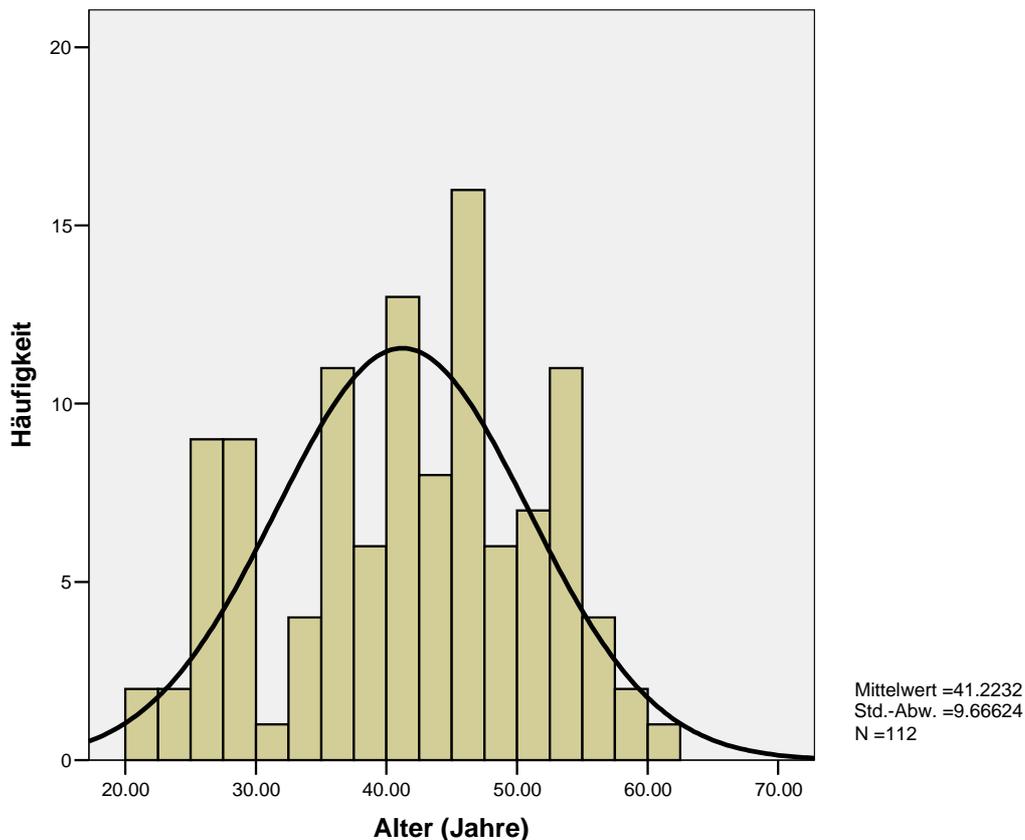


Abbildung 2: Altersverteilung der KlinikmitarbeiterInnen

Die größte Berufsgruppe stellten die Pflegeberufe (43.5%), gefolgt von Ärzten (16.5%), Ergotherapeuten (12.2%), Sozialpädagogen und Sozialarbeiter (11,3%) und Psychologen (9.6%). In der Tabelle 3 sind die Häufigkeiten der Berufsgruppen nach einzelnen Kliniken aufgeschlüsselt, wobei diese stark und signifikant zwischen den einzelnen Kliniken variieren (z. B. stellten die Pflegeberufe zwischen 8.3% und 64.2% der Supervisionsteilnehmer; p = 0.001). Von den MitarbeiterInnen hatten 41.7% der Gesamtstichprobe mehr als 15 Jahre Berufserfahrung (Tab.3). Die Anzahl der Berufserfahrungsjahre unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den einzelnen Tageskliniken (p = 0.107).

Tabelle 3: Berufe und Berufserfahrung der KlinikmitarbeiterInnen

Beruf (%)	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
Pflege berufe	25.0	8.3	50.0	22.2	33.3	64.2	16.7	30.8	43.5
Ärztin/ Arzt	25.0	8.3	12.5	22.2	33.3	15.1	0.0	23.1	16.5
Ergotherapeuten	25.0	8.3	12.5	22.2	16.7	7.5	16.7	15.4	12.2
Sozialarbeiter/-pädagogin	12.5	25.0	12.5	11.1	0.0	3.8	50.0	15.4	11.3
Psychologen	12.5	16.7	12.5	22.2	0.0	5.7	16.7	7.7	9.6
Musiktherapeuten	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	1.9	0.0	0.0	1.7
Bewegungstherapeuten	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9

Andere*	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	7.7	4.3
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Anzahl Berufsjahre der Klinikmitarb. (%)**									
	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
>1 Jahr	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	7.5	0.0	15.4	6.1
1-6 Jahre	12.5	16.7	25.0	22.2	0.0	34.0	33.3	0.0	23.5
7-15 Jahre	50.0	16.7	37.5	33.3	16.7	26.4	16.7	38.5	28.7
> 15 Jahre***	37.5	66.7	37.5	33.3	83.3	32.1	50.0	46.2	41.7
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Die Kategorie „Andere“ umfasst weitere Berufsgruppen wie Kunst- und TanztherapeutInnen, Verwaltungsmitarbeiter und Heilerziehungspfleger. Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2 = 23.953$; $df = 7$; $p = 0.001$.

** Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2 = 11.799$; $df = 7$; $p = 0.107$.

***Die Kategorien für die Anzahl Berufsjahre wurden von 6 auf 4 zusammengefasst.

Supervisorisches Setting und Frequenz

Für 88,6% der Befragten fand die Supervision abteilungsintern, für 9,6% innerhalb der Tagesklinik aber abteilungsfern und für 1,8% der Mitarbeiter klinikextern statt. Auf die Frage nach der Form der Supervision wurde 109 mal die "Fallsupervision", 34 mal die "Teamsupervision" und 54 mal die "Stationssupervision" (gesamtes interdisziplinäres Team) genannt (Mehrfachnennung möglich, n = 199, siehe Tab.4).

In der Gesamtstichprobe stellte die „Fallsupervision“ (109 von 115 Klinikmit-arbeitern) die häufigste Form der Supervision dar (94.8%) (Tab. 4). Da lediglich 5% der Stichprobe ausschließlich Teamsupervision hatten (also überhaupt keine Fallsupervision), konnten wir aufgrund zu kleiner n-Zahlen keine Unterschiede bezüglich Wirksamkeit verschiedener Supervisionsformen das Patientensystem betreffend rechnen.

Tabelle 4: Supervisionsform nach einzelnen Kliniken (Mehrfachnennungen, Gesamt n = 199)

	Klinik 1 n = 8	Klinik 2 n = 12	Klinik 3 n = 8	Klinik 4 n = 9	Klinik 5 n = 6	Klinik 6 n = 53	Klinik 7 n = 6	Klinik 8 n = 13	Gesamt n
Fallsupervision (n)	8	12	8	9	6	47	6	13	109
Teamsupervision (n)	0	3	3	6	1	13	6	2	34
Abteilungssuperv. (n)	0	9	5	3	0	28	0	9	54

Im Durchschnitt gaben 59,1% aller KlinikmitarbeiterInnen an, die Teilnahme an der Supervision sei "freiwillig", auch hier sind die Unterschiede von einer Klinik zur nächsten signifikant (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2 = 19.855$, $df = 7$; $p = 0.006$) (Tab. 5). Für 40.9% war die Supervision obligat.

Die SupervisandInnen nahmen durchschnittlich an 8.1 ± 3.2 Supervisionssitzungen in den letzten sechs Monaten vor der Umfrage teil (Range 1–12 Sitzungen). Die Frequenz der Supervisionen unterschied sich hochsignifikant zwischen den einzelnen Tageskliniken (Abb.3) (ANOVA; $F = 28.530$, $df = 7$, $p < 0.0001$). Knapp 30% der SupervisandInnen nahmen in den letzten sechs Monaten an 1 bis 5 Supervisionssitzungen, 20% 6 bis 9 und gut 50% an 10 bis 12 Supervisionen teil. Die durchschnittliche Dauer der Supervisionssitzungen betrug 94 Minuten (SD = 24 Min) und unterschied sich ebenfalls hochsignifikant zwischen den einzelnen Kliniken (ANOVA; $F = 105.356$, $df = 7$; $p < 0.0001$; Tab.5).

Tabelle 5: Vereinbarungen in der Supervisionssitzung

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
Anteil an freiwilliger Supervision (%)	37.5	8.3	71.4	75.0	50.0	69.2	40.0	75.0	59.1*
Frequenz der Supervision in den letzten 6 Monaten (Mw, SD):	3.5±0.8	5.1±0.4	12±0	4.4±0.5	5.8±0.4	10.0±2.33	5.3±0.8	7.7±2.8	8.1± 3.2**
Frequenz SV Range	2-4	5-6	12-12	4-5	5-6	1-12	4-6	3-12	1-13
Dauer einer Supervisions-sitzung (Minuten)	116±11	148±6	90±0	113±10	90±0	77±11	90±0	90±0	94±24**

* $p = 0.006$; ** $p < 0.0001$

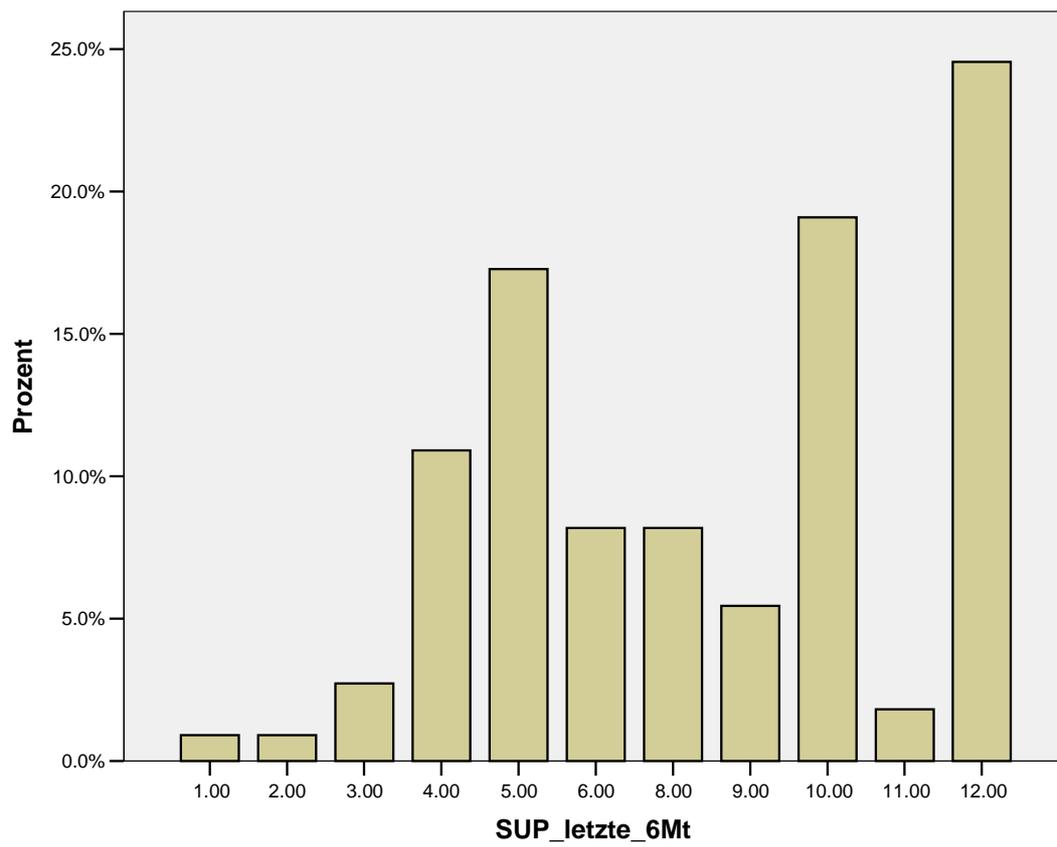


Abbildung 3: Anzahl Supervisionssitzungen in den letzten 6 Monaten (n = 110)

Die Supervisorinnen und Supervisoren

Soziodemographische Angaben

Innerhalb des befragten Kollektivs wurden zwei Drittel der Supervisionen von Supervisoren geleitet (66,4% Männer versus 33,6% Frauen; Tab. 6), wobei der prozentuale Anteil an Supervisoren versus Supervisorinnen stark zwischen den Kliniken variierte (Kruskal-Wallis-Test, $\chi^2 = 48.895$, $df = 7$, $p < 0.0001$).

Das durchschnittliche Alter der Supervisorinnen wurde von den Teilnehmern auf 47.3 Jahre, das der Supervisoren auf 51.9 Jahre geschätzt, somit waren die Supervisorinnen signifikant jünger (T-Test, $T = 4.218$, $p < 0.001$). Das Durchschnittsalter der SupervisorInnen variierte signifikant zwischen den einzelnen Tageskliniken (ANOVA, $F = 44.619$, $df = 7$, $p < 0.0001$).

Als "Idealalter der SupervisorInnen" wurde durch die Supervisanden die Alterskategorie zwischen 45-55 Jahren angegeben (50.5%), gefolgt von der Alterskategorie "egal" (27.7%), über 65 Jahre (10.9%) 35-45 Jahre (5.9%) und 55-65 Jahre (5%).

Tabelle 6: Angaben über die Supervisorinnen und Supervisoren nach Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
Geschätztes Alter der SupervisorInnen (Mittelwert \pm SD)***:	44.8 \pm 3	43.9 \pm 1	45.0 \pm 0	50.8 \pm 2	67.0 \pm 0	51.2 \pm 4	56.3 \pm 4	48.1 \pm 4	50.3 \pm 6
Alter(Jahre) Min-Max	40-50	43-47	45-45	50-55	67-67	45-60	50-60	43-55	40-67
Anteil Männer (%)***:	0	100	0	100	100	72	100	46	66

*** $p < 0.0001$

Die Hälfte der SupervisorInnen (50.4%) war ihrer Grundausbildung nach Psychologen, gefolgt von Ärzten (26.1%), anderen Grundberufen (Diplom-pädagogen, Seelsorger, 13%) und Sozialpädagogen/Sozialarbeitern (7.8%). Von den Befragten gaben nur 2.6% an, den Grundberuf ihres Supervisors oder ihrer Supervisorin nicht zu kennen (Abb.4).

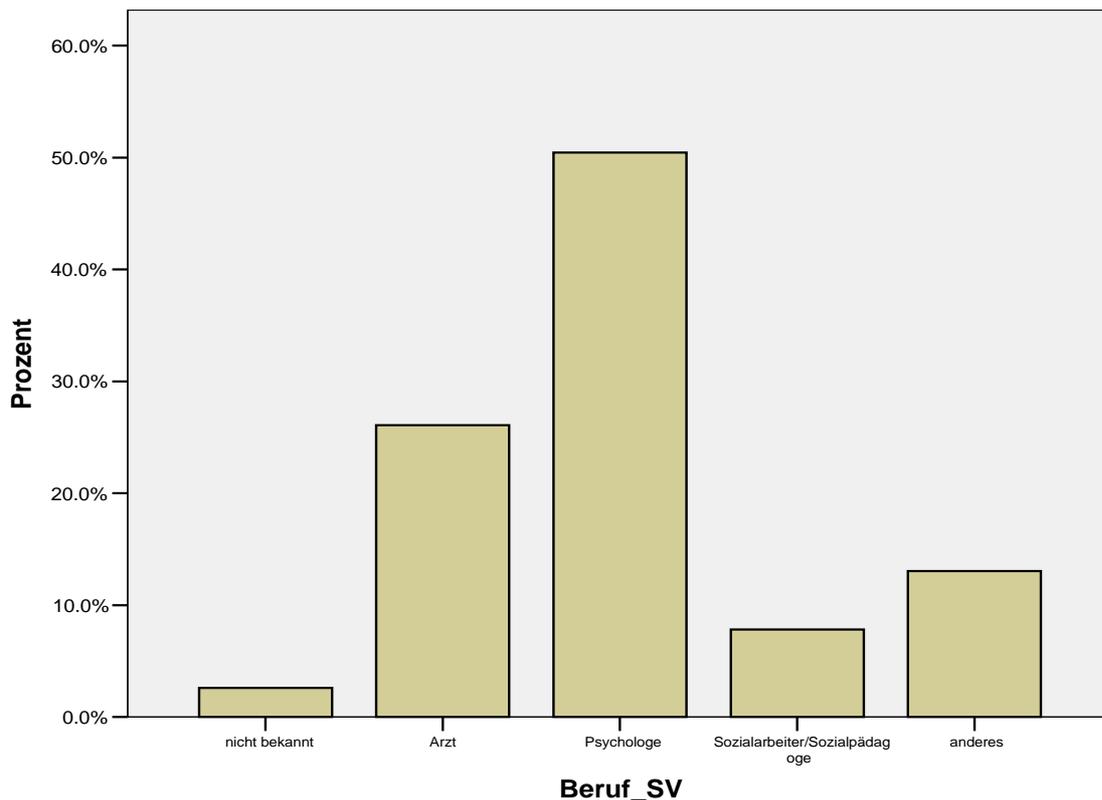


Abbildung 4: Grundberufe der Supervisorinnen und Supervisoren

Bei der Frage nach der Zusatzausbildung / Psychotherapieausbildung der SupervisorInnen gaben 7.8% der Befragten an, diese nicht zu kennen (Abb. 4). Die durch die SupervisorInnen angegebenen Zusatzausbildungen ihrer SupervisorInnen sind nach Anzahl Nennungen in der Abbildung 4 dargestellt (Mehrfachnennungen waren möglich). Die SupervisorInnen hatten im Fragebogen die Möglichkeit mehrere Ausbildungsverfahren anzukreuzen, sowie unter der Möglichkeit „andere Richtung“ noch weitere Ausbildungen anzugeben. Die Rubrik "andere Richtung" (n = 18) umfasst die Zusatzausbildungen Erickson-Hypnotherapie, Hypnotherapie sowie eine tiefenpsychologische Ausbildung. Am häufigsten wurden die Zusatzausbildungen Familientherapie (n = 59), Supervision (n = 57), Psychoanalyse (n = 40) und Verhaltenstherapie (n = 31) genannt (vgl. Abb. 5).

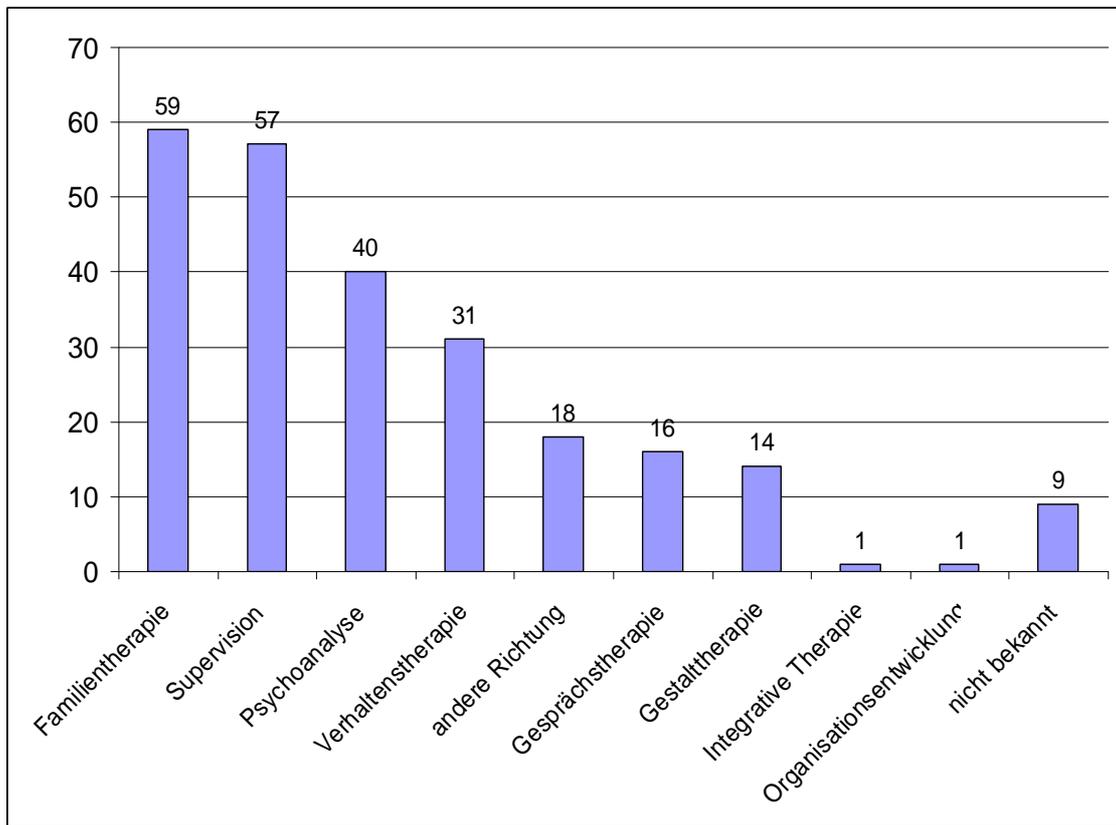


Abbildung 5: Zusatz- und/oder Psychotherapieausbildungen der SupervisorInnen (Mehrfachnennungen, n = 246)

Einschätzung der Fachkompetenz der Supervisorin / des Supervisors

Im Fragebogen wurden die KlinikmitarbeiterInnen nach einer Einschätzung der „fachlichen und sozialen Kompetenz“ ihrer Supervisorin/ ihres Supervisors gefragt, welche sie auf einer dreistufigen Skala mit „hoch“, „mittel“ oder „gering“ einstufen konnten (Abb. 6). Insgesamt wurde die fachliche Kompetenz von 81,6% der Befragten als „hoch“, von 18,4% als „mittel“ und von 0% als „gering“ beurteilt. Die soziale Kompetenz wurde ähnlich gut beurteilt („hoch“ = 80,5%; „mittel“ = 15,9%; „gering“ = 3,5%). Bei der Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenz wurde beiden Geschlechtern eine gleich hohe Kompetenz zugemessen.

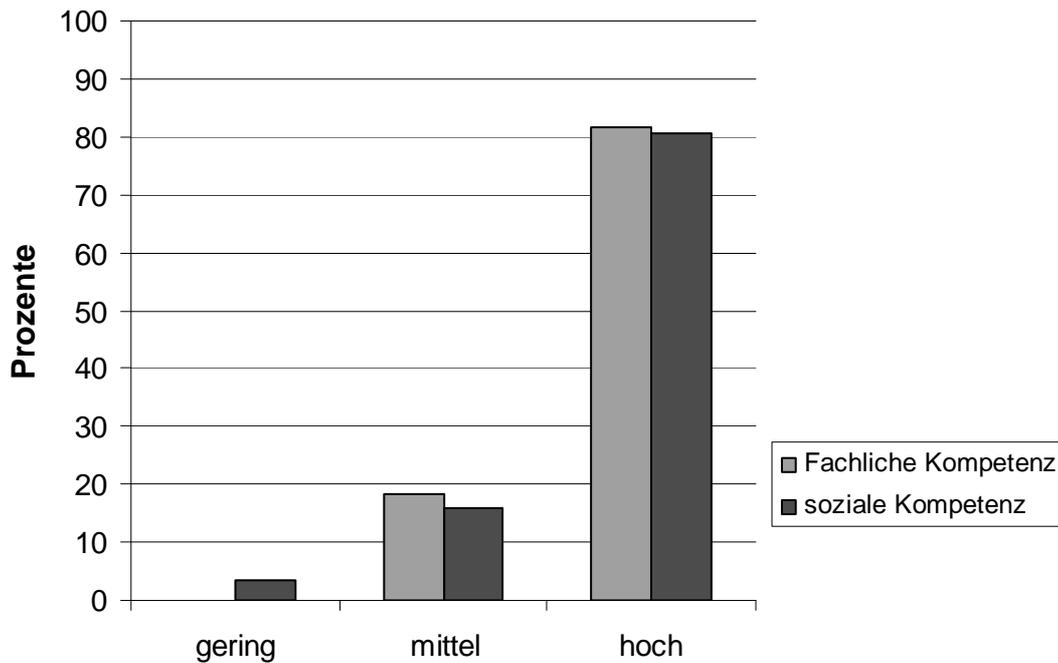


Abbildung 6: Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Supervisorin/ des Supervisors

Wirkungsbereiche der Supervision

Im dritten Teil des Fragebogens wurden alle KlinikmitarbeiterInnen nach der Wirkung von Supervision in den letzten 6 Monaten vor der Untersuchung gefragt. Dabei sollten sie eine Einschätzung zum persönlichen, beruflichen, team- und patientenbezogenen Nutzen von Supervision auf einer vierstufigen Skala angeben („kein Nutzen“, „geringer Nutzen“, „mittlerer Nutzen“ und „hoher Nutzen“). In den Abbildungen 7.1 bis 7.4 sind die Antworten aller 115 KlinikmitarbeiterInnen nach den einzelnen Wirkungsbereichen dargestellt. Am positivsten beurteilt wurde der patientenbezogene Nutzen (hoch = 53.9%), gefolgt vom teambezogenen Nutzen (hoch = 43.9%) und dem berufsbezogenen Nutzen (hoch = 41.7%).

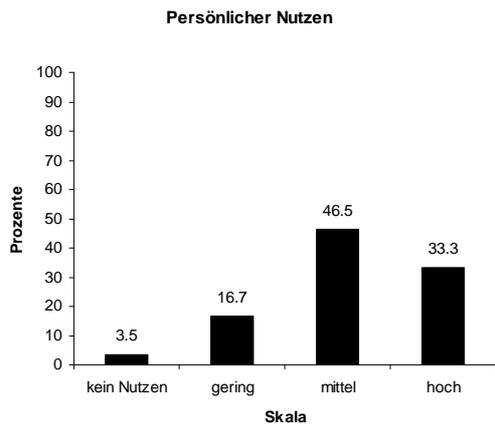


Abbildung 7.1

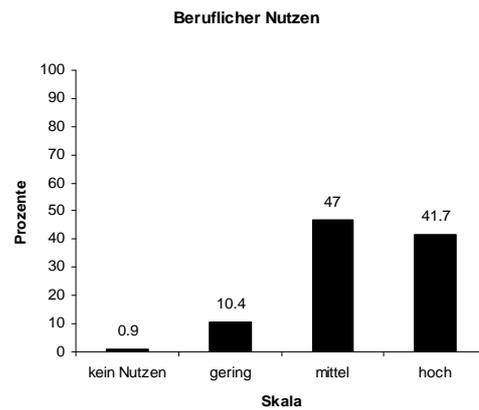


Abbildung 7.2

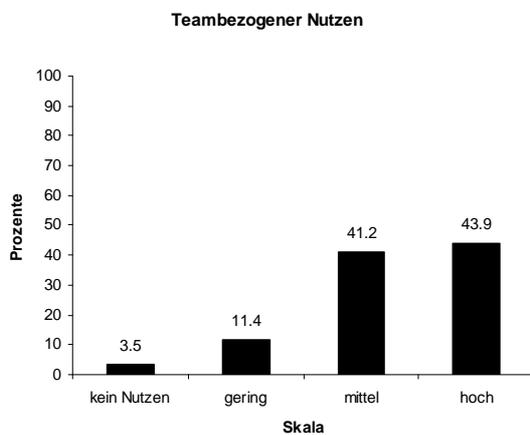


Abbildung 7.3

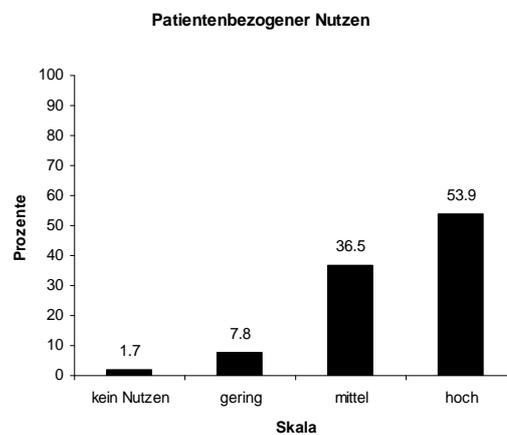


Abbildung 7.4

Abbildungen 7.1 – 7.4: Persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen

Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse zur Wirkung von Supervision wurden in einem nächsten Schritt die vier Skalen in einer Abbildung zusammengefasst (Abb. 8). Fasst man die vier Ebenen persönlicher, beruflicher, team- und patienten-bezogener Nutzen zusammen, so wurde von 43.2% aller Befragten (n = 115) ein hoher Nutzen und von 42.8% ein mittlerer Nutzen von Supervision angegeben. Einen geringen Nutzen sahen 11.6% der MitarbeiterInnen, 2.4% sahen keinen Nutzen (Abb. 8).

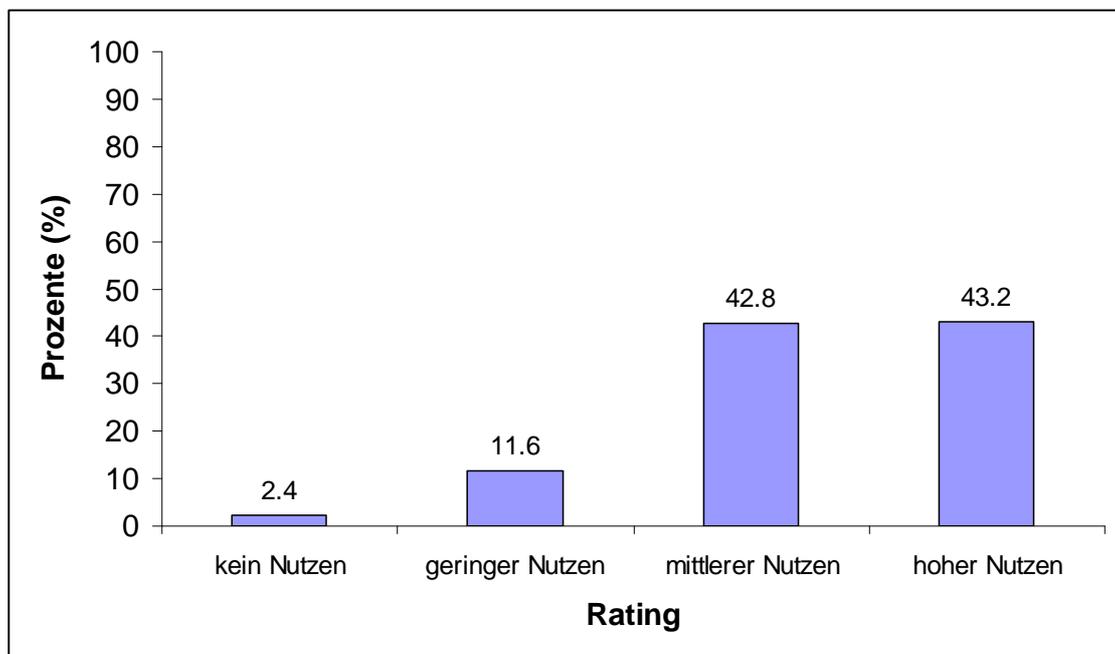


Abbildung 8: Gesamtwirkung von Supervision (Zusammenfassung Abb. 7.1 - 7.4)

Die Wirkung von Supervision durch die KlinikmitarbeiterInnen wurde zwischen den 8 psychiatrischen Tageskliniken nicht unterschiedlich beurteilt und es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-Test: persönlicher Nutzen, $p = 0.658$; beruflicher Nutzen, $p = 0.685$; patientenbezogener Nutzen, $p = 0.284$; teambezogener Nutzen, $p = 0.066$). Aufgrund zu kleiner n - Zahlen konnte der Zusammenhang zwischen der Wirkung von Supervision versus der Supervisionsform nicht errechnet werden.

Zur Einschätzung der Wirkung von Supervision gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den KlinikmitarbeiterInnen bei welchen die Teilnahme an der Supervision „freiwillig“ und denjenigen wo sie „obligatorisch“ war (Mann-Whitney-U-Test: $p = 0.216$; $p = 0.397$; $p = 0.935$; $p = 0.476$).

Positive und negative Erfahrungen in der Supervision (quantitative Auswertung)

Eine weitere wichtige Fragestellung der vorliegenden Multicenterstudie war es, das Ausmaß an positiven und negativen Erfahrungen in der Supervision zu messen. Diese Variablen wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet. Für die quantitative Auswertung wurden die schriftlichen Aussagen über positive und negative Erfahrungen in der Supervision eingegeben, ausgewertet und danach dichotomisiert. Eine erlebte positive Erfahrung wurde mit 1 kodiert, keine positive Erfahrung mit 0 kodiert.

75 der Interviewten (65.2%) hatten in den letzten sechs Monaten positive Erfahrungen in der Supervision gemacht, 5 von 115 Mitarbeitern (4.3%) berichteten ausschließlich über negative Erfahrungen. 30 der befragten Klinikmitarbeiter (26.1%) gaben weder positive noch negative Erfahrungen zu Protokoll, und 5 Personen (4.3%) hatten sowohl positive als auch negative Erfahrungen in der Supervision gemacht. Insgesamt berichteten 10 von 115 Befragten über negative Erfahrungen, dies entspricht **8.7%** des Gesamtkollektivs (Tab. 7). Zwischen den einzelnen Kliniken zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Kruskal-Wallis-Test, Chi2 = 2.544, df = 7, p = 0.084).

Tabelle 7: Positive und negative Supervisionserfahrung nach Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Gesamt
positive Erfahrungen n (%)	7 (87,5)	8 (66,6)	7 (87,5)	8 (88,9)	3 (50,0)	30 (56,6)	4 (66,7)	8 (61,5)	75 (65,2)
negative Erfahrungen n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	4 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,3)
pos. und neg. Erf. n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	4 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,3)
weder pos. noch neg. Erfahrung n (%)	1 (12,5)	4 (33,3)	1 (12,5)	1 (11,1)	1 (16,7)	15 (28,3)	2 (33,3)	5 (38,5)	30 (26,1)
Gesamt n (%)	8 (100,0)	12 (100,0)	8 (100,0)	9 (100,0)	6 (100,0)	53 (100,0)	6 (100,0)	13 (100,0)	115 (100,0)

Kruskal-Wallis-Test, Chi2 = 2.544, df = 7, p = 0.084.

Die zehn KlinikmitarbeiterInnen, die über negative Erfahrungen in der Supervision berichteten, unterschieden sich nicht signifikant bezüglich Alter, Geschlecht, Leitungsfunktion und Berufserfahrung (vgl. Tab. 8.1). Bei allen zehn KlinikmitarbeiterInnen mit negativen Erfahrungen war die Supervision jedoch freiwillig (p = 0.005). Hinsichtlich der Frequenz und der Dauer der Supervisions-sitzungen unterschieden sich die TeilnehmerInnen wiederum nicht signifikant von den Befragten ohne negative Erfahrungen (vgl. Tab. 8.2).

Tabelle 8.1: Negative Erfahrungen versus soziodemographische

Variablen der SupervisorInnen

	Negative Erfahrungen		P-Wert
	Ja n = 10	Nein n = 105	
Alter (Jahre)	37.7	41.5	0.252
Geschlecht (m/w)	8.1%/ 9.1%	91.9%/ 90.9%	0.584
in leitender Funktion:	12.5%	16.8%	0.565
Berufserfahrung (1-3 Jahre) (%)	30%	12%	0.126

Tabelle 8.2: Negative Erfahrungen versus Supervisionssetting

	Negative Erfahrungen		P-Wert
	Ja n = 10	Nein n = 105	
Supervision freiwillig Supervision obligatorisch	10 0	55 45	0.005
Anzahl SV in den letzten 6 Monaten	8.2	8.1	0.914
Dauer einer Supervisionssitzung (Min.)	94	85	0.254

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, welche SupervisorInnenvariablen mit den negativen Erfahrungen korrelierten. Das Geschlecht der SupervisorInnen hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Anteil erlebter negativer Supervisionserfahrungen (Supervisoren = 6.7% versus Supervisorinnen 13.2%; Chi2-Test, Chi2 = 1.317, df = 1, p = 0.300). Ebenso hatte die Berufsausbildung keinen Einfluss (Kruskal-Wallis-Test, Chi2 = 8.455, df = 4, p = 0.076). Hingegen waren die SupervisorInnen mit welchen negativen Erfahrungen gemacht wurden signifikant älter (55 Jahre versus 49.8 Jahre, ANOVA, F = 7.441, df = 1, p = 0.007).

Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten sechs Monaten (qualitative Auswertung)

Für die qualitative Auswertung wurden die schriftlichen Aussagen über positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten sechs Monaten eingegeben, ausgewertet und danach dichotomisiert. Eine erlebte positive Erfahrung wurde mit 1 kodiert, keine positive Erfahrung mit 0. In einem zweiten Schritt wurden die Aussagen der Subgruppe (n = 10) mit negativen Erfahrungen qualitativ ausgewertet, um zwischen „unerwünschten Wirkungen“ und „negativen Erfahrungen“ oder sogar „Schädigungen“ durch Supervision unterscheiden zu können. Die schriftlichen Aussagen der SupervisorInnen wurden nach den in Tabelle 9.1 aufgeführten Kategorien sortiert. Nach dieser Kategorisierung wurden die Aussagen von zwei unabhängigen Personen nach ihrer Schwere geratet. Entweder nach "unerwünschten Wirkungen" / "negativen Erfahrungen" oder nach "Schädigungen".

*Es wurden 6 von 18 negativen Erfahrungen (Mehrfachnennungen möglich) als „Schädigung“ eingestuft. Dies sind 33.3% der Nennungen. Von einer Schädigung betroffen waren 3 der 10 MitarbeiterInnen, die eine oder mehrere negative Erfahrungen im Rahmen der Supervision gemacht hatten, dies entspricht **2.6%** der Gesamtstichprobe.*

Tabelle 9.1: Qualitative Analyse negativer Erfahrungen durch Supervision in den letzten sechs Monaten (n = 10)

Nr.*	Kategorien**/****	Anzahl Nennungen*** =18
1	Nichteingehen auf Anliegen, Themen des Teams	5
2	Kränkung	2
3	Entwertung	2
4	Grenzüberschreitung	1
5	Bevorzugende Behandlung/ Parteinahme	1
6	Ausüben von Druck	1
7	Mangel an klinischer Erfahrung, Feldkompetenz	1
8	Zuwenig patientenbezogen	1
9	Mangelndes Vertrauen, Offenheit	1
10	Zeitverlust	1
11	Langweilig, immer gleicher Ablauf	1
12	Kein Transfer von dem was in der SV besprochen wurde in den Klinikalltag	1

*nach Häufigkeit sortiert

Die negativen Erfahrungen und Schädigungen sind in **Fett markiert.

*** Mehrfachnennungen

****Ein Teil der Kategorien stammt aus dem standardisiertem Supervisionsforschungs-Fragebogen von T. Leitner et al. (2001)

Die Aussagen der Gruppe mit positiven Erfahrungen (n = 80) wurde ebenfalls qualitativ ausgewertet. Aus den schriftlichen Aussagen der SupervisandInnen ergaben sich folgende 16 Hauptkategorien (Tab. 9.2).

Tabelle 9.2: Qualitative Analyse positiver Erfahrungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n = 80)

Nr.*	Kategorien	Anzahl Nennungen**=197
1	Anerkennung u. Verbesserung der Arbeit mit Patienten	32
2	Mehrperspektivität	24
3	stützend	21
4	Förderlich, neue Impulse	20
5	Verbesserung der Zusammenarbeit u. Kommunikation im Team	19
6	Klärung, Transparenz	12
7	Verbesserung der Empathiefähigkeit	11
8	Konfliktlösungen erarbeiten	10
9	aufdecken unbewusster Prozesse	9
10	schützend	8
11	fachliche Weiterbildung	7
12	Gemeinsames reflektieren über eigene Arbeit	6
13	Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten	5
14	Gemeinsame therapeutische Haltung entwickeln	5

15	Emotionen ausdrücken können, Entlastung	4
16	Sicht von Aussen	4

*nach Häufigkeit sortiert

** Mehrfachnennungen

Risiken und Nebenwirkungen von Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

Im letzten Teil des Fragebogens wurden die KlinikmitarbeiterInnen danach gefragt, welche Risiken und Nebenwirkungen Supervision für sie selbst und für die Patienten beinhalten. Die Mitarbeiter sehen für sich selbst (44.3%) signifikant mehr Risiken durch die Supervision als für die Patienten (33.9%) (Chi-Quadrat-Test; $df = 1$; $p = 0.001$; vgl. Tab. 10 und Abb. 9).

Bezüglich möglicher Risiken und Nebenwirkungen durch Supervision für sie selbst und für die Patienten unterschieden sich die einzelnen Tageskliniken signifikant (Risiko Mitarbeiter: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 14.755$, $df = 7$, $p = 0.039$; Risiko für Patienten: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 14.002$, $df = 7$, $p = 0.050$). Bezüglich möglicher Risiken und Nebenwirkungen durch Supervision für sie selbst und für die Patienten unterschieden sich die SupervisandInnen nicht hinsichtlich Alter (39.4 J. vs 42.2 J. ANOVA, $p = 0.136$), Geschlecht (Männer 46% vs Frauen 43%, Chi2-Test, $p = 0.841$) und Berufserfahrung (Chi2-Test, $p = 0.266$).

Tabelle 10: Mögliche Risiken und Nebenwirkungen aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

	Mögliche Risiken und Nebenwirkungen (n = 115)	
	Für die Klinikmitarbeiter	Für die Patienten
Ja (n/%)	51 (44,3)	39 (33,9)
Nein (n/%)	64 (55,7)	76 (66,1)
Gesamt (n/%)	115 (100,0)	115 (100,0)

Risiko Mitarbeiter: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 14.755$, $df = 7$, $p = 0.039$

Risiko Patienten: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 14.002$, $df = 7$, $p = 0.050$

Protektive, resp. präventive Faktoren von Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

Die KlinikmitarbeiterInnen wurden ebenfalls über protektive und präventive Anteile von Supervision für sich selbst und für die PatientInnen befragt. Betrachtet man die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 11):

Insgesamt wurden protektive und präventive Anteile von Supervision für die MitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (73% versus 66%) (Abb. 8).

Bezüglich möglicher protektiver Faktoren durch Supervision für sie selbst und für die Patienten unterschieden sich die Tageskliniken nicht signifikant (Protektiver Faktor Mitarbeiter: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 13.922$, $df = 7$, $p = 0.054$; Protektiver Faktor für Patienten: Kruskal-Wallis-Test, $Chi2 = 10.433$, $df = 7$, $p = 0.165$). Bezüglich möglicher protektiver Faktoren durch Supervision für sie selbst und für die Patienten unterschieden sich die SupervisandInnen signifikant hinsichtlich Alter (PROTMA: 43 J. vs 36 J., ANOVA, $p = 0.001$; PROTPAT: 42.6 J. vs 38.4 J., ANOVA, $p = 0.031$). Ältere Klinikmitarbeiter sahen signifikant mehr protektive Faktoren durch Supervision als Jüngere. Bezüglich Geschlecht der (Chi2-Test, $p = 0.174$) und Berufserfahrung der SupervisandInnen (Chi2-Test, $p = 0.364$) gab es keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 11: Protektive und präventive Faktoren aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

protektive und prävent. Faktoren	Für die Klinikmitarbeiter (n = 115)	Für die Patienten
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------

Ja	84 (73,0%)	76 (66,1%)
Nein	31 (27,0%)	39 (33,9%)
Gesamt	100 (100,0%)	100 (100,0%)

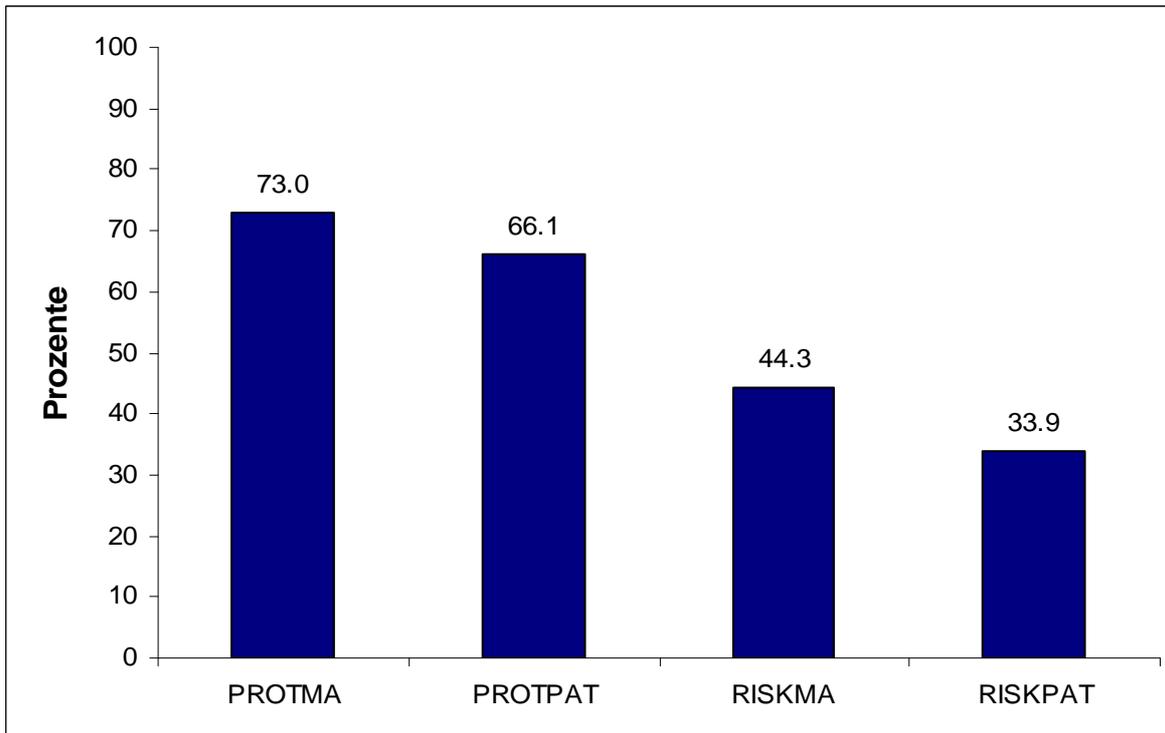


Abbildung 9: Erwartete protektive Faktoren und Risikofaktoren durch Supervision

Legende: Protektive und präventive Anteile von Supervision für die KlinikmitarbeiterInnen wurden etwas höher eingeschätzt als für die PatientInnen (73% versus 66%). Dieser Unterschied war nicht signifikant, jedoch wurden Risiken und Nebenwirkungen durch Supervision für die KlinikmitarbeiterInnen signifikant höher eingeschätzt als für die PatientInnen (44% versus 34%; Chi-Quadrat-Test; $df = 1$; $p = 0.001$).

Abkürzungen: PROTMA = protektive Faktoren für die MitarbeiterInnen; PROTPAT = protektive Faktoren für die PatientInnen; RISKMA = Risikofaktoren für die MitarbeiterInnen; RISKPAT = Risikofaktoren für die PatientInnen.

4.10 Erwartungen der KlinikmitarbeiterInnen an Supervision

Im vierten Teil des Fragebogens konnten die KlinikmitarbeiterInnen 9 verschiedene Erwartungen an Supervision in einer dreistufigen Skala von „voll zutreffend“, „unentschieden“ bis zu „nicht zutreffend“ ankreuzen. Es waren insgesamt 9 Items zu beurteilen. Am meisten Zuspruch, also über 60%, erhielten folgende Erwartungen an eine Supervision (vgl. Tab. 13.1 bis 13.9): Problem- / Konfliktlösung (87,8%), Unterstützung / Entlastung (86,1%), Optimierung von therapeutischen Interventionen (86,1%), Verbesserung der Kommunikation im Team (81,7%), Erhöhung der beruflichen / fachlichen Fähigkeiten (76,5%), Aufdecken „unbewusster“ Prozesse (67,0%), Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team (62,6%).

In einer Faktorenanalyse konnten mittels der „Hauptkomponentenanalyse (Varimax-Methode)“ 3 Faktoren extrahiert werden. Der erste Faktor erklärt 22,8%, der zweite Faktor erklärt 18,5% und der dritte Faktor 14,1% der Gesamtvarianz (Tab. 12). Deutung: der erste Faktor sammelt offensichtlich Items, die für die Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz stehen. Der zweite Faktor sammelt Items, welche für die Verbesserung von Arbeitsabläufen, von Kommunikation im Team und in der Klinik stehen. Der dritte Faktor beinhaltet Items, welche für die Klärung und Lösung von Konflikten im Team stehen.

"Welche Erwartungen haben Sie an eine Supervision "?
(vgl. Fragebogen, 4b))

Tabelle 12: Faktorenanalyse der Erwartungen an eine Supervision

Faktor 1:	<ul style="list-style-type: none">- mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen- Optimierung von therapeutischen Interventionen- Erhöhung der beruflichen/ fachlichen Fähigkeiten- Unterstützung/ Entlastung
Faktor 2:	<ul style="list-style-type: none">- Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team- Verbesserung der Kommunikation im Team- Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik
Faktor 3:	<ul style="list-style-type: none">- Problem-/ Konfliktlösung- Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen im Team

Häufigkeiten der einzelnen 9 Erwartungen (Tab. 13.1 bis 13.9):
 Frage 4b): **Welche Erwartungen haben Sie an eine Supervision?**

Tabelle 13.1: Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	13	11.3	11.6	11.6
	unentschieden	27	23.5	24.1	35.7
	voll zutreffend	72	62.6	64.3	100.0
	Gesamt	112	97.4	100.0	
Fehlend	System	3	2.6		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.2: Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	37	32.2	34.9	34.9
	unentschieden	43	37.4	40.6	75.5
	voll zutreffend	26	22.6	24.5	100.0
	Gesamt	106	92.2	100.0	
Fehlend	System	9	7.8		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.3: Erhöhung der beruflichen und fachlichen Fähigkeiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	2	1.7	1.8	1.8
	unentschieden	23	20.0	20.4	22.1
	voll zutreffend	88	76.5	77.9	100.0
	Gesamt	113	98.3	100.0	
Fehlend	System	2	1.7		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.4: Verbesserung der Kommunikation im Team

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	6	5.2	5.4	5.4
	unentschieden	12	10.4	10.7	16.1
	voll zutreffend	94	81.7	83.9	100.0
	Gesamt	112	97.4	100.0	
Fehlend	System	3	2.6		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.5: Unterstützung / Entlastung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	1	0.9	0.9	0.9
	unentschieden	12	10.4	10.7	11.6
	voll zutreffend	99	86.1	88.4	100.0
	Gesamt	112	97.4	100.0	
Fehlend	System	3	2.6		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.6: Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	19	16.5	17.4	17.4
	unentschieden	43	37.4	39.4	56.9
	voll zutreffend	47	40.9	43.1	100.0
	Gesamt	109	94.8	100.0	
Fehlend	System	6	5.2		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.7: Optimierung von therapeutischen Interventionen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	5	4.3	4.4	4.4
	unentschieden	9	7.8	8.0	12.4
	voll zutreffend	99	86.1	87.6	100.0
	Gesamt	113	98.3	100.0	
Fehlend	System	2	1.7		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 13.8: Problem-, Konfliktlösung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	1	0.9	0.9	0.9
	unentschieden	11	9.6	9.7	10.6
	voll zutreffend	101	87.8	89.4	100.0

	Gesamt	113	98.3	100.0
Fehlend	System	2	1.7	
Gesamt		115	100.0	

Tabelle 13.9: Aufdecken "unbewusster" Prozesse bei einzelnen Personen im Team

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	12	10.4	10.6	10.6
	unentschieden	24	20.9	21.2	31.9
	voll zutreffend	77	67.0	68.1	100.0
	Gesamt	113	98.3	100.0	
Fehlend	System	2	1.7		
Gesamt		115	100.0		

4.11 Eigenschaften einer Supervisorin/ eines Supervisors

Die KlinikmitarbeiterInnen wurden ebenfalls danach gefragt, welche Eigenschaften eine Supervisorin/ ein Supervisor haben sollte. Die vorgelegten unterschiedlichen Eigenschaften konnten sie ebenfalls in einer dreistufigen Skala von „voll zutreffend“, „unentschieden“ bis zu „nicht zutreffend“ einstufen. Es waren insgesamt 8 Items zu beurteilen (vgl. Fragebogen im Anhang). Am meisten Zuspruch (über 60%) erhielten folgende Eigenschaften einer SupervisorIn: Förderer/ Entwickler von neuem (68,7%) und Beistand / Helfer (67,8%) (vgl. Tab. 15.1 bis 15.8).

In einer Faktorenanalyse konnten mittels der „Hauptkomponentenanalyse“ 3 Faktoren extrahiert werden (Varimax-Methode). Der erste Faktor erklärt 25.5%, der zweite Faktor 14.7% und der dritte Faktor 13.4% der Gesamtvarianz. Der erste Faktor sammelt Items, die für die Fähigkeit zu vermitteln und für eine aktive Problemlösung von Seiten des Supervisors stehen (vgl. Tab. 15). Der zweite Faktor sammelt Items, die fachliche Kompetenz und Performanz des Supervisors stehen (Experte, Pädagoge, Förderer). Der dritte Faktor sammelt Items, die für das Coaching und die Begleitung durch den Supervisor stehen.

Tabelle 14: Faktorenanalyse der erwarteten Eigenschaften eines Supervisors

Faktor 1:	<ul style="list-style-type: none"> - VermittlerIn zwischen den Parteien - ProblemlöserIn - PsychotherapeutIn
Faktor 2:	<ul style="list-style-type: none"> - SpezialistIn und ExpertIn - LehrerIn - FörderIn/ EntwicklerIn von Neuem
Faktor 3:	<ul style="list-style-type: none"> - Coach - Beistand / HelferIn

Häufigkeiten der einzelnen Eigenschaften (Tab. 15.1 bis 15.8):

Frage 4c: **"Ich betrachte einen Supervisor als":**

Tabelle 15.1: Beistand / Helfer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	10	8.7	9.3	9.3
	unentschieden	20	17.4	18.5	27.8
	voll zutreffend	78	67.8	72.2	100.0
	Gesamt	108	93.9	100.0	
Fehlend	System	7	6.1		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.2: Lehrerin / Lehrer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	52	45.2	49.1	49.1
	unentschieden	41	35.7	38.7	87.7
	voll zutreffend	13	11.3	12.3	100.0
	Gesamt	106	92.2	100.0	
Fehlend	System	9	7.8		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.3: SpezialistIn und ExpertIn

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	10	8.7	9.3	9.3
	unentschieden	30	26.1	27.8	37.0
	voll zutreffend	68	59.1	63.0	100.0
	Gesamt	108	93.9	100.0	
Fehlend	System	7	6.1		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.4: Förderer / Entwickler von Neuem

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	8	7.0	7.3	7.3
	unentschieden	22	19.1	20.2	27.5
	voll zutreffend	79	68.7	72.5	100.0
	Gesamt	109	94.8	100.0	
Fehlend	System	6	5.2		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.5: PsychotherapeutIn

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	25	21.7	23.4	23.4
	unentschieden	48	41.7	44.9	68.2
	voll zutreffend	34	29.6	31.8	100.0
	Gesamt	107	93.0	100.0	
Fehlend	System	8	7.0		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.6: Coach

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	14	12.2	13.0	13.0
	unentschieden	32	27.8	29.6	42.6
	voll zutreffend	62	53.9	57.4	100.0

	Gesamt	108	93.9	100.0
Fehlend	System	7	6.1	
Gesamt		115	100.0	

Tabelle 15.7: Vermittler zwischen den Parteien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	9	7.8	8.3	8.3
	unentschieden	37	32.2	33.9	42.2
	voll zutreffend	63	54.8	57.8	100.0
	Gesamt	109	94.8	100.0	
Fehlend	System	6	5.2		
Gesamt		115	100.0		

Tabelle 15.8: Problemlöser

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zutreffend	25	21.7	23.6	23.6
	unentschieden	45	39.1	42.5	66.0
	voll zutreffend	36	31.3	34.0	100.0
	Gesamt	106	92.2	100.0	
Fehlend	System	9	7.8		
Gesamt		115	100.0		

Diskussion

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit im Bereich Supervision bei Tageskliniken in der Psychiatrie war es, einen Schritt in Richtung einer forschungsgestützten Qualitätssicherung in der Supervision zu tun. Es ist unseres Wissens die dritte Multicenterstudie im deutschen Sprachraum, die repräsentative Ergebnisse zu Wirkungen von Supervision in der Psychiatrie liefert (n = 115). Eine vierte, die psychiatrische Kliniken in der BRD untersucht und eine die diese Kliniken in Norwegen untersucht sind in Arbeit.

Die Rücklaufquote

Die Rücklaufquote betrug 69,3%. Dieses Ergebnis übertraf unsere Erwartungen und ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Zum einen stieß die Untersuchung bei den Klinikleitern, den Verantwortlichen für Supervision (Auftraggebersystem) und den Klinikmitarbeitern (SupervisandInnensystem) auf insgesamt großes Interesse. Zum anderen handelte es sich um meist kleinere Tageskliniken und im Vergleich mit der Schweizer (n = 326, Gottfried 2003) und Österreichischen (n = 300, Petitjean 2005) Studie um eine vergleichsweise kleine Stichprobe (n = 115).

Das SupervisandInnensystem (personal factor)

Die Mehrheit der KlinikmitarbeiterInnen waren Frauen (68%) und Pflegekräfte (44%). Die Ärzteschaft machte mit 17% ebenfalls einen großen Teil der Stichprobe aus, gefolgt von den Ergotherapeuten, den Sozialarbeitern / Sozialpädagogen und den Psychologen. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von der Schweizer Studie (Gottfried 2003), wo die Pflegefachkräfte 81% der Stichprobe und weniger deutlich von der Österreichischen Studie (Petitjean 2005), wo die Pflegefachkräfte 30% der Stichprobe ausmachten. Das Durchschnittsalter der KlinikmitarbeiterInnen lag mit 41 Jahren nur leicht über dem der Befragten der Schweizer (39 Jahre) und der Österreichischen Studie (37 Jahre). Von den Befragten verfügte 42% über mehr als 15 Jahre Berufserfahrung im Feld der Psychiatrie. In der Schweiz (CH) waren es 34%, in Österreich (A) 31%.

Das Supervisionssetting (context factor)

Die Supervision fand in den meisten Fällen klinikintern statt (89%). Die häufigste Supervisionsform stellt die „Fallsupervision“ mit 95% dar (n = 109), gefolgt von der „Teamsupervision“ (n = 34) und der „Stationssupervision“ (n = 54; gesamtes interdisziplinäres Team). (Mehrfachnennung möglich; n = 199). In der Schweizer Studie war die Fallsupervision mit 68% ebenfalls die häufigste Supervisionsform (Gottfried 2003), während in Österreich die Teamsupervision mit 73% am häufigsten genannt wurde (Petitjean 2005).

Nur 5% der Mitarbeiter gaben an, dass sie ausschließlich Teamsupervision hatten. Die qualitative Analyse der positiven Erfahrungen durch Supervision ergab allerdings 19 Nennungen bei „Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation im Team“, was auf die Form der „Teamsupervision“ schließen lässt. Es wurden 12 Mal „Klärung und Transparenz“ und 10 Mal „Konfliktlösungen erarbeiten“ genannt, was ebenfalls auf teamdynamische Interaktionen schließen lässt. Auch andere Nennungen lassen offen, inwieweit sie sich, zumindest teilweise, auf Teamsupervision beziehen (z. B. „stützend“ / n = 21 und „Aufdecken unbewusster Prozesse“ / n = 9). Damit bleibt die Frage, ob zwischen Fall- und Teamsupervision immer eindeutig unterschieden wurde, also ob der Supervisionsauftrag entweder von vorneherein klar war oder ob er sich, z. B. während der Fallsupervision, zur Teamsupervision hin entwickelt hat und ob dieser „Kontraktwechsel“ implizit oder explizit (benannt und ausgehandelt) vorgenommen wurde. Fürstenau (1998) betont, dass es sich bei der Teamsupervision in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken um eine Beratungsbeziehung handelt, um die eine Arbeitsgruppe innerhalb einer Arbeitssituation nachsucht. Es gibt also ein konkretes Hilfeersuchen, woraus sich ein klarer Supervisionsauftrag ableiten lässt. Nach Möller (2001) variieren integrative SupervisorInnen innerhalb einer, dann allerdings zeitlich längeren Supervisions-sitzung oder Sitzungssequenz, durchaus zwischen Fall-, Team- und Institutionssupervision. Diese „gegenstands-

angemessenen Programmwechsel“ (Möller 2001) müssen jedoch offen und transparent und im „informed consent“ (Petzold 1998a) mit allen Beteiligten einvernehmlich (also mit dem jeweiligen Einverständnis) kommuniziert werden, um Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen (z. B. bei Supervisoren psychotherapeutischer Herkunft die Psychopathologisierung des Supervisanden) zu vermeiden (Märtens / Petzold 2002).

In der vorliegenden Studie wurde von 59% der KlinikmitarbeiterInnen berichtet, die Supervision sei freiwillig. Dieser Wert liegt etwas höher als der der Schweizer Studie (52%), aber deutlich niedriger als in Österreich (88%).

Die durchschnittliche Dauer der Supervisionssitzungen betrug 94 Minuten und lag damit unterhalb der Zeiten in den Supervisionsstudien aus der Schweiz (109 Minuten) und aus Österreich (110 Minuten). Allerdings betrug die Häufigkeit der Supervisionssitzungen durchschnittlich 1,35 mal pro Monat, hingegen in Österreich und der Schweiz nur einmal pro Monat. In der vorliegenden deutschen Studie unterscheidet sich die Frequenz der Supervision zwischen den einzelnen Tageskliniken erheblich. Die Spanne reicht von einmal im halben Jahr bis zu 2 Mal im Monat. Dieses Phänomen könnte sich durch spezifische Berufsgruppen, die nur sporadisch an der Supervision teilnehmen, an der inhaltlichen Bewertung von Supervision im Allgemeinen oder durch unterschiedliche zeitliche und finanzielle Budgets der einzelnen Kliniken erklären.

Die SupervisorInnen (personal factor)

Zwei Drittel der Supervisionen wurden von Supervisoren geleitet (66% : 34%), wobei der prozentuale Anteil an Supervisoren versus SupervisorInnen stark zwischen den Kliniken variierte. In Österreich lag der Männeranteil bei 51%, in der Schweiz bei 57%.

Das durchschnittliche Alter der SupervisorInnen wurde von den Teilnehmern auf 47 Jahre, das der Supervisoren auf 52 Jahre geschätzt, somit waren die SupervisorInnen signifikant jünger. Das „Idealalter der SupervisorInnen“ bezifferte die Hälfte der Supervisanden mit 45 - 55 Jahren. Das geschätzte Durchschnittsalter der SupervisorInnen lag mit 49,5 Jahren ähnlich wie in der Österreichischen (48 Jahre) und in der Schweizer Studie (49 Jahre).

50% der SupervisorInnen waren von ihrer Grundausbildung Psychologen, 26% waren Ärzte. Diplompädagogen und Seelsorger (13%) sowie Sozialpädagogen / Sozialarbeitern (8%) machten einen vergleichsweise geringen Anteil aus. 3% der Befragten gaben an, den Grundberuf ihres Supervisors oder ihrer Supervisorin nicht zu kennen. In der Österreichischen Studie waren es 17% der KlinikmitarbeiterInnen, die nichts über die berufliche Qualifikation ihrer Supervisorinnen und Supervisoren wussten. In der Schweizer Studie waren es 8%.

Vergleichbar mit der Schweizer und Österreichischen Supervisionsstudie haben die meisten SupervisorInnen den Grundberuf PsychologIn (CH: 33%; A: 44%), gefolgt von ÄrztInnen (CH: 32%; A: 14%) und SozialarbeiterInnen (CH: 9%; A: 11%). Der verbleibende Anteil verteilte sich auf andere Berufsgruppen (Diplom- Pädagogen, Seelsorger). In beiden Studien fällt eine größere Heterogenität der Grundberufe auf, als in der vorliegenden deutschen Studie, wonach $\frac{3}{4}$ der Supervisionen von PsychologInnen und ÄrztInnen geleitet wurden.

Bei den Zusatzausbildungen wurden am häufigsten Familientherapie (n = 59), Supervision (n = 57), Psychoanalyse (n = 40) und Verhaltenstherapie (n = 31) genannt. 8% der Befragten gaben an, nichts über die Zusatzausbildung zu wissen. Im Gegensatz zur Österreichischen, aber vor allem zur Schweizer Studie war der Anteil deutscher KlinikmitarbeiterInnen, die die Zusatzausbildung ihrer SupervisorInnen nicht kannten, bedeutend geringer (A: 19%; CH: 48%).

Bezüglich der Häufigkeiten der Art der Zusatzausbildung ist ein Vergleich sowohl mit der Österreichischen wie mit der Schweizer Studie interessant, da alle 3 Studien vergleichbare Ranglisten aufweisen. In allen 3 Ländern stehen auf den ersten drei Rängen die Zusatzausbildungen Supervision, systemische (Familien-) Therapie und Psychoanalyse.

In Deutschland folgt dann die Verhaltenstherapie, während in den beiden anderen Ländern Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie und Integrative Therapie folgen mit dem Zusatz, dass die Gestalttherapie in Österreich eine größere Rolle zu spielen scheint.

Auffällig ist, dass in der vorliegenden Studie deutsche MitarbeiterInnen offenbar wesentlich besser sowohl über den Grundberuf als auch über die Zusatzausbildung ihres Supervisors / ihrer Supervisorin informiert waren. Im Feld der Psychiatrie erscheint es nicht verwunderlich, dass offenbar den psychologischen und ärztlichen SupervisorInnen die meiste Feldkompetenz zugeschrieben wurde. In allen drei Studien (D, CH, A) führten die systemischen FamilientherapeutInnen und die SupervisorInnen

die Liste der Zusatzausbildungen an. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass man auch im Bereich der Teamsupervision die allgemeine Problemlösungskompetenz des Supervisors / der Supervisorin sogar leicht höher bewertete als die Feldkompetenz und dass von Seiten vor allem der deutschen Teams in Tageskliniken die Auswahl ihrer SupervisorInnen auch unter diesem Gesichtspunkt erfolgte.

Einschätzungen der Fachkompetenz der Supervisorin/ des Supervisors

Die „Kompetenzattribution“ an die SupervisorInnen durch die SupervisandInnen kann sowohl als SupervisorInnenvariable als auch als Diskursvariable (personal factor, global factor) diskutiert werden. Tendenziell ähnlich mit den Ergebnissen der Österreichischen und Schweizer Studien schreiben KlinikmitarbeiterInnen ihren SupervisorInnen eine hohe fachliche (D: 82%; A: 77%; CH 64%) und soziale Kompetenz (D: 81%; A: 73%; CH 61%) zu. Dabei scheint die Geschlechts-zugehörigkeit der SupervisorInnen keine Rolle zu spielen. Diese sehr positive Attributionen an die SupervisorInnen durch KlinikmitarbeiterInnen könnte mit Salienzeffekten statushoher SupervisorInnen zusammenhängen (Stroebe et al. 2003), aber auch mit einem „Mythos Supervision“ (Leitner, Petzold et al. 2004), einem „Nimbus der besonderen Expertise“, die sich einerseits die SupervisandInnen als Hilfe und Unterstützung in schweren Berufssituationen herbeiwünschen und die ihnen andererseits die institutionellen Auftraggeber unterstellen, weil sie damit ein effektives Instrument des „Controllings“ und der Qualitätssicherung zur Verfügung zu haben glauben (Petzold 1993; Buer 1999). Des Weiteren spielen wahrscheinlich auch hier anonyme Diskurse über Macht und Kontrolle in totalen Institutionen, wie der Psychiatrie eine wichtige Rolle (Foucault 1969; Goffman 1972; Petzold 1998a). Diese Attributionen müssen indes „dekonstruiert werden und durch empirische Forschung auf den Prüfstand gebracht werden (Petzold, Engemann, Zachert. 2003).

Die Effektivvariable „Wirkung von Supervision“ (technical factor)

Bezüglich der Wirkung von Supervision sahen 43% aller Befragten (n = 115) einen hohen Nutzen, 43% einen mittleren, 12% einen geringen und 2% keinen Nutzen. Diese Angaben korrespondieren in etwa mit denen der Österreichischen Studie (Petitjean 2005) mit einem n von 300. Darin fanden sich: 37% hoher, 44% mittlerer, 13% geringer und 6% überhaupt keinen Nutzen. Die Ergebnisse fallen allerdings positiver aus als die der Schweizer Studie (Gottfried et al. 2003) mit einem n von 326, in welchem nur 29% der Klinikmitarbeiterinnen den Nutzen als hoch, 47% als mittel, 18% als gering und 6% keinen Nutzen geratet haben. Auch in der Studie von Müller et al. (2005) im Bereich der Gerontologie in der Schweiz mit einem n von 155 waren die Bewertungen mit 40% hoch, 35% mittel, 14% gering und 4% mit keinem Nutzen von Supervision nicht gut genug. Die Studie im deutschen Gerontologiebereich mit einem n von 80 (Knaus, Petzold, Müller 2005) kommt zu dem Ergebnis: „Durchschnittliche Einschätzung des Nutzens: 34% hoch, 28% mittel, 13% gering, 6% kein Nutzen. Für den Bereich der Krankenpflege in Krankenhäusern in der Schweiz kommt die Studie von Brühlmann-Jecklin, Petzold (2006) mit einem n von immerhin 316 zu einem sehr bedenklichen Ergebnis, das, weil es zu der vorliegenden Studie den größten Kontrast bietet, mit einem Zitat aus der Zusammenfassung dieser Studie dargestellt sei:

„Bei der Frage nach der Wirkung von Supervision wird hinsichtlich ‚*Persönlichem Nutzen*‘ dieser nur von einem knappen Drittel als hoch attribuiert, nur ein Viertel sieht einen mittleren Wert. Ein Fünftel gibt gar an, der Nutzen sei gering oder gar nicht vorhanden. Das ist für eine anspruchsvolle Methodologie wie Supervision kein gutes Ergebnis. Auch beim ‚*Eigenen beruflichen Nutzen*‘ sind die Werte ähnlich. Noch schlechter ist die Einschätzung ‚*Nutzen für den Patienten*‘. Wenn 16,1% der Befragten nämlich davon ausgehen, dass die Patienten keinen Nutzen haben, muss dies nachdenklich stimmen, wenn man sich darauf besinnt, dass Supervision in allererster Linie dem Klientensystem nutzen sollte. Am besten fällt die Einschätzung des ‚*Nutzens fürs Team*‘ aus, wo immerhin ein gutes Fünftel der Befragten den Nutzen als hoch und etwas mehr als ein Viertel als mittel einschätzen. Trotzdem bleiben auch hier mit 14,6% gering und mit 5,4% keinen Nutzen ein Fünftel, welche der Supervision auch fürs Team wenig oder nichts abgewinnen können. Solche Ergebnisse können mit gemachten Erfahrungen zu tun haben. Eindrücklich ist, dass sich nur 27,2% zur fachlichen Kompetenz des Supervisors überhaupt äußern können oder wollen, wovon nur 19% diese als hoch einschätzen. Es drängt sich die Frage auf, inwieweit diese den Supervisanden überhaupt offenbart wird. Etwas besser, wie wohl immer noch mit schlechtem Ergebnis, wird das Fachwissen im *medizinischen* Bereich, das zur Fach- und Feldkompetenz gehört, mit 27,6% hoch und 31,4% mittel eingeschätzt. Es bleiben

über 40% SupervisorInnen, bei denen ungenügende Feldkompetenz vermutet werden muss“ (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2006).

Man muss hier allerdings in Rechnung stellen, dass der Bereich des Krankenhauses und der Pflegefachkräfte (Krankenschwestern, Pfleger) von psychologie-nahen Bereichen wie Psychiatrie, Gerontopsychiatrie recht weit entfernt ist, also im Kernbereich der Medizin liegt und damit auch von psychosozialen Methodologien wie „Supervision“ einen größeren Abstand hat. Dennoch sind die Ergebnisse höchst bedenklich.

Bei allen Studien kontrastiert der hohe Anteil mittlerer und geringer Bewertungen den Anspruch von Supervisoren „Experten für Experten“ zu sein – auch bei fachverbandlich approbierter Ausbildung. Dem Wunsch der SupervisandInnen nach feld- und fachkompetentem, gerontologischem und pflegefachlichem bzw. -wissenschaftlichen Wissen auf Seiten ihres Supervisors „können nur 27% der SupervisorInnen hinreichend entsprechen“ (Knaus et al. 2005, 32). Dieses Ergebnis ist als exemplarisch anzusehen.

Länderübergreifend sahen also in den verschiedenen Studien 29% bis 44% der SupervisandInnen einen hohen Nutzen. Das heißt aber auch – nimmt man einen anderen Blickwinkel ein –, dass 56% bis 71% der Befragten nur mittleren bis gar keinen Nutzen sahen. Die Konnotation „mittlerer“ Qualität und der „Mittel-mäßigkeit“ steht damit im Raum und hat möglicherweise auch Rückwirkungen ins Feld auf die Motivation von MitarbeiterInnen, Supervision in Anspruch zu nehmen. Supervision als Instrument der Qualitätssicherung und -verbesserung – und hier liegt eine ihrer wesentlichsten Aufgaben, ja von Seiten der Kostenträger die Begründung für ihre Finanzierung – kann mit einem nur „mittleren Nutzen“ nicht als Maßnahme der Qualitätssicherung akzeptiert werden. Die supervisory communities (Petzold, Schigl et al., 2003), die in ihrem Selbstverständnis „Experten für Experten“ sind, mit „Gütesiegelqualität“ (Weigand 1999), müssen sich mit dieser wenig schmeichelhaften Bewertung durch ihre „KundInnen“ auseinandersetzen. Wer bitte wollte sich von einem Chirurgen „mittlerer Qualität“ operieren lassen oder ein Medikament von „mittlerem Nutzen“ einnehmen? Aufschlussreich ist ein anderer Vergleich mit dem Bereich der Medizin: In der Pharmakologie werden unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen) von Medikamenten mit einer Häufigkeit von 10% und mehr als „häufig“, von 1-10% als „gelegentlich“, von unter 1% als „selten“ und von unter 1 Promille als „sehr selten“ und „Einzelfälle“ bezeichnet (siehe 5.7). Bei einem so eingreifenden Instrument, wie es Supervision sein kann, muss alles getan werden, damit mittelmäßige und negative Wirkung so gering wie möglich gehalten werden und dies geht nur über kontinuierliche empirische Evaluationen, für die Felderkundungen wie die vorliegende Grundlagen liefern.

In der vorliegenden Studie wurde der *patientenbezogene* Nutzen relativ am besten beurteilt (hoch = 54%), gefolgt vom *teambezogenen* und *berufsbezogenen* Nutzen. Diese Aussage unterscheidet sich deutlich von der Österreichischen (hoch = 35%) und der Schweizer Studie (hoch = 29%), sowie den Studien von Müller et al. (hoch = 38%), Knaus et al. (hoch 34%) und Brühlmann-Jecklin, Petzold (2006) die die schlechtesten Ergebnisse bringt und wo der Nutzen für die PatientInnen mit nur 16.5% als hoch, 20.3% als mittel, 13.3% als gering gesehen wurde und 16.1% gar keinen Nutzen sah. Man muss man sich fragen, warum das so ist und es wird damit deutlich, dass die unterschiedlichen Felder und Institutionen einen sehr unterschiedlichen Stand haben können (vgl. hierzu 5. 7).

Auffällig ist an den Aussagen der Befragten die Diskrepanz der sehr positiven Bewertung der fachlichen und sozialen *Kompetenz* des Supervisors, die 80% der Befragten mit „hoch“ angaben, aber nur 43% derselben befragten Mitarbeiter gaben dann auch einen hohen *Nutzen* von Supervision an. Es stellt sich die Frage, wie es zu diesen scheinbar widersprüchlichen Aussagen kommt. Ergibt sich die positive Bewertung der *Person* über Salienz- und Attributionseffekte? Liegt es an der Auswahl (Wer hat die Supervisorin/den Supervisor für das Team ausgesucht?) Erachten die SupervisandInnen gut gemeinte und aus allgemein-supervisorischer Sicht fachlich kompetente Empfehlungen als im Arbeitsalltag nicht umsetzbar, weil die feld- und fachkompetente „Passung“ fehlt (so dass Verdünnungseffekte, Scheitern an den Strukturen etc. eintreten) und falls ja, warum ist das so? Gute Supervision braucht eine vierfache Passgenauigkeit: erstens auf die Gegebenheiten der Einrichtung, zweitens auf die Erfordernisse des Patientensystems, drittens auf das Niveau der Professionalität der Mitarbeiter und viertens auf die Ebene der persönlichen Situation der Mitarbeiter (Grad der Belastetheit, Qualität der Teamsituation). Diese Passung herzustellen, und sie beständig nachzujustieren ist Aufgabe der SupervisorInnen.

Stellt sich der Supervisor den sogenannten „heißen Eisen“ der Institution und des Teams, oder hat er Angst seinen Auftrag zu verlieren? Hätte die SupervisorIn den Mut, sich dem Wagnis der „life supervision“ zu stellen, und im direktem Patientenkontakt und ungefiltertem Patientenfeedback eine Beratungs- oder Therapiesequenz „exemplarisch durchzuführen“, um ein „Lernen am Modell“ für die MitarbeiterInnen zu ermöglichen und ihnen zu zeigen, dass er oder sie das „Handwerk“ der Patienten-/KlientInnenarbeit versteht? (In der systemischen und in der Integrativen Supervision ist das durchaus eine supervisorische Arbeitsmodalität). Die Studien von Gottfried (et al. 2003), Müller (et al. 2005) Knaus (et al. 2005) und Brühlmann-Jecklin, Petzold (2006) im Bereich der Krankenpflege attestieren nur einem knappen Drittel der SupervisorInnen hinreichende Fach- und Feldkompetenz. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie fallen positiver aus, aber es zeigen sich Inkongruenzen, die über zukünftige explorative Untersuchungen zu erhellen sein werden. Geht man davon aus, dass Supervision die systematische Reflexion persönlicher, fachlicher oder institutioneller Fragestellungen von MitarbeiterInnen medizinischer oder psychosozialen Berufsgruppen darstellt mit dem Ziel der fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung bzw. der Erhaltung der fachlichen und persönlichen Qualität der supervidierten MitarbeiterInnen sowie der Entwicklung qualitätsfördernder Strukturen psychosozialer und therapeutischer Abläufe im Sinne des Auftrages der Einrichtung und damit im Sinne des *Patientennutzens* ist, so ist dieses Ergebnis in unserer Studie zu den Tageskliniken erfreulicher als in den anderen Studien. Aber man muss natürlich Frage nach den Gründen stellen (vgl. 5.7).

Positive und negative Erfahrungen in der Supervision

Die Frage nach positiven und negativen Erfahrungen in der Supervision während der letzten 6 Monate erbrachte der Tendenz nach eine sichtliche Übereinstimmung mit der Österreichischen und Schweizer Studie (effect variable). Eine Mehrheit von 65% der befragten SupervisandInnen, berichtete über positive Erfahrungen (positive, risiko- und schadensmindernde Wirkungen von Supervision) gegenüber 65% in der Österreichischen und 74% in der Schweizer Studie. Demgegenüber gaben 9% an, negative Erfahrungen in der Supervision gemacht zu haben gegenüber 18% in der Schweizer Studie. Eine Reanalyse der Österreichischen Studie unter Hinzuziehung der Subgruppe mit negativen *und* positiven Erfahrungen ergab auch hier einen Anteil von 17% an MitarbeiterInnen mit negativen Erfahrungen. Die *qualitative* Analyse der Texte ergab, dass 3% der negativen Erfahrungen als schädigend einzustufen waren, gegenüber 3% (unter Hinzuziehung der oben genannten Subgruppe wird sich wahrscheinlich auch hier ein Anteil von circa 5% Schädigungen zugrunde legen lassen) in der Österreichischen (Petitjean 2005) und 5% in der Schweizer Studie (Gottfried 2003). Ein möglicher Erklärungsansatz für den nur halb so hohen Anteil an negativen oder gar schädigenden Erfahrungen der MitarbeiterInnen in psychiatrischen Tageskliniken würde sich im beruflichen Setting vermuten lassen. Im Gegensatz zu den großen stationären Einrichtungen wird in Tageskliniken nicht nachts und am Wochenende gearbeitet, die Patienten sind in ihrer Problematik so „stabil“, dass sie eben nicht zwangsweise untergebracht werden müssen oder einer psychiatrischen Maximalversorgung bedürfen.

Die weniger belastenden Arbeitsbedingungen dürften somit wahrscheinlich zu einer geringeren Arbeitsbelastung führen, so dass für Supervision eine größere Offenheit und zumeist auch ein besserer zeitlicher Rahmen vorhanden sein könnte, im Unterschied etwa zu hochbelasteten Teams beispielsweise im gerontopsychiatrischen Bereich, wo Supervision teilweise aus Gründen der Überlastung sogar abgelehnt wird (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; Knaus, Petzold, Müller 2005, Brühlmann-Jecklin, Petzold 2006).

Es stellt sich jedoch außerdem die Frage, ob damit das tatsächliche Ausmaß an negativen bzw. schädigenden Erfahrungen erfasst wurde, oder ob nicht von einer nicht unwesentlichen Dunkelziffer gerade bei den Schädigungen ausgegangen werden muss (Märtens et al. 2002). Ein Anteil von zwischen 3% und 5% einer schädigenden Wirkung ist doch beachtlich und sollte (zumal unter Einbezug der möglichen Dunkelziffer) Konsequenzen etwa in der Veränderung der supervisierten Praxis haben, denn jede negative oder gar schädigende Erfahrung durch Supervision betrifft nicht nur (unter Umständen nachhaltig) die supervidierte Person, sondern, wenn wir die Wirksamkeitsvermutung auf PatientInnenebene ernst nehmen, wahrscheinlich auch die PatientInnen, die von dieser behandelt wird (Petzold, Müller 2005). Vor allem da, wo im Klinikkonzept und -alltag PatientInnen immer noch „in weiten Bereichen parentifizierend behandelt“ werden (Petzold et al. 2003a), finden subtile, bisweilen aber auch offen zu Tage tretende Macht-Ohnmacht-Diskurse statt

(Petzold, Orth 1999), in denen die Betroffenen nicht partnerschaftlich und auf Augenhöhe, unter Anerkennung des Prinzips der „doppelten Expertenschaft“ (Petzold 2003a) betrachtet werden. SupervisorInnen psychotherapeutischer und psychoanalytischer bzw. tiefen-psychologischer Herkunft unterliegen möglicherweise mehr dieser Gefahr, als SupervisorInnen mit supervisionsspezifischer oder systemischer Ausbildung (Petzold 2006n). Die frühzeitige Thematisierung von Macht-Ohnmacht-Phänomenen in der Supervision auf den Ebenen Supervisand-Supervisor, Supervisand-Organisation und Organisation-Gesellschaft ist daher unerlässlich und macht den Blick frei für die „Macht als Potenzial“ (Petzold 1998a), die es seinerseits braucht, um zu konstruktiven Entscheidungsprozessen zu gelangen. Nicht zuletzt ist es in dieser positiven Attribution ja die „Expertenmacht“ (Petzold 1998a, Flammer 1990) von der sich der Supervisand Problemlösungsstrategien im Dienste der Verbesserung der Ergebnisqualität auf der Behandlungs- und damit Patientenebene erhofft.

Protective Faktoren und Risikofaktoren für die SupervisandInnen und PatientInnen durch Supervision

Insgesamt wurden protektive und präventive Anteile von Supervision für die KlinikmitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (73% versus 66%). Das Ergebnis unterscheidet sich nicht wesentlich von der Österreichischen (67% versus 50%; Petitjean 2005) und Schweizer (76% versus 68%; Gottfried 2003) Studie. Ältere KlinikmitarbeiterInnen sahen signifikant mehr protektive Faktoren durch Supervision gegenüber jüngeren. Erklärungsansätze dafür könnten sein, dass jüngere MitarbeiterInnen weniger autoritätsabhängig und kritischer sind und über einen aktuelleren Theoriestand verfügen, während ältere MitarbeiterInnen tendenziell konformer handeln und den SupervisorInnen eine höhere Kompetenz zuschreiben als die jüngeren. Ältere MitarbeiterInnen mit längerer Supervisions-erfahrung beurteilen Supervision positiver, wohl weil sie die „Supervisionsrituale“ besser kennen als die jüngeren und diese besser für sich zu nutzen wissen. Der insgesamt dennoch relativ hohe genannte Anteil *protektiver* Faktoren für die Mitarbeiter kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass Wünsche nach Entlastung, nach Schutz vor Überforderung und „Burnout“, nach stützenden und klärenden Interventionen und dass die Suche nach Konfliktlösungen oft im Vordergrund der Supervisionssitzungen in psychiatrischen Teams steht, während die protektiven Faktoren für *PatientInnen*, also die in erster Linie anzustrebende und zu beabsichtigende Wirkung von Supervision, nämlich dem Patientensystem zugute zu kommen, oftmals in den Hintergrund gerät. Dies würde die Vermutung bestätigen, dass in der in den meisten Fällen durchgeführten „Fallsupervision“ nicht zwingend der Behandlungsprozess vorrangig im Fokus steht, sondern Themen wie beispielsweise Psychohygiene oder Teamkonflikte (vgl. 5.3). Ähnlich mangelt es aber auch bei Teamsupervisionen häufig an klaren Aufgaben- und Zielbeschreibungen wie Schreyögg (2003) kritisiert. Es wird zumeist das verhandelt, was gerade ansteht.

Risiken durch Supervision sahen 44% der MitarbeiterInnen für sich selbst, aber nur 34% für ihre PatientInnen. Hier unterscheidet sich das Ergebnis nicht wesentlich von der Schweizer (48% versus 21%), aber deutlich von der Österreichischen (51% versus 17%) Studie, hier wohl, weil das Problembewusstsein für Patientenrisiken im österreichischen Raum offenbar schwächer ausgeprägt ist, wie eine neuere Feldstudie dokumentiert (Petzold, Müller 2005a.; Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005).

Es wäre zu überlegen, ob die SupervisandInnen sich als Filter für, von ihnen für die PatientInnenebene als unbrauchbar bewerteten, supervisorische Empfehlungen verstehen. Die Untersuchung von Petzold, Rodriguez-Petzold (1997) legt das nahe, denn nach ihr fühlten sich Supervisanden durch Vorschläge von Supervisoren für den Umgang mit ihrer Patientinnen zuweilen bedrängt. Die Aussage, dass fast die Hälfte der Befragten potentielle Risiken für sich in der Teilnahme an Supervision sieht ist bedenklich. Möglicherweise sind es Kränkungen, Beschämungen, Entwertungen oder Zurechtweisungen, die den MitarbeiterInnen durch den Supervisor oder die Supervisorin, aber auch durch Teammitglieder oder Vorgesetzte im Rahmen der Supervision widerfahren sind. Eine geringe Teamkohärenz erzeugt gegebenenfalls eine Atmosphäre von unkollegialer Konkurrenz und Misstrauen versus Solidarität, „fundierter Kollegialität“ und „Konflux“ (Petzold 1998a). Teamsupervision, die sich primär an therapeutischen Ansätzen orientiert, läuft Gefahr formal-strukturelle Phänomene aus dem Blick zu verlieren und in

„gruppentherapeutische Situationen, die für die Leistungserbringung einer Organisation nicht unbedingt von Vorteil sind“, abzugleiten (Schreyögg 2003).

Es kann also an dieser Stelle durchaus nach der Qualität der Supervision gefragt werden. Ist es „gute“ Supervision (Möller 2001), wenn 44% der SupervisandInnen für sich selbst und 34% für den Patienten offenbar erhebliche Risiken durch die Supervision angeben? Die Antwort fällt wohl eher negativ aus, zumal es aus ersten Untersuchungen zu Schadensfragen in der Supervision (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997) und Erhebungen im Dunkelfeld (Ehrhardt et al. 2003) durchaus Hinweise auf Risiken und Schäden gibt (Petzold et al. 2005). Deshalb muss hier ein vorrangiges Thema für die Supervisionsforschung gesehen werden. Weshalb kommt es zu dieser Annahme von Risiken für Patienten bei 34% der Befragten? Liegt es an schlechter Supervision oder an der schlechten Umsetzung des in der Supervision Erarbeiteten durch die interdisziplinären Teams? Diese Frage sollte in einem breiteren Feld Interesse finden.

Von den Befragten gaben 66% protektiven bzw. präventiven Nutzen für die PatientInnen an. Dies könnte durchaus eine Qualitätsbescheinigung an die Supervision und ihren Auftrag sein, mit dem letztendlichen Ziel der Sicherung bzw. Verbesserung der Behandlungsqualität. Allerdings ist immer im Auge zu behalten, dass es in Befragungen wie in den hier und anderen Studien vorgelegten Feldexplorationen letztlich um subjektive Einschätzungen auf der SupervisandInnen-Ebene geht, also nicht um Effektmessungen in kontrollierten Studien über faktische Qualitätsverbesserungen. Weiterhin sind die Aussagen über Effekte auf der PatientInnen- und KlientInnenebene als „*reported effects*“ über diese zweite Ebene stark hypothesenbehaftet. Und dass PatientInnen bezüglich ihrer Behandlung alleine dadurch profitieren, dass MitarbeiterInnen durch Supervision ihre Konflikte klären oder ihre Arbeitszufriedenheit steigern ist bisher empirisch nicht belegt (Petzold, Schigl et al. 2003). Deshalb müssen Wirkungszuschreibungen in weiteren Forschungsprojekten mit kontrollierten Studien auf ihre Stichhaltigkeit untersucht werden, denn bislang gibt es kaum „harte Daten“, um diese Annahme zu stützen (Petzold, Schigl et al. 2003b), wohl aber Untersuchungen, die auf fehlende Wirksamkeit verweisen (Schay et al. 2003).

Erwartungen an Supervision

Durch Supervision erhoffen sich die SupervisandInnen zum einen die Verbesserung ihrer fachlichen Kompetenz und Performanz und zum andern die Verbesserung von Arbeitsabläufen und interner Kommunikation sowie Hilfestellung bei der Klärung und Lösung von Konflikten im Team (vgl. Tab. 12). Dabei sollen der Supervisor oder die Supervisorin Fähigkeiten zur aktiven Problemlösung vermitteln, über fachliche Kompetenz und Performanz verfügen (Experte, Pädagoge, Förderer) und als Coach und Begleiter fungieren (vgl. Tab. 14).

Vergleicht man die Erwartungen an Supervision bzw. an SupervisorInnen mit den oben gemachten Aussagen vor allem zu den positiven und negativen Erfahrungen und den Schutz- und Risikofaktoren, so sind diese zum Teil erheblich diskrepant. Den SupervisorInnen wird eine hohe fachliche und soziale Kompetenz zugeschrieben, die Erwartungen an Supervision sind ebenfalls hoch. Offenbar werden auch bevorzugt Supervisorinnen mit systemischer und supervisorischer Zusatzausbildung bei bestehender Feldkompetenz für die Supervision der Teams ausgesucht, was dem Wunsch nach mehrperspektivischer Sicht auf die Dinge entsprechen könnte. Das ist erfreulich, denn SupervisorInnen, die im „klinischen Feld“ tätig sind, benötigen fundiertes klinisches sowie ein breites organisationales Wissen und können generalistische Supervisionskompetenz mit spezifischer Feldkompetenz in der Performanz verbinden (Petzold, Engemann, Zachert 2003). Dass dennoch negative Erfahrungen bzw. Risiken, Nebenwirkungen und Schädigungen in erheblichem Maße benannt wurden, gibt erneut Anlass, Supervision kritisch auf den „Prüfstand“ zu stellen (Petzold, Schigl et al. 2003b). Daneben wird es auch notwendig sein, die Standards in der Ausbildung von SupervisorInnen zu evaluieren und beständig zu verbessern (vgl. Petzold, Oeltze, Ebert 2001), und zwar, bezüglich Wirksamkeit und Effizienz, gleichermaßen auf der PatientInnenebene, der SupervisandInnenebene und der Auftraggeberebene (die auftraggebenden Institutionen/Organisationen). Bislang liegen international derartige Mehrebenenstudien der Supervisionsevaluation kaum vor (Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2003). Die vorliegende Studie unterstreicht die Notwendigkeit solcher Untersuchungen.

Einschränkungen der Studie und Ausblick

Diese deutsche Studie ist Teil einer Multicenterstudie, die bereits in 2 europäischen Ländern (Schweiz, Österreich) durchgeführt wurde – weitere Studien folgen.

Es soll einschränkend nochmals festgestellt werden, dass es sich um eine Fragebogenuntersuchung mit „self-reported effects“ handelt, also um keine „objektiven“ Beobachtungs- und Messdaten, wie sie in kontrollierten Studien mit erprobten und zuverlässigen Erhebungsinstrumenten gewonnen werden können. Eine weitere Einschränkung der Studie besteht in der teilweise hohe Heterogenität der Ergebnisse zwischen den 8 psychiatrischen Tageskliniken. Dieses Problem zeigte sich allerdings auch in der Schweizer und der Österreichischen Studie und weist darauf hin, dass es nicht „die“ Supervision gibt, wie die Analyse der internationalen Forschungsliteratur gezeigt hat (Petzold, Schigl et al 2003). Unterschiedliche Supervisionsansätze werden verschiedene Wirkung und Güte haben. Und genauso wenig wird es „die“ Psychiatrie bzw. psychiatrischen Tagesklinik geben, denn Größe, Einzugsgebiet, fachliche Orientierung, Leitung etc. können sehr unterschiedlich sein. Es wird sehr gute und weniger gute Kliniken geben und das schlägt sich natürlich auch in Untersuchungen wie der vorliegenden nieder.

Die vorliegende Studie ist, wie gesagt, eine Replikation der Schweizer und der Österreichischen Multicenter-Studien und bestätigt respektive erhärtet im Wesentlichen die Ergebnisse dieser beiden Studien.

Im Bereich der Supervisionsforschung im Feld der Psychiatrie bedarf es weiterführender Studien, die sich mit folgenden Fragestellungen befassen könnten:

- Trägt Supervision zur Qualitätssicherung bzw. -verbesserung auf der PatientInnenebene bei?
- Unter welchen Bedingungen bzw. mit welchen Supervisionsformen lassen sich optimale Ergebnisse für die PatientInnen erzielen?
- Was muss Supervision in der Psychiatrie zu leisten imstande sein und wie lässt sich die Effizienz für das Patientensystem messen?
- Welche Schlüsse lassen sich für die Ausbildungen von SupervisorInnen im Feld der Psychiatrie bezüglich Grundberuf, Feld- und Fachkompetenz, Zusatzausbildungen und Supervisionsausbildung etc. ziehen?
- Welche methodischen Supervisionsansätze haben eine gute und hohe Wirkung, welche eine mäßige oder geringe, welche eine nachhaltige?

All dies sind Fragen, die gestellt und weiterhin beforscht werden sollten. Weiterführende Studien sind im europäischen Raum für den Bereich der Psychiatrie geplant bzw. im Gange (z. B. in Norwegen) und werden weitere Daten und Erkenntnisse liefern.

Zusammenfassung, Abstract und Key words

Zusammenfassung

Das Ziel dieser retrospektiven Studie war eine Evaluierung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Wir fragten multidisziplinäre Teams (Pflegepersonal, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen) in acht psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland nach erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Supervision innerhalb der letzten sechs Monate. Bei einer Rücklaufquote von 69% antworteten insgesamt 115 Personen. 43% der Befragten sahen einen hohen Nutzen in ihrer Supervision, 43% beurteilten mit „mittlerem Nutzen“, 12% mit „geringem“ und 2% mit „gar keinem“ Nutzen. Insgesamt 9% der Befragten berichteten von negativen Erfahrungen

im Rahmen der der Supervision. Die KlinikmitarbeiterInnen gaben außerdem ein signifikant höheres Risiko durch Supervision für sich selbst, als für ihre Patienten an (44% versus 34%; $p < 0.001$). Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen im Wesentlichen vorangegangene Untersuchungen im Bereich der Psychiatrie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Petitjean, 2005) und Gerontologie (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; Knaus, Petzold, Müller 2005). Bei einer Methodologie, die wie die Supervision vornehmlich als Instrument und Maßnahme der Qualitätssicherung und Verbesserung eingesetzt wird, ist ein „mittlerer Nutzen“ von 43% ein nicht akzeptables Ergebnis. Die Studie zeigt einmal mehr, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Effektivität von Supervision in der Psychiatrie und anderen institutionellen Feldern zu verbessern.

Abstract

The objective of this retrospective study was to evaluate the effectiveness of team supervision, and patient-centered supervision, which is very popular in the German parts in Europe, in psychiatric outpatient units. We investigated the perceived benefits and the 'side effects' of supervision within the past 6 months. Multidisciplinary staffs (nurses, doctors, counselors, psychologists, social workers) were surveyed in eight German psychiatric outpatient clinics. A total sample of 115 persons answered a semi-structured questionnaire. The response rate was 69 percent. 43 percent of the clinical staffs found supervision very effective, 43 percent scored middle effects, 12 percent a low level of effectiveness and 2 percent no effects. A total of 9 percent reported negative experiences in at least one supervision session within the past six months. Furthermore, clinical staffs perceived significantly higher risk through supervision for themselves, compared to patients' risks (44% versus 34%; $p < 0.001$). The results of this study support previous findings from previous studies (Gottfried et al., 2003; Petitjean, 2005). For a methodology as supervision that is mainly used to promote quality a "medium effectivity" is an unacceptable result. It shows that further efforts must be undertaken to enhance effectiveness of provided supervision in psychiatric outpatient clinics and other institutional fields.

Key words

Clinical supervision, supervision research, supervision in psychiatry, effects of supervision, field exploration in psychiatric day clinics

Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg.) (1994): Verführung zum qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Belardi, N.(1992): Supervision- Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung, Junfermann Verlag
- Bortz J, Döring N (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Buchholz, Herbert (1999): Interne Supervision in einer Psychiatrischen Klinik. Kann aus der Not eine Tugend werden? In: OSC 5/1, S. 7-20. Verlag Leske + Budrich, Leverkusen
- Buer F (1999): Profession oder Organisation - Wem dient die Supervision? In: Pühl, Harald: Supervision und Organisationsentwicklung. S. 70-103. Verlag Leske + Budrich, Opladen.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich, Bonn 1988.
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête). Bundesdrucksache 7/4200, Bonn 1975.
- Eck D (Hrsg.) (1998): Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie – Verlag, Bonn.
- Eikermann, B; Reker, T (Hrsg.)(2004): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Kohlhammer, Stuttgart.
- Ehrhardt, J. et al.(2003): Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in der Supervision- eine Dunkelfeldstudie Amsterd. IBT, in Arbeit, Abschluss 2007
- Engfer, R (2006): Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefeverlag, Göttingen
- Flammer A (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foucault M (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a. M., Suhrkamp.
- Foucault, M.(1974) Die Ordnung des Diskurses, Hanser, München 1974,1977
- Fürstenau, P. (1998): Supervision und Psychiatrie- Wohin geht die Entwicklung? In: Eck, Dietrich (Hrsg.) Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie – Verlag; S. 312 - 325.
- Fürstenau P (1998): Psychoanalytisch-systemische Teamsupervision im psychiatrisch- psychosomatischen Bereich zwecks Förderung der Teamentwicklung. In: Hennch C et al., Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext, VAS, Frankfurt a. M.

- Gaertner, Adrian (1999): Gruppensupervision: Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen Teil 3: Typologische und konzeptionelle Differenzierungen der Gruppen – und Teamsupervision. In: Gaertner, Adrian: Gruppensupervision: Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen. S. 205-260. Edition diskord, Tübingen
- Goffman E (1972): Stigma, Suhrkamp Verlag.
- Gottfried K (2003): Supervision in der Psychiatrie. Multicenterstudie Schweiz. Diplomarbeit Postgradualstudiengang Supervision, Freie Universität Amsterdam. Als Fachartikel: Gottfried, Petitjean, Petzold 2003.
- Gottfried K, Petitjean S, Petzold HG (2003): Supervision in der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold HG, Schigl B, Fischer M, Höfner C (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Opladen: Leske & Budrich, S.299-334.
- Grawe, K. (1992). Diskussionsforum Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 132 - 162.
- Greben, Stanley E. and Ruskin, Ronald (1994): Significant Aspects of the Supervisor-Supervisee Relationship and Interaction. In: Greben, Stanley E. and Ruskin, Ronald: Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision. S. 1-10. American Psychiatric Press Inc, Washington; London
- Hetzel R (1997): Die Bedeutung von Feldkompetenz für Beratung und Supervision in der Psychiatrie. In: psychosozial 20/2, S. 57-69. Psychosozial-Verlag Giessen.
- Hübner, Wulf (1997): Supervision im psychiatrischen Krankenhaus – Patientenbezogene Einzelfallbesprechung. In: supervision. Zeitschrift für berufsbezogene Beratung Nov. 1997/32, S. 86-99. Votum Verlag, München
- Holloway EL (1998): Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz. Paderborn: Junfermann.
- Kauder, V (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998.
- Knaus, K.-J., Petzold, H.G., Müller, L. (2006): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2006.
- Leitner A (2005): Weiterbildungs- und Interventionsforschung in psychosozialen und klinischen Feldern. Edition Donau-Universität Krems 2, 2005.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1997): Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden aus der Sicht der "Integrativen Therapie" unter Einbezug der "Gestalttherapie" und der "Integrativen Leib- und Bewegungstherapie", Gestalt (Schweiz) 32, 48 - 51.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? Integrative Therapie 1, 98 - 110.

- Märtens M, Petzold H G (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Möller H (2001): Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale – Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Möller, Märtens (1998): Zur Problematik der Supervisionsforschung: Forschung ohne Zukunft ?, OSC 3/1998, S.205 - 221
- Müller, L., Petzold H.G. (2001a): Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen – Patient dignity? In: Märtens, Petzold (2001).
- Müller L, Petzold HG, Schreiter-Gasser U (2005): Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz. Integrative Therapie, 1 - 2, 2005, S. 181 - 213.
- Münch, Karsten (1997): Interne Supervision in der psychiatrischen Klinik. In: psychosozial 20/4, S. 47 - 56. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Oeltze HJ, Ebert W, Petzold HG (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf / Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2002.
- Petitjean S, (2005): Supervision in der Psychiatrie. Multicenterstudie Österreich. Diplomarbeit Postgradualstudiengang Supervision, Freie Universität Amsterdam.
- Petzold HG (1990): Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung. Gestalt und Integration, 2, S. 7-37; erw. (1993a), S. 1291-1336.
- Petzold HG (1993): Die Krisen der Helfer, in: Schnyder U, Sauvant Ch, Krisenintervention in der Psychiatrie, Huber, Bern, 157 - 196.
- Petzold HG (1998a). Integrative Supervision, Metaconsulting und Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn.
- Petzold HG (2003a). Integrative Therapie. Modelle Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie. Junfermann, Paderborn.
- Petzold HG.,(2006n): Für PatientInnen engagiert - Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die Psychotherapie; Hückeswagen: FPI Publikationen
- Petzold HG, Petzold-Rodriguez F (1998b): Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. In: Petzold HG (1998). Integrative Supervision, Metaconsulting und Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn.
- Petzold HG, Hass W, Märtens M, Steffan A (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. Integrative Therapie 2/3, 277 - 355.

- Petzold HG, Müller L (2005): „ Supervision in der Altenarbeit“, Pflege, Gerontotherapie: brisante Themen - Konzepte – Praxis, integrative Perspektiven, Paderborn: Junfermann
- Petzold HG, 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. Integrative Therapie 1/2, 28 - 117.
- Petzold HG, Orth I, (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Junfermann, Paderborn
- Petzold HG, Engemann K, Zachert D (2003a): Performanz und Supervision - Neue Wege effektiver Veränderung durch Performance Improvement und komplexes Lernen. 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 - 03/2003.
- Petzold, H.G.; Schigl, B.; Kremla, M. (1996): Evaluation eines Supervisionslehrganges für Altenarbeit. Im Auftrag des Bundesministerium für Wissenschaft und Kunst. Über das Ansuchen des Dr. Karl Kummer Institut für Sozialpolitik und Sozialreform.
- Petzold HG, Schigl B, Fischer M, Höfner C (2003b): Supervision auf dem Prüfstand. Opladen: Leske & Budrich.
- Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Rave-Schwank, M. (1998): Supervision in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der ärztlichen Direktorin; In: Eck, Dietrich (Hrsg.) Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie – Verlag; S. 33-38.
- Schay, P., Dreger, F., Siegele, F., Petzold, H.G. (2001): Wirksamkeit von Supervision für den Klienten in der Drogentherapie – eine Mehrebenenuntersuchung. Diplomprojekt, Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, gekürzte Veröffentlichung als: Schay P, Dreger B, Siegele F (2006): Die Wirksamkeit von Supervision für den Patienten – eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. In: Schay P (2006): Innovationen in der Drogentherapie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schigl B, Petzold HG, (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischem Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. Integrative Therapie 1-2, 85-145.
- Schneider K, Müller A (1998): Supervisionsevaluationsinventar. Entwicklung und Anwendung. In: Berker P, Buer F (1998): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster, Votum, S. 90-98.

- Schnell, Walter (1997): Teamsupervision in der Forensischen Psychiatrie. In: OSC 4/1, S. 43-53. Verlag Leske + Budrich, Leverkusen
- Schreyögg A (2003): „Teamsupervision“ – ein Mythos? Ein kritischer Essay. In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching, Heft 2/2003, Leske+Budrich, Leverkusen.
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. Integrative Therapie, 2/3, 264-287.
- Sieper J, Petzold HG (2001): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“. Integrative Therapie, 1, 208-209.
- SPSS für Windows, Version 10.0.
- Stroebe W, Hewstone M, Codol JP, Stevenson GM (2003): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Springer.
- Uffelman, P.(1998) Die Organisationskultur als Basiskonzept In: Eck, Dietrich (Hrsg.) Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie – Verlag; S. 263-275
- Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hrsg.) (1996): Tagesklinik für Suchtkranke, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Weigand, W. (1999). Qualität statt Quantität - Die DGSv im 10. Jahr ihres Bestehens. DGSv aktuell, 2/99, S. 4-5.
- Zöllner A (1998): Wer supervidiert die Supervisoren? In: Eck, Dietrich (Hrsg.) Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie – Verlag; S. 301-311.

ANHANG

Fragebogen zu Supervision