

# **Berufliche Identität und Supervision bei Physiotherapeuten**

**Diplomarbeit**

Vrije universiteit Amsterdam  
Faculteit Bewegingswetenschappen

Vorgelegt von: Hester van Wijnen  
Betreuer: Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

<b>Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>Teil I: Die berufliche Identität bei Physiotherapeuten .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Berufliche Identität.....</b>	<b>4</b>
1.1 Arbeit und Beruf als „Sozialisierungseinrichtung“ .....	4
1.2 Berufliche Sozialisation.....	4
1.3 Sozialisation für den Beruf.....	6
1.4 Die Berufsausbildung.....	7
1.5 Sozialisation und Identität durch den Beruf .....	7
1.6 Arbeit und Leistung als Säule der Identität in der Integrative Therapie.....	9
1.7 Der Physiotherapeut - gesehen durch den Berufsverband ZVK .....	11
<b>2 Die Forschungsmethode zur Untersuchung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten .....</b>	<b>14</b>
2.1 Hintergrund und Arbeitsweise.....	14
2.2 Das Messinstrument.....	15
2.3 Die Fragestellung.....	16
2.4 Datenanalyse.....	17
2.5 Generalisierende Analyse.....	18
2.5.1 Analyse nach physiotherapeutischen Persönlichkeitsmerkmalen (ZVK) ..	20
2.5.2 Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung in der Integrativen Therapie/Supervision .....	23
2.6 Zusammenfassung, Ausblick und Bedeutung für die Supervision. ....	27
<b>Teil II Supervision bei Physiotherapeuten.....</b>	<b>33</b>
<b>3 Einleitung.....</b>	<b>33</b>
3.1 Was ist Supervision .....	35
3.2 Was ist integrative Supervision.....	36
<b>4 Die Untersuchung .....</b>	<b>43</b>
4.1 Fragestellung .....	43
4.2 Vorgehen, Datenerhebung und Datenauswertung .....	44
4.2.1 Projektplanung, Studiendesign .....	44
4.2.2 Zur Methode der Untersuchung.....	44
4.2.3 Die Stichprobe .....	47
4.2.4 Rahmenbedingungen der stattgefundenen Supervision .....	51
4.2.5 Die Supervisoren .....	55
4.2.6 Die Wirkung der Supervision .....	57

4.2.7	Allgemeine und spezielle Erwartungen der Supervision .....	61
<b>5</b>	<b>Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>77</b>
5.1	Die Stichprobe und die Verbreitung der Supervision bei Physiotherapeuten .....	77
5.2	Erwartungen an Supervision .....	79
5.3	Die Supervision.....	81
5.4	Die Wirkung der Supervision .....	82
5.5	Zusammenfassung an Hand der Fragestellungen .....	84
5.6	Ausblick .....	85
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis: .....</b>	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
<b>8</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>92</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>94</b>
9.1	Anlage A: „Mails“ .....	94
9.2	Anlage B: Fragebogen zu Supervision .....	100
	<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>104</b>

## **Einleitung**

Supervision findet meistens in „Feldern“ statt, z.B. im Feld des Krankenhauses, Rehabilitationszentrums, der Psychiatrie usw. Diese Felder gehören zu den Kontextfaktoren der Supervision und haben jeweils spezifische unterschiedliche Traditionen, Strukturmerkmale, andere gesellschaftliche Bedeutungen, Ressourcenlagen usw. (vgl. Petzold 1998, 29). Um einen Einblick in das Feld der Physiotherapie, der darin entwickelten persönlichen beruflichen Identität, der Verbreitung der Supervision und der Wirksamkeit der Supervision bei Physiotherapeuten, zu bekommen, ist diese Arbeit geschrieben worden. Hieraus könnten sich supervisorische Fragen ergeben, um auch einen Supervisionsbedarf festzustellen. In einer weiteren Ausführung/Studie wird die Verbreitung und Wirksamkeit von Supervision bei Physiotherapeuten untersucht.

Hiermit besteht diese Arbeit aus zwei Teilen: einerseits der Frage nach der beruflichen Identität, andererseits der Untersuchung nach der Verbreitung der Supervision und der Wirksamkeit der Supervision bei Physiotherapeuten.

# **Teil I: Die berufliche Identität bei Physiotherapeuten**

## **1 Berufliche Identität**

### **1.1 Arbeit und Beruf als „Sozialisierungseinrichtung“**

Berufliche Ausbildung und Berufsarbeit sind heute objektiv wichtiger und zumeist subjektiv bedeutsamer als andere Definitionsräume von Identität wie z.B. regionale oder familiäre Herkunft. Dies hat mit der gesellschaftlichen Individualisierung des Einzelnen und mit dem einhergehenden vermehrten Angewiesensein des Einzelnen auf ein eigenes Einkommen, meist durch Erwerbsarbeit, zu tun, aber auch mit dem damit verknüpften Statusgewinn (Haußer, 1995, 163).

Die Arbeit als Institution stellt unterschiedlichste Forderungen an den Arbeitenden. Zunächst benötigt man für jede Arbeit eine bestimmte Qualifikation. Um diese zu erreichen, müssen bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten vorhanden sein, welche man in der vorberuflichen Phase, bzw. während der Ausbildung erwirbt. Man spricht von vorberuflicher Sozialisation, bzw. von Sozialisation für den Beruf.

Weiterhin kommt es während der Arbeit zu Fluktuationsprozessen, die der Arbeitsmarkt oder der Arbeitgeber vorgeben und die dann Auswirkungen auf das Individuum, den Arbeitnehmer haben. Dies können Faktoren wie notwendige Zusatzqualifikationen oder auch Arbeitslosigkeit sein. Konfrontiert man den Arbeitenden mit diesen Faktoren ist der Prozess, in dem er diese verarbeitet, die so genannte Sozialisation im Beruf.

Der Einfluss der Arbeit auf das Leben eines Menschen kann sehr vielfältig sein. Die Arbeit stellt an sich schon einen zentralen Aspekt des Lebens dar, im Idealfall sichert sie die Existenz des Arbeiters und dessen Familie, kann aber auch weitreichende Konsequenzen auf das Leben nicht nur des Arbeiters selbst, sondern auch auf Partner oder Kinder haben.

### **1.2 Berufliche Sozialisation**

Die berufliche Sozialisation soll die Anpassung und Integration des Individuums in den Betrieb ermöglichen und seine Motivation so fördern, dass der Arbeiter effektiv

und produktiv arbeitet. Dabei soll aber auch Rücksicht auf die soziale Problematik der Arbeit und die Identität der Arbeiter genommen werden.

Verlauf der beruflichen Sozialisation im Idealfall:

- Erlernen von Kenntnissen und technischen Fähigkeiten
- Übernahme normativer Orientierungen, damit sich eine Vertrautheit mit der Arbeiterrolle bildet.
- Identifikation mit der Arbeit

Nach Heinz (1990, 137) kommt es beim Verlauf dieser Sozialisation zu einem Normenkonflikt, in dem der Arbeiter seine bisherige Identität an die Berufsidentität anpassen muss. Dabei können einige Schwierigkeiten auftreten.

Die zu verrichtende Arbeit ist meistens durch wenig Abwechslung geprägt. Gerade in der produzierenden Industrie fühlen sich die Arbeiter als "Sklaven der Maschine", die den Takt der Arbeit vorgibt. Durch Restriktivität und hierarchische Kontrolle kommt es bei den Arbeitern zu Langeweile und Motivationslosigkeit. Dies ist ein besonders schwerwiegendes Problem bei Produktionsarbeitern und im Verkaufs- und Bürosektor, die beide durch mangelnde Gestaltungschancen und restriktive Strukturen gekennzeichnet sind. Dementsprechend fällt die Zufriedenheitsquote aus:

- Bei Wissenschaftlern liegt sie bei 90%,
- Bei ungelernten Automobilarbeitern nur bei 16%.
- Nur ca. 25% der Facharbeiter würden ihren Beruf wieder wählen und
- 50% der kleinen Angestellten würden einen anderen wählen.

Ältere Arbeiter sind im Durchschnitt zufriedener als junge, da sie einen Ausgleich ihrer Berufsidentität in einer Familie haben und sich mit ihrer Rolle als Arbeiter abgefunden haben, während junge, noch relativ freie Arbeiter, die sich noch in den Betrieb einfügen müssen, normalerweise damit noch Schwierigkeiten haben.

In letzter Zeit zeigt sich der Erfolg von autonomen Handlungsstrukturen, die sich positiv auf die Motivation der Arbeiter auswirkt. Dabei haben die Arbeiter den Eindruck, dass mehr von ihren Fähigkeiten gefordert wird und sie können beweisen, was in ihnen steckt. Dadurch bedarf es weniger Kontrolle von oben, denn der Arbeitsprozess regelt sich so auf Basis der Arbeiter.

### 1.3 Sozialisation für den Beruf

Die Sozialisation für den Beruf findet im Wesentlichen in den letzten Jahren der schulischen Ausbildung und in den Jahren der Berufsausbildung statt. Zunächst werden aus den durch die vorberuflichen Sozialisationsprozesse erworbenen Werte- und Normenvorstellungen eine oder mehrere Berufsvorstellungen gebildet und dann die Chancen auf diesen Beruf abgewogen. Heinz (1990, 134)

#### Die schulische Phase

In den letzten Jahren der schulischen Ausbildung wird den Jugendlichen die nahende Arbeitswelt immer bewusster. Sie erkennen langsam, dass sie bald einen Wechsel im Leben erleben werden. Diesem Übergang sehen die meisten Jugendlichen positiv entgegen, bedeutet er doch die ökonomische und soziale Unabhängigkeit von den Eltern. Trotz der sozialen Schwierigkeiten bei der Berufswahl ist für die meisten Jugendlichen der Beginn des Arbeitsprozesses ein wichtiger Schritt zum erwachsen werden.

In dieser Zeit wird deutlich, wie -möglicherweise idealisierte oder falsche- Vorstellungen von einem Beruf, die einer diffusen beruflichen Identität entspringen, durch Erfahrung und Identitätsakkomodation korrigiert werden können (Haußer 1995, 166). Mit zunehmendem Alter werden die Bildungsaspirationen angepasster, realistischer. Durch schulische Instrumente, wie beispielsweise Berufspraktika oder Berufsberatung wird der zukünftige Arbeitnehmer mit dem Angebot und den Selektionsvorgaben der Berufswelt konfrontiert und muss sie nun mit seinen Qualifikationen vergleichen. Zumeist wird dabei eine relevante Diskrepanz zwischen der gewünschten und der erreichbaren Arbeitsstelle festgestellt. Deshalb müssen sie im Laufe der schulischen Phase zumeist ihre Berufswünsche modifizieren.

Das macht diese vorberufliche Phase nicht nur zu einer Realitätserfahrung auf dem Arbeitsmarkt, sondern sie ist durchaus ein Prozess der Sozialisation von Verarbeitungen der sozialen Enttäuschungen und Selektionsvorgaben. Bei der weiteren Entwicklung der beruflichen Identität nähern sich die Jugendlichen der Synchronisierung von Wunsch und Wirklichkeit.

Der Zugang zum Berufsleben ist allerdings zunächst mit einem weiteren Selektionsprozess verbunden, der nach der Selektion der Berufsart nun einen passenden Betrieb zur Ausbildung finden lassen soll. Dies ist bei der heutigen Arbeitsmarktsituation

auf jeden Fall eine schwierige Aufgabe. Diese oft ernüchternden Erkenntnisse führen dazu, dass die Berufswahl zu einem Kompromiss aus Wünschen und realistischen Möglichkeiten wird, der allerdings zumeist auf die Kosten des Jugendlichen geht. Die Verschärfungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zwingen zudem die Jugendlichen dazu, auf weniger zukunftssichere Ausbildungsplätze auszuweichen, die auch weniger Gehalt versprechen. Es kommt oft zu Resignation und Stagnation der Motivation, da gewünschte Berufschancen einfach nicht gegeben sind. Es kommt zu einer Reduktion der beruflichen Interessen nach dem Motto "Hauptsache eine Lehrstelle" (Heinz 1990, 134)

#### **1.4 Die Berufsausbildung**

Die Ergebnisse des Berufsfindungsprozesses werden in den meisten Fällen akzeptiert, auch wenn sie nicht mit den Wünschen übereinstimmen.

Ist erst einmal ein Beruf gefunden und eine Ausbildungsstelle gesichert, so beginnt die Phase der Berufsausbildung. Die Aufgabe der Berufsausbildung liegt darin, Qualifikationen zu vermitteln, die für die Berufstätigkeit wichtig erscheinen.

Ausbildung zielt auf den Wandel der Persönlichkeit, die eine Einfügung in die Berufsrolle ermöglichen soll und schließlich im Idealfall in der Identifikation mit dieser Berufsrolle endet. Die erworbenen Qualifikationen sind allerdings sehr spezifisch auf den Beruf, zumeist sogar auf den Betrieb ausgerichtet und sind daher bei einem Berufswechsel nicht immer kompatibel.

#### **1.5 Sozialisation und Identität durch den Beruf**

Sich mit seinem Beruf, mit seiner Arbeit zu identifizieren, setzt voraus, dass man ihn/sie attraktiv findet. (Haußer 1995, 167) Sei es ein Beruf, zu dem man über einen Berufsfindungsprozess und eine Ausbildung gelangt ist, sei es eine Arbeit, die man als Lohnarbeit ungelernt oder angelernt ausführt: Berufliche Zufriedenheit ist die Basis für berufliche Identität. Dabei können subjektiv im Prinzip dieselben Variablen eine Rolle spielen, wie sie die Betriebspsychologie zur Arbeitsanalyse heranzieht: Verhältnis von Kopf- und Handarbeit; Verhältnis des Umgang mit Menschen, Sachen und Symbolen; Komplexität vs. Repetitivität, Vielfalt vs. Monotonie; Qualifikationsvoraussetzungen; motivationale Anforderungen; Verantwortungsgrad für sich, andere Personen und Sachen; zeitliche und räumliche Freiheit vs. Restriktivität; Einräumung

funktionsgebundener oder informeller sozialer Kontakte; Ausmaß der Überwachung derselben; schließlich Arbeitsbelastungen körperlicher und psychischer Art. (Hoff 1990, 9f)

Wenn Heinz (1990, 397) von „Sozialisation für und durch die Berufsarbeit“ spricht, so steht das „für“ für die schulische Sozialisation als Vorbereitung, während das „durch“ die Sozialisation im Zuge der Berufsausübung bezeichnet. Haußer (1995, 165) beschreibt, dass die berufliche Sozialisation auf andere Lebensbereiche ausstrahlt, berufliche Eigenheiten äußern sich auch in Verhaltensweisen gegenüber anderen, betriebsfremden Personen, außerhalb des Betriebes und in anderen Situationen. Das Forschungsinteresse richtet sich darauf, wie Arbeitserfahrungen auf Fähigkeiten, Überzeugungen, Interaktionsstile, Motivationen des betreffenden Menschen wirken. Als relevante Merkmale der Arbeitsplatzsituation gelten: Zeitstruktur, Bewegungsspielraum, soziale Beziehungen, Verantwortung/Überwachung, Qualifikationsanforderungen und Belastung/Anspruch (Haußer 1995, 165).

Haußer (1995, 167) hat ein Modell der Identitätsprozesse entwickelt, ausgehend von Whitbourne/Weinstock: Alltägliche Arbeits- und Berufserfahrung wirkt auf die Identität einer Person in der Regel als Akkomodation. Die Person kann jedoch bei Arbeitsunzufriedenheit mit ihrer Arbeitserfahrung assimilieren – bis zu offensiven Handlungskonsequenzen wie Firmenwechsel, Umschulung und Aussteigen oder defensiven Handlungskonsequenzen wie Krankfeiern oder Burnout.

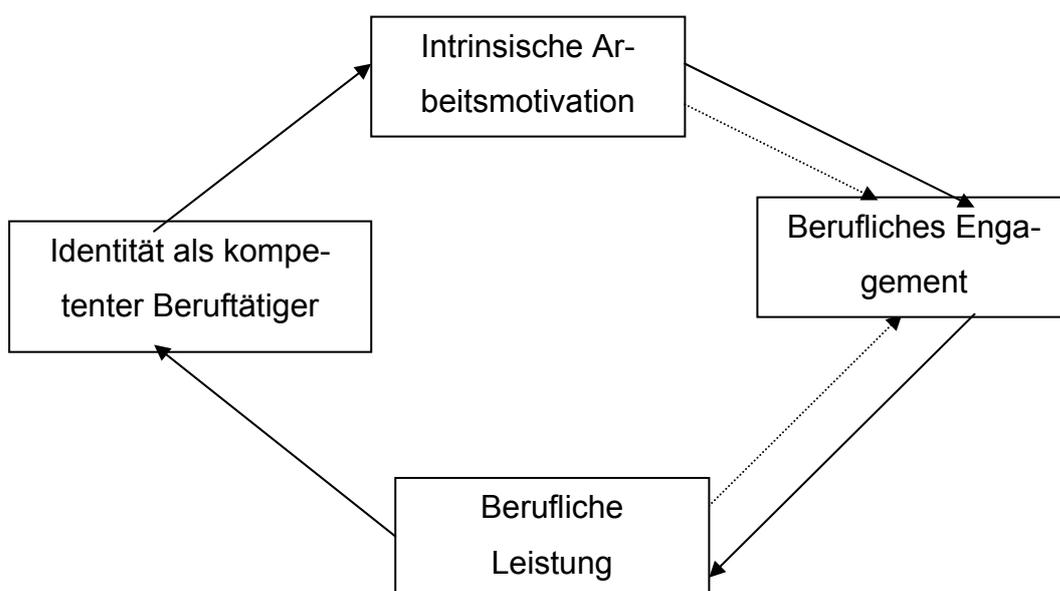


Abbildung 1: Modell des Identitätsprozesses: Arbeit und Identität (Haußer 1995, 168)

Die berufliche Identität nach Heinz (1995) entwickelt sich aus der Synthese von beruflichen Vorstellungen und Arbeitsanforderungen im Betrieb und fließt in den Sozialisationsprozess mit ein. Um diese berufsbezogene und meist untergeordnete Identität zu kompensieren muss sie durch inner- oder außerbetriebliche Interaktionsprozesse stabilisiert werden. Da Arbeit eine „aufgezwungene“ Identität ist, entsteht durch die Anpassung an den Arbeitsprozess eine Bedrohung der individuellen Identität, wenn diese nicht durch obengenannte Faktoren oder durch eine Steigerung des Selbstwertgefühls aufgefangen wird. Selbstwertgefühl ist eine der wichtigsten Komponenten innerhalb der betrieblichen Sozialisation. Wird es vermindert, so sinkt die Motivation des Arbeiters, er fügt sich resigniert in die Routine und wird dadurch weniger effektiv, was in einen Kreislauf mündet, der ihm schließlich seine Identität nimmt. Ohne das Selbstbewusstsein, das heutzutage nötig ist, um auf dem Arbeitsmarkt zu bestehen, wird die Arbeitsbereitschaft abnehmen und das Ansehen des Arbeiters sinkt, was wiederum einen Verlust an Selbstwertgefühl verursacht.

## **1.6 Arbeit und Leistung als Säule der Identität in der Integrative Therapie**

In der Integrativen Therapie ist die Basis der Persönlichkeitstheorie in einer anthropologische Grundformel wiederzugeben: Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus, das heißt ein Leib-Subjekt, das in einem unlösbaren Verbund mit dem sozialen und ökologischen Umfeld, der Lebenswelt, steht. Aus der Interaktion mit diesem Umfeld gewinnt er seine Identität (Petzold 1996, 37). In der Integrativen Persönlichkeitslehre (Petzold 1998, 370) gibt es die Dimensionen Selbst, Ich und Identität. Das Selbst wird als „Leibselbst“ verstanden, gründet in der biologischen und physiologischen Realität des Menschen. Das Selbst als ein Synergem aller somatomotorischen, emotionalen, motivationalen, volitionalen, kognitiven und sozialkommunikativen Schemata oder Stile bildet in diesem Entwicklungsprozess das Ich aus. Das Ich wird gesehen als Summe aller primären und sekundären Ich-Funktionen bzw. Ich-Prozesse. Eine der wichtigsten Ich-Leistungen ist die Konstituierung von Identität. Identität signalisiert, dass in einer Vielheit von Menschen die Besonderheit eines Einzelnen gegeben ist, der sich von vielen anderen Einzelnen unterscheidet, eben weil er eine „Identität“ mit ganz besonderen Merkmalen hat, welche ihn erkennbar machen. Auf der anderen Seite ist klar, dass dieses Erkennen seiner Besonderheit auch die Vielfalt erfordert, die überhaupt erst Unterscheidbarkeit möglich macht

Identitätsprozesse haben folgende Elemente (Orth 2002, 317/318):

1. Fremdzuschreibungen- auch Fremdattributionen oder Identifizierungen genannt
2. Bewertung dieser eingehenden Attribution/Information auf verschiedenen Ebenen:
  - Marking: Markierungsprozesse auf psychophysiologischem Niveau aufgrund evolutionärer Programme im limbischen System
  - Valuationen: Emotionale Bewertung auf psychischem Niveau
3. Appraisal: Kognitive Einschätzung auf rationalem Niveau
4. Selbstzuschreibungen – auch Selbstattributionen oder Identifikationen genannt. Aufgrund der Bewertungen wird es möglich, sich mit den Attributionen insgesamt oder partiell zu identifizieren, sie mit einer Identifikation zu belegen.
5. Internalisierung – sind die Identifikationen erfolgt, können sie dauerhaft mit den zur Identifikation führenden Prozessen internalisiert, im Langzeitspeicher archiviert werden.

In der Integrativen Identitätstheorie gibt es fünf wesentliche Identitätsbereiche. Die Identitätsprozesse der Fremdattribution, Bewertung, Selbstattribution und Internalisierung gelten für jeden einzelnen Bereich.

Die fünf Säulen der Identität sind (Petzold 1996, 41):

- Leiblichkeit
- Soziales Netzwerk/Beziehungen
- Arbeit, Leistung, Freizeit,
- Materielle Sicherheiten
- Werte

Der Bereich Arbeit und Leistung ist eine zentrale Säule, da oftmals die materielle Sicherheit, aber auch das soziale Netzwerk damit zusammenhängen.

Petzold und Orth (1994) beschreiben für die Säule Arbeit und Leistung folgende Charakteristiken:

- Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen.
- Arbeitszufriedenheit.
- Erfolgserlebnisse.
- Freude an der eigenen Leistung.

- Entfremdende Arbeit.
- Arbeitsbelastung.
- Überfordernde Leistungsansprüche.
- Erfüllte Leistungsansprüche.
- Fehlende Leistungsansprüche.
- Bereich der Freizeit.

Petzold (1998, 373) bemerkt allerdings, dass wachsende Komplexität und Kontingenz zu einem relativ ungesteuerten Treiben oder Getriebensein führen. Es entsteht eine „Jagd nach Ressourcen“, dies ist beschränkt auf materielle Ressourcen. Identitätsprozesse limitieren sich auf die Identitätssäule Arbeit, Leistung und materielle Sicherheiten.

Petzold (1998, 113) hat in 1973 ein Konzept eingeführt, welches auf einer „social-world-perspectiv“ beruht: das Konzept der „professional communities“, die er wie folgt definiert: „als eine „Makro- oder Mesogruppierung“ von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und –vertretung identifiziert werden und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln und Organisationsformen herausbilden und ein „professionelles Bewusstsein entwickeln“. Das Maß der „professionellen Identität“ des einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung, also dem Grad ihrer Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung ab, weiterhin von verbindenden Zielen, Werten und Konzepten sowie der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluss, Tradition gesicherten Macht, d.h. von ihrer Präsenz als „commercial community“ im Markt“.

## **1.7 Der Physiotherapeut - gesehen durch den Berufsverband ZVK**

Fr. Wolf (ZVK 2003, 4), Vorstandsvorsitzende des Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V., sieht die Physiotherapie inzwischen als einen unverzichtbaren Bestandteil unseres Gesundheitswesens. Immer mehr Ärzte schätzen die Physiotherapie als Alternative zur Behandlung mit Arzneimitteln und Bereicherung ihres Behandlungsspektrums. Krankengymnastik und die Maßnahmen der physikalischen Therapie sind Teile der Physiotherapie und gehören damit zu den natürlichen Heilverfahren.

Eine wesentliche Grundlage des Lebens ist Bewegung. Sie ist Ausdruck der Persönlichkeit und der Befindlichkeit des Menschen. Die Einschränkung von Bewegung bedeutet Verlust an persönlicher Freiheit und eine bisweilen massive Veränderung der Lebensqualität. Bewegung, Berührung und Beratung ermöglichen dem Physiotherapeuten einen besonderen Zugang zum Menschen. Physiotherapie ist ein anspruchsvoller vielseitiger Beruf, der den ethischen Grundsätzen aller Heilberufe verpflichtet ist. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Patient, dessen Leiden zu lindern oder dessen Gesundheit wiederherzustellen ist. Als Teil der modernen Medizin entwickelt sich die Physiotherapie ständig weiter. Für die Angehörigen der Berufe ist Weiterbildung und Qualifizierung selbstverständlich (ZVK 2003, 4).

Die Leistungen des Physiotherapeuten sind aus der kurativen Medizin, der Prävention und der Rehabilitation nicht mehr wegzudenken. Der Arzt stellt die Diagnose und verordnet die physiotherapeutische Behandlung, die der Physiotherapeut aufgrund eigener Untersuchung und Interpretation der Befunde patientengerecht konzipiert. Aufgrund ihrer hohen Qualifikation erbringen Physiotherapeuten vor allem in der Prävention auch Leistungen ohne ärztliche Verordnung (ZVK 2003, 6).

Physiotherapeuten sind in allen Bereichen der modernen Medizin gefragte Partner von Ärzten und Patienten. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit finden sich in den folgenden medizinischen Fachgebieten: Chirurgie/Traumatologie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin, Intensivmedizin, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie. Physiotherapeuten beraten zudem bei der Hilfsmittelversorgung und bieten Hilfen zur Alltagsbewältigung an. Die Physiotherapeuten sind gesetzlich nicht zu einer fachspezifischen Ausrichtung ihrer Tätigkeit verpflichtet, wenn sie auf einem der genannten Gebiete tätig werden wollen. Ausbildung und Zulassungsbedingungen sind für alle gleich. Das breit gefächerte Spektrum der medizinischen Einsatzmöglichkeiten verlangt jedoch auch Spezialisierung. Besteht jetzt schon ein gewaltiger Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf, so wird sich in Zukunft die Weiterbildung von Physiotherapeuten auch in den medizinischen Fachbereichen vertiefen (ZVK 2003, 9-11). Die vielfältigen Aufgaben in der Heilbehandlung stellen ohne Frage hohe Anforderungen an Persönlichkeit und Ausbildung der Physiotherapeuten. Körperliche und psychische Belastbarkeit, gutes Bewegungsempfinden, manuelles Geschick, beste Beobachtungsgabe, Geduld, Ausdauer, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, technisches Interesse und nicht zuletzt aufmerksame Zuwendungsfä-

higkeit zum Patienten, sind nur einige der Eigenschaften, die der Physiotherapeut für den Beruf mitbringen muss.

## **2 Die Forschungsmethode zur Untersuchung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten**

### **2.1 Hintergrund und Arbeitsweise**

In der Auseinandersetzung mit dem Thema „berufliche Identität“ bei Physiotherapeuten wurde eine große Komplexität von Einflüssen festgestellt und es entwickelten sich folgende Hypothesen:

- Physiotherapeuten haben ein mechanistisches, medizinisches Denkbild.
- Erfahrene Physiotherapeuten suchen Wege in der alternativen Medizin.
- Physiotherapeuten fühlen sich in ihrem Beruf nicht richtig anerkannt.
- Physiotherapeuten haben eine hohe Arbeitsbelastung.
- Es gibt keine eindeutige Beschreibung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten.
- Physiotherapeuten reflektieren wenig über ihre eigene berufliche Identität.

Um dieses Thema zu bearbeiten, wurde folgender Weg gewählt:

- Zuerst die Geschichte der Physiotherapie, mit der Frage, wo die Physiotherapie herkommt, wie sie geprägt ist und welche Denkmodelle sie zur Verfügung hat.
- Es folgen die Gedanken über die berufliche Identität. Welche Denkmodelle gibt es, wie entwickelt sich die berufliche Identität.
- Um genauere Informationen aus dem Feld zu bekommen, werden 5 Interviews mit Physiotherapeuten aus verschiedenen Arbeitskontexten dargestellt.
- Eine Auswertung und Interpretation folgt mittels der vom Berufsverbands ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie-Zentralverband der Physiotherapeuten/-Krankengymnasten e.V.) herausgegebenen Persönlichkeitsmerkmale und Identitätscharakteristiken der Integrativen Therapie/Supervision.
- Die Arbeit wird beendet mit einer Zusammenfassung, einem Ausblick und die Bedeutung für die Supervision.

## 2.2 Das Messinstrument

Die Methode der Forschung ist eine qualitativ beschreibende. Durchgeführt wurde ein teilstrukturiertes Interview. Diese Form wurde gewählt, um dem Interviewten die Möglichkeit zu geben, sich die für ihn passende Antwort im Gespräch herauszuarbeiten.

Die Entwicklung des Fragebogen des teilstrukturierten Interviews (nach Lamnek, 1995, 94-110)

In der Auseinandersetzung mit dem Thema wurde deutlich, dass der Identitätsbegriff viele Assoziationen bei den Befragten auslöst und, dass eine Fülle von Erlebnissen und Erfahrungen im Beruf sich vor dem Auge ausbreitet, die die eigene Identität berührt. Das gesamte Berufsfeld in seinen Fremd- und Selbstattributionen wird deutlich. Um diese in ihrer Komplexität zu erfassen, sie einzuordnen und zu versprachlichen braucht es für die Befragten Zeit. Sich einzufinden ist ein Prozess. Der entworfene Interviewbogen sollte diesem Prozess gerecht werden. Die Fragen wurden offen gestaltet, um unerwartete Bezugssysteme zu entdecken, um Unsicherheiten Raum zu geben und eine Suchbewegung zu ermöglichen und um Missverständnisse ansprechen zu können. Dem Interviewten wurde somit ein Leitfaden an die Hand gegeben. Über den eigenen Identitätsbegriff zu reden, bedingt eine vertrauensvolle Atmosphäre, die einen Gesprächscharakter aufweist. Hier greift das Prinzip der Offenheit. Dies beinhaltet auch, dass die Fragen zwar sinngemäß, aber nicht immer wortgetreu, bei allen gleich gestellt wurden, um so dem Interviewten gerecht zu werden. In diesem Interview sollte es darum gehen, ein Problemfeld zu erforschen und die daraus resultierenden Antwortkategorien zu erfassen. Vorangestellt wurde die Frage: *Was verbinden Sie, bzw. verbindest Du mit dem Begriff „beruflicher Identität“*. Die Frage 1 zielt auf den Arbeitsplatz in dem sich beide, der Interviewte und der Interviewer begegnen. Der Interviewte hat Raum sich zu öffnen, um sich in eine Suchbewegung im Berufsfeld zu begeben, in dem er sich mit anderen befindet. Diese Suchbewegung ist wichtig, um eine Integrationsleistung im Sinne eines Nachdenkens zu erwirken, sich in einem Prozess an die berufliche Identität heranzutasten. Die Frage 2 wurde bewusst so gestellt: *Wie sehen Sie / siehst Du Ihre / Deine eigene berufliche Identität*. Das Wort „wie“ wurde gewählt um Beispielmöglichkeiten zu evozieren, die zur

Erarbeitung eines Fragebogens, was Supervision bereitstellen müsste, um identitätskräftigend zu sein, herangezogen werden können.

Der Fragebogen wurde für die 5 Interviews konzipiert. Alter, Geschlecht und Berufserfahrung standen nicht zur Disposition.

Die Pilotstudie

Diese Arbeit kann als eine Pilotstudie verstanden werden, die zur Konzipierung eines neuen Fragebogens führt, der die berufliche Identität und ihre Konsistenz auf Basis der Identitätstheorien feststellt. Nach intensiver Internetrecherche und Anfragen an Verlage und Universitäten<sup>1</sup>, existierten noch keine Fragebogen.

### **2.3 Die Fragestellung**

Die Hypothesen dieser Untersuchung, sind:

1. Physiotherapeuten haben ein mechanistisches, medizinisches Denkbild.
2. Erfahrene Physiotherapeuten suchen Wege in der alternativen Medizin.
3. Physiotherapeuten fühlen sich in ihrem Beruf nicht richtig anerkannt.
4. Physiotherapeuten haben eine hohe Arbeitsbelastung.
5. Es gibt keine eindeutige Beschreibung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten.
6. Physiotherapeuten reflektieren wenig über ihre eigene berufliche Identität.

Die Fragestellung

Die Fragen wurden in 2 Kategorien unterteilt. Die erste bildet eine Einführung und somit eine Auseinandersetzung mit dem Thema. Die zweite Frage erfasst die eigene berufliche Identität.

Die Auswahl der Interviewten

Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass bei Therapeuten das Verständnis der beruflichen Identität in jedem Fachgebiet (Psychiatrie, Orthopädie usw.) und jeder Arbeitsumgebung (Krankenhaus, private Praxis usw.) möglicherweise eine unterschiedliche Identitätsbildung hervorruft. Deshalb wurden die Interviews in ver-

---

<sup>1</sup> Siehe Anlage „Mails“, worin als Beispiel eine Auswahl von 12 Mails aufgenommen worden sind.

schiedenen Fachrichtungen durchgeführt, um eine große Bandbreite an Informationen zu bekommen: es wurden Therapeuten aus den umliegenden Kliniken und Praxen befragt, vorher wurde die Leitung um Erlaubnis und Zustimmung gebeten. Mir ist bewusst, dass die Suche interessensgeleitet war.

#### Die Interviewsituation

Die Interviews wurden in einem gesonderten Raum durchgeführt. Die Datenerhebung fand in einer Umgebung statt, die dem Interviewten vertraut war. Die Interviews fanden alle am Arbeitsplatz in einem von den Interviewten abgeschlossenen Raum statt. Kein Interview wurde gestört. Ein Tonbandgerät zeichnete die Interviews auf. Absolute Vertraulichkeit und Anonymität wurden zugesichert. Ohne eine Vorbeeinflussung der Interviewten zu provozieren, fand eine Aufklärung über den Sinn, Zweck und Gegenstand des Interviews statt. In der Interviewsituation war der Haltung des Interviewers interessiert, zurückhaltend, des Weiteren mit unterstützender Gestik und Mimik untermauert. In den physiotherapeutischen Interviews wurde manchmal ein „Arbeits- Du“ zugrunde gelegt. Es wurde versucht, dass der Interviewte selbst den Gesprächsablauf gestalten kann, damit seine Auffassungen, Interessen und Relevanzsysteme zum Tragen kommen.

## 2.4 Datenanalyse

Diese Datenanalyse wurde nach Lamnek (1995, 94-110) durchgeführt. Die mittels eines Interviews erhobenen auf einem Tonbandgerät gespeicherten Werte wurden einer Transkription überführt. Die Auswertung und Analyse ist eine interpretativ reduktive, d. h. sie ist in verschiedene Phasen unterteilt.

### **Phase 1: Die Transkription:**

Das aufgezeichnete Tonbandmaterial wird Situation und inhaltsgetreu in einer lesbaren Form auf Papier gebracht. Pausen wurden vermerkt. Anschließend wurden Tipp- und Hörfehler durch wiederholte Bandabspulung verbessert, die Informationen anonymisiert. Um Unklarheiten, Widersprüchlichkeiten und Unstimmigkeiten zu entdecken und zu verstehen, erfolgte das nochmalige Lesen unter Einbezug des Kontextes.

### **Phase 2: Die Einzelanalyse:**

Ziel der Einzelanalyse ist die Konzentration des Materials. Nebensächlichkeiten wurden aus den einzelnen Aufzeichnungen entfernt, wichtige Passagen wurden hervorgehoben. Anschließend erfolgte die Entnahme der prägnantesten Textstellen. Diesem stark gekürzten und konzentrierten Text wurden dann für eine Charakterisierung des einzelnen Interviews Kommentierungen zugeführt.

### **Phase 3: generalisierende Analyse:**

Dann begann die Suche nach den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden in den Interviews, d. h. die inhaltlichen und methodischen Differenzen wurden in Begriffen herausgearbeitet, um Grundtendenzen zu Tage treten zu lassen. Die unterschiedlichen Aussagen wurden dargestellt und interpretiert.

### **Phase 4: Kontrollphase:**

Die Auswertung ist reduktiv angelegt. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wurde auf das ursprüngliche Interview wieder zurückgegriffen, um zu prüfen ob die Kernaussagen richtig erfasst wurden. Gegebenenfalls führte dies zu einer Zufügung von Information. Des Weiteren fand eine Besprechung mit den Korrekturlesern statt, um zu einem möglichst großen Konsens in der Auswertung zu kommen.

## **2.5 Generalisierende Analyse**

In dieser Phase der Auswertung werden nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden gesucht. Da die berufliche Identität sehr komplex ist, ist es möglich sie von verschiedenen Perspektiven und auf mehreren Ebenen anzuschauen. Wie schon in Kapitel 3 beschrieben, entwickelt sich berufliche Identität nach Heinz (1995, 132) aus der Synthese von beruflichen Vorstellungen und Arbeitsanforderungen im Betrieb und fließen in den Sozialisationsprozess mit ein.

In der Tabelle werden die Hauptthemen der einzelnen Interviews wiedergegeben

Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Körperbewusstsein	klar darüber bin was ich tue	gymnastische Übungen	Selbstverwirklichung, Spaß haben	funktionellen und anderen körperlichen Schwächen behandeln
Körperwahrnehmung	helfen	psychisch zu begleiten, einen Zugang zum Patienten haben	Gesamte Spektrum der Physiotherapie Hausbesuche	Helfen als Therapeut
Körperwahrnehmungsorientierung	ganzheitliches, Körper, Geist und Seele	Freund sein	Manuelle Therapie, Lymphdrainage als Fortbildungen	engagiert arbeiten
Sport	Körperliche in der klassischen Behandlung	Probleme privater Natur	Zufriedenheit, angenehm	mit Arbeit zufrieden sein
Toleranz, seinen Beruf leben	anderen Behandlungsformen	Beruflich vielseitig, Problem lösen	Wenig Planstellen	Problemlösung
Sozialkompetenz	Ganzheitliches Betrachten in Krankheitsentstehung	Helfen	richtigen Rückhalt und getragen werden	Ausgleich in Familie und Hobby
eigene körperliche Zustand als Vorbild		Helfersyndrom	wenig Aufstiegsmöglichkeiten Schlechte Entlohnung	dazu gehören
sportliche Aktivitäten		Vertrauensbasis	Freiheit	eigenen Gesundheitlichen Standard, Vorbildfunktion
nach theoretischem Wissen verhalten.		Kontakt mit Kollegen, im Team arbeiten	Nicht lukrativ, nicht Leistungsgerecht vergütet	Verständnis für Krankheitsbild
Berufliches Wissen in Alltag und Sportleben integrieren		erfüllt	Reglementierung öffentlichen Dienstes und Praxisstruktur	Krankheitsbild mit dem Körper-Seele Veränderungen
mit Menschen zu tun haben		gymnastische Übungen	Hohe Kompetenzen, aber Physiotherapeut nur die ausführende Kraft.	Austausch mit junge Kolleginnen

Tabelle 1: Hauptthemen der Befragten

Matrixerstellung: Hierin sind die Begriffe aufgezeichnet, die in den beiden Phasen erhalten wurden. Von einer Person sind, wenn genannt, mehrere Begriffe erfasst.

Es folgen zwei Modelle, nach denen die Aussagen der Interviewten eingeteilt und analysiert werden. Das erste Modell orientiert sich an den Vorstellungen des ZVK (2003). Das zweite Modell nimmt die Charakteristiken von Petzold und Orth (1994) auf.

### 2.5.1 Analyse nach physiotherapeutischen Persönlichkeitsmerkmalen (ZVK)

Die Fähigkeiten des Physiotherapeuten sind beim ZVK nicht als Identität beschrieben. Es scheint aber ein einziges Modell zu sein, das etwas aussagt über die Persönlichkeit des Physiotherapeuten, wenn es auch eher die Kompetenzen bzw. Performanzen anspricht.

ZVK (2003) „Fähigkeiten“ des Therapeuten:

- Körperliche und psychische Belastbarkeit.
- Gutes Bewegungsempfinden.
- Manuelles Geschick.
- Beste Beobachtungsgabe.
- Geduld.
- Ausdauer.
- Zuverlässigkeit.
- Teamfähigkeit.
- Technisches Interesse.
- Aufmerksame Zuwendungsfähigkeit zum Patienten.

	Interview 1	Interview 2
1. Körperliche und psychische Belastbarkeit.		
2. Gutes Bewegungsempfinden.	Körperbewusstsein, Körperwahrnehmung, Koordinationsgefühl, Sport	
3. Manuelles Geschick.	eigener körperlicher Zustand als Vorbild	
4. Beste Beobachtungsgabe.	Körperwahrnehmungs- orientierung	klar darüber bin, was ich tue

	Interview 1	Interview 2
5. Geduld.	Sozialkompetenz	
6. Ausdauer.		
7. Zuverlässigkeit.		
8. Teamfähigkeit.		
9. Technisches Interesse.		
10. Aufmerksame Zuwendungsfähigkeit zum Patienten.	Sozialkompetenz Toleranz	helfen

Tabelle 2: Analyse an Hand „ZVK Merkmale“

	Interview 3	Interview 4	Interview 5
1. Körperliche und psychische Belastbarkeit.			
2. Gutes Bewegungsempfinden.		Hohe Kompetenzen	eigener gesundheitlicher Standard, Vorbildfunktion
3. Manuelles Geschick.	gymnastische Übungen	Hohe Kompetenzen, Fortbildungen	eigener gesundheitlicher Standard, Vorbildfunktion
4. Beste Beobachtungsgabe	Probleme privater Natur.		
5. Geduld.			
6. Ausdauer.			
7. Zuverlässigkeit.			
8. Teamfähigkeit.	Kontakt mit Kollegen, im Team arbeiten		Austausch mit jungen Kolleginnen
9. Technisches Interesse.			
10. Aufmerksame Zuwendungsfähigkeit zum Patienten.	psychisch begleiten, Freund sein, Helfen, einen Zugang zum Patienten haben, Vertrauensbasis, helfen durch ein Gespräch		helfen als Therapeut, Problemlösung, engagiert arbeiten, Verständnis für Krankheitsbild mit Körper-Seele Veränderungen.

Tabelle 3: Analyse an Hand „ZVK Merkmale“

### *Interpretation*

Interessant ist, dass zu: Körperliche und psychische Belastbarkeit, Geduld, Ausdauer, Zuverlässigkeit und Technisches Interesse, keine Aussagen von den Interviewten gemacht wurden. Andere Aussagen, die die Interviewten gemacht haben, waren nicht einzuordnen, z.B. Aussagen über Arbeitszufriedenheit und Spaß an der Arbeit, Wertschätzung der Arbeit und Selbstverwirklichung, Ganzheitliches Arbeiten, Verhalten in der Freizeit usw.

Aus dieser Tabelle wird aber sehr klar, wie wichtig die aufmerksame Zuwendungsfähigkeit zum Patienten ist. Nur eine Interviewte hat in dieser Kategorie keine Aussage gemacht. Gerade dieser Aspekt bekommt in der Ausbildung (vgl Raps, Melzer 1995) wenig Aufmerksamkeit. Das manuelle Geschick wird von den Interviewten hoch gewertet und ist damit auch ein wichtiger Bestandteil der beruflichen Identität des Physiotherapeuten. Ansonsten sind die Themen, die die Interviewten angesprochen haben, sehr vielseitig, wie es der Beruf auch vorgibt. Es scheint hier keine sehr eindeutigen Themen zu geben. Es kann allerdings auch so sein, dass z.B. die körperliche und psychische Belastbarkeit für Physiotherapeuten so selbstverständlich integriert ist, dass es den Interviewten gar nicht direkt einfällt oder erwähnenswert scheint. Tatsache ist, dass Physiotherapeuten viele Therapien ausführen, wobei Körperkraft und Körpereinsatz gefragt sind, wie z.B. in der Neurologie, Chirurgie und Geriatrie. Auch aus der Entwicklung, dass in der privaten Praxis durch verschiedene Gesundheitsreformen, die Behandlungszeiten immer mehr reduziert werden (jetzt schon teilweise auf 15 bis 20 Minuten pro Behandlung), oder wie in Interview vier dargestellt, dass Planstellen abgebaut werden und Kosten bzw. Behandlungszeit verringert werden sollen, resultiert eine große Belastung sowohl körperlich wie auch psychisch. Dadurch wird eine sehr große Flexibilität gefordert, sich immer wieder auf neue Menschen mit eigenen Problematiken einzustellen und darauf adäquat einzugehen.

Es wäre sinnvoll das ZVK-Modell zu überprüfen, ob diese Einteilung so beibehalten werden kann. Es scheint sehr begrenzt auf die Fähigkeiten, die ein Physiotherapeut fachlich haben muss, und weniger ist der Mensch als Ganzes gemeint mit seinen Emotionen, Volitionen, Kognitionen usw. Wenn wir dieses ZVK Modell im Sinne von Petzold und Orth (siehe unten) sehen, wird vor allem die Charakteristik: „die Leistungen, die Physiotherapeuten im Arbeitsbereich erbringen“ betont. Eine Erweiterung ist sicherlich notwendig.

## 2.5.2 Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung in der Integrativen Therapie/Supervision

Petzold und Orth (1994) beschreiben für die Säule Arbeit und Leistung folgende Charakteristiken:

- Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen.
- Arbeitszufriedenheit.
- Erfolgserlebnisse.
- Freude an der eigenen Leistung.
- Entfremdende Arbeit.
- Arbeitsbelastung.
- Überfordernde Leistungsansprüche.
- Erfüllte Leistungsansprüche.
- Fehlende Leistungsansprüche.
- Bereich der Freizeit.

Nach diesen Charakteristiken werden im Folgenden die Interviews eingeteilt:

Charakteristiken	Interview 1	Interview 2
1. Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen.	Sozialkompetenz, Vorbildfunktion, nach theoretischem Wissen verhalten, Toleranz, mit Menschen zu tun haben	Patienten helfen Ganzheitlichen Betrachten bei Krankheitsentstehung
2. Arbeitszufriedenheit.	Keine Aussage	Keine Aussage
Charakteristiken	Interview 1	Interview 2
3. Erfolgserlebnisse.	Keine Aussage	Keine Aussage
4. Freude an der eigenen Leistung.	Keine Aussage	Keine Aussage
Entfremdende Arbeit.	Keine Aussage	Keine Aussage
5. Arbeitsbelastung.	Keine Aussage	Keine Aussage
Überfordernde Leistungsansprüche.	Keine Aussage	Keine Aussage
6. Erfüllte Leistungsansprüche.	seinen Beruf leben, körperbewusst sein Körpermaßgefühl, Körperwahrnehmung, Sportlichkeit.	Keine Aussage

Charakteristiken	Interview 1	Interview 2
7. Fehlende Leistungsansprüche.	Keine Aussage	Keine Aussage
8. Bereich der Freizeit	Berufliches Wissen integrieren in Alltag und Sportleben.	Keine Aussage

Tabelle 4: Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung

Charakteristiken	Interview 3	Interview 4	Interview 5
1. Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen.	Gymnastische Übungen Psychisch begleiten Kontakt mit Kollegen, Teamarbeit Helfen	Manuelle Therapie, Lymphdrainage als Fortbildungen	Behandlung funktionseller und anderer körperlicher Schwächen, Krankengymnastische Techniken helfen als Therapeut, Verständnis für Krankheitsbild mit Körper-Seele Veränderungen
2. Arbeitszufriedenheit.	erfüllt	Selbstverwirklichung Spaß Zufriedenheit Befriedigung Freiheit	Dazu gehören
3. Erfolgserlebnisse.	Problem lösen Helfen	Keine Aussage	Vorbildfunktion
4. Freude an der eigenen Leistung.	Keine Aussage	Hausbesuche Gesamtes Spektrum der Physiotherapie	Engagement Problemlösung
5. Entfremdende Arbeit.	Keine Aussage	Reglementierung	Keine Aussage
6. Arbeitsbelastung.	Keine Aussage	Enger Rahmen Nicht lukrativ Kein Rückhalt Minutentakt	Keine Aussage
Überfordernde Leistungsansprüche.	Keine Aussage	Keine Aussage	Keine Aussage
7. Erfüllte Leistungsansprüche.	Keine Aussage	Keine Aussage	Keine Aussage

Charakteristiken	Interview 3	Interview 4	Interview 5
8. Fehlende Leistungsansprüche.	Keine Aussage	Heilhilfsberuf: nur ausführende Kraft Schlechte Entlohnung	Keine Aussage
9. Bereich der Freizeit	Keine Aussage	Keine Aussage	Meine Familie Hobby Arbeit Arbeit sein lassen.

*Tabelle 5: Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung*

*Bemerkung:*

Diese Einteilung spiegelt die Säule Arbeit, Leistung und Freizeit wieder. Die Säule Leiblichkeit und Werte/Normen ist hier nicht integriert, wobei diese Säulen nicht unwichtig sind, da die Leiblichkeit in Form der Sportlichkeit, eigenen Gesundheit bzw. des körperlichen Zustandes zum Beruf des Physiotherapeuten wesentlich dazugehört, und die Säule der Werte und Normen direkt auch die professionelle Berufshaltung berührt.

Hier wird explizit nach beruflicher Identität gefragt. Eine andere Möglichkeit und Blickrichtung wäre zu erforschen, wie die Organisationsidentität im Sinne der „Corporate Identity“ ist. Dies beschreibt Petzold (1998, 227/228) unter den verschiedenen Identitätsdimensionen. Sie werden hier angepasst an die fünf Säulen der Identität und werden folgendermaßen unterteilt:

1. Basis des Unternehmens. Dies ist die faktische Präsenz von Unternehmen, Krankenhaus, Praxis, Rehabilitationszentrum usw.
2. Verbindungen des Unternehmens. Z.B. im Krankenhaus: Intern die verschiedenen Fachbereiche, Stationen, Berufsgruppen usw. und extern die Patienten, Angehörigen, Krankenkassen, Behörden, das Gesundheitsministerium usw.
3. Produktivität und Qualität. Sie bestimmen über Stabilität und guten Ruf des Krankenhauses, der Praxis usw. Sie stehen deshalb bei den Mitarbeitern im Brennpunkt der Aufmerksamkeit.
4. Wertschöpfung, Gewinn, Anlagen. Diese Dimension ist möglicherweise im Gesundheitssystem nicht für alle Mitarbeiter sichtbar. Aber durch die zunehmende Privatisierung und durch Sparmaßnahmen wird der wirtschaftliche Aspekt wichtig zum Überleben.

5. Operative Werte. Die Werte müssen eindeutig an die Unternehmensphilosophie angebunden sein, damit keine Wertekonflikte entstehen. Sie werden operativ eingesetzt. Sie dienen der Identitätsmarkierung nach Außen; nach Innen bestimmen sie das Handeln der Mitarbeiter.

Berufliche Identität und Zugehörigkeit zu einem Unternehmen (St. Joseph Krankenhaus, Rehabilitationszentrum am Park, Praxis Müller, Körperbehinderte Schule Helen Keller usw.) im Sinne der „Corporate Identity“ beeinflussen sich gegenseitig und dürfen nicht getrennt gesehen werden. Hierin fließen ebenso die Charakteristiken: „Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen“, „Arbeitszufriedenheit“, „Erfolgserlebnisse“, „Entfremdende Arbeit“, „Arbeitsbelastung“, „Überfordernde Leistungsansprüche“, „Erfüllte Leistungsansprüche“, „Fehlende Leistungsansprüche“ ein.

#### *Interpretation der Einteilung nach der Säule Arbeit/Leistung/Freizeit*

Zu den „Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen“ weiß jeder Interviewte zu beschreiben, was er/sie im Arbeitsbereich leistet. Möglicherweise sind die Interviewten sehr leistungsorientiert und deshalb tritt dies als erstes in den Vordergrund. Zu den anderen Charakteristiken sind sehr unterschiedliche und heterogene Angaben gemacht worden. Dies bestätigt die Annahme, dass es (noch) keine eindeutige berufliche Identität des Physiotherapeuten gibt oder/und dass sie sehr vielfältig sein kann. Es scheint, dass für einen Physiotherapeuten die ursprüngliche, aus der geschichtlichen Herkunft eher orthopädisch mechanistische gymnastische Arbeitsweise noch dominiert und weitergeführt wird. Für die vier anderen Physiotherapeuten ist dies ein zu enger Rahmen – sie sehen die Physiotherapie auch mit Aufgaben der „Ganzheitlichkeit“ und Sozialkompetenz belastet. Hierfür ist noch kein richtiger äußerer Rahmen (z.B. Abrechnungsziffer bei der Krankenkasse und Anerkennung bei den Ärzten) und nicht genügend Ausbildung (Rasp/Melzer 1995) in den Schulen vorhanden. Auch das ZVK (2003, 8) sieht als besonderes Merkmal der Physiotherapie die persönliche Begegnung zwischen Patient und Therapeut. Die Fähigkeit, die aktive Mitarbeit der Patienten zu gewinnen, ihre Eigenverantwortlichkeit anzuregen und zu erhalten, ist eine ausschlaggebende Fähigkeit des Physiotherapeuten. Bis jetzt ist es so, dass diese Fähigkeiten nicht gelehrt werden, sondern dass der Therapeut sie selbst „mitbringen“ muss. Es fiel den Interviewten schwer, differenzierte Angaben über „Ganzheitlichkeit“ und Sozialkompetenz zu machen.

## 2.6 Zusammenfassung, Ausblick und Bedeutung für die Supervision.

### Zusammenfassung

Es folgt eine kurze Stellungnahme zu den folgenden Annahmen/Hypothesen:

1. *Physiotherapeuten haben ein mechanistisches, medizinisches Denkbild.*

Dies scheint sich in fünf Interviews nicht direkt zu bestätigen, da auch Sozialkompetenz und Ganzheitlichkeit mehrmals erwähnt wurden. Wie Sozialkompetenz und Ganzheitlichkeit in der Praxis umgesetzt werden, war nicht Gegenstand dieser Interviews, es ist durchaus vorstellbar dass diese auch „mechanistisch, medizinisch“ sind. Es wäre aber interessant, sich diesem Thema nochmal zu stellen.

2. *Erfahrene Physiotherapeuten suchen Wege in der alternativen Medizin.*

Dies bestätigt sich in nur einem Interview, das sind 20%. Da nur fünf Interviews gemacht worden sind, ist es nicht repräsentativ für die ganze Physiotherapie. Auch wenn 20% der Physiotherapeuten diesen Weg gehen, wäre es interessant die Hintergründe zu erforschen und diese in Verbindung mit der beruflichen Identität zu bringen.

3. *Physiotherapeuten fühlen sich in ihrem Beruf nicht richtig anerkannt.*

Deutlich war dies bei einer Interviewten, die sich von der übergeordneten Organisation nicht anerkannt fühlte. Die anderen vier Befragten haben die Organisation/Einrichtung, worin sie gearbeitet haben in Bezug auf die berufliche Identität nicht erwähnt. Da das Interview nicht strukturiert oder gelenkt war, gab es keine direkte Frage danach. Es ist durchaus möglich, dass die Interviewten die berufliche Identität als sehr persönlich und ohne Einfluss von übergeordneten Strukturen gesehen haben. Dass das aber nicht ohne diese Einflüsse zu sehen ist, ist möglicherweise nicht im Bewusstsein der einzelnen Interviewten. Auch hier wäre es wieder interessant, die Frage genauer zu beforschen.

4. *Physiotherapeuten haben eine hohe Arbeitsbelastung.*

Über die Arbeitsbelastung wurden explizit keine Aussagen gemacht, eine Interviewte deutete auf „engen Rahmen“ und „Minutentakt“ hin, was evtl. auf eine hohe zeitliche Arbeitsbelastung hinweist. Im medizinischen und auch physiotherapeutischen Feld ist es so, dass immer mehr Kosten gespart werden müssen und dadurch die Behandlungszeiten reduziert werden, bzw. Personal gekürzt wird. Die vier Interviewten ha-

ben diese Aspekte nicht im Bezug zu ihrer eigenen beruflichen Identität gesehen. Diese Frage wäre es wert, genauer erforscht zu werden

5. *Es gibt keine eindeutige Beschreibung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten.*

Durch die sehr heterogenen Angaben ist diese Hypothese bestätigt. Auch die Tatsache, dass die Frage nach der beruflichen Identität anfangs schwierig war und auch zwei Mal geäußert wurde, dass die Interviewten sich darüber noch keine Gedanken gemacht haben, zeigt eine geringe Beschäftigung mit dem Thema. Und durch die vielen Pausen wurde auch deutlich, wie viel Denkzeit die einzelnen gebraucht haben. Dies könnte man so interpretieren, dass die Gedanken über die berufliche Identität nicht selbstverständlich sind und nicht klar.

6. *Physiotherapeuten reflektieren wenig über ihre eigene berufliche Identität.*

Viele Interviewte hatten Schwierigkeiten mit der Frage nach ihrer beruflichen Identität und mussten lange nachdenken oder erwähnten diese Schwierigkeit als solche. In der Tradition und Sozialisation der Physiotherapie nimmt das Überdenken und Reflektieren des eigenen sozialen Handelns wenig Platz ein. So kann die Schwierigkeit bei der Frage nach der Identität erklärt werden.

Fazit: um valide Aussagen machen zu können, sollte direkt nach den verschiedenen Themen gefragt werden. Die Interviewten haben lediglich das gesagt, was sie in dem Moment für wichtig erachtet haben und was momentan im Blickfeld war. Das bedeutet nicht, dass andere Themen unwichtig sind.

Es kann nicht bestätigt werden, dass die interviewten Physiotherapeuten ihre Identität einschränken auf „die Jagd nach materiellen Ressourcen“ (siehe Kapitel 3.6).

### **Ausblick**

Die Ergebnisse der Interviews sind eine gute Informationsquelle, um einen Fragebogen zusammenzustellen.

Um einen Fragebogen zu strukturieren, ist es empfehlenswert, die Persönlichkeitseigenschaften, die das ZVK beschrieben hat, in das Identitätsmodell der Integrativen Therapie/Supervision einzuordnen. Hierbei wäre es sinnvoll die Identitätssäulen zu benutzen, hauptsächlich die Säule Arbeit/Leistung/Freizeit, aber auch zusätzlich die

Säule der Leiblichkeit und die Säule der Werte/Normen, die jeweils als Kategorie befragt werden.

Folgende Kategorien könnten in dem Fragebogen abgefragt werden:

1. *Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen* (hierzu gehören u.a.: Beobachtungsgabe, Geduld, Ausdauer, Zuverlässigkeit Teamfähigkeit, Belastbarkeit, Technisches Interesse, Aufmerksame Zuwendungsfähigkeit zum Patienten).
2. *Leiblichkeit* (hierzu gehören u.a.: Bewegungsempfinden, Manuelles Geschick, Körperliche Belastbarkeit).
3. *Arbeitszufriedenheit*.
4. *Erfolgserlebnisse und Entlohnung der erfolgreichen Arbeit*.
5. *Freude an der eigenen Leistung*.
6. *Entfremdende Arbeit*.
7. *Arbeitsbelastung*.
8. *Leistungsansprüche* (überfordernd, erfüllt, fehlend).
9. *Bereich der Freizeit*
10. *Werte/Normen in der Berufshaltung*.

Eine offene Frage ist, inwieweit die berufliche Identität mit der „Organisationsidentität“ verbunden ist. Sinnvoll wäre es, sich dieser Frage zu widmen, wenn die Ergebnisse der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten vorliegen.

## **Die Bedeutung für die Supervision**

### Patchworkidentitäten

Identität ist von der Außenwelt abhängig, die sich schnell auflösen und wieder neu bilden kann. Da unsere Welt sehr schnelllebig ist, ist es notwendig seine Identität immer wieder zu reflektieren und neu zu bilden. Die berufliche Identität ist ein wichtiger Teil unsere Identität, die anderen Säulen der Identität hängen ganz eng damit zusammen. Keupp (1999, 432) spricht von einem Fleckerlteppich bzw. „Crazy Quilt“, Der „Crazy Quilt“ lebt von seiner überraschenden, oft wilden Verknüpfung von Formen und Farben, zielt selten auf bekannte Symbole und Gegenstände.“ Beachtenswert ist, dass trotz der sich unvorhersehbaren und wirren Formen (Individualität) eine Ganzheit entsteht: „anstatt einer völligen Auflösung in Teilelemente - ein Fleckerlteppich bleibt ein Teppich“. Trotz des Zugewinns von kreativen Lebensmöglichkeiten, ist

eine innere Kohärenz der Patchworkidentität nicht abhanden gekommen. „Kohärenz ohne Identitätszwang ist ein kreativer Prozess von Selbstorganisation“ (Keupp 1988, 433).

Dieser Prozess kann nicht in Einsamkeit erreicht werden, sondern nur als gelungene Verknüpfung einer Person mit anderen. Hier scheint die Supervision eine wichtige Aufgabe zu haben, die Prozesse wahrzunehmen und zu fördern. Die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Gesellschaft spielt also auch für Keupp eine wesentliche Rolle. Allerdings sind die gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen neuerdings von zentraler Bedeutung: Nur wer die ökonomischen oder sozialen Voraussetzungen hat, kann auch Identitätsarbeit betreiben. Ohne Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozess in Form von sinnvoller Tätigkeit und angemessener Bezahlung ist Identitätsbildung in einem Schwebestadium. Das bedeutet, dass man in der Supervision bei Physiotherapeuten sicherlich die aktuelle Gesundheitspolitik mitbeachten muss, wo Kosten gespart werden und die Arbeitsbedingungen schlechter werden.

#### „Social world“ Perspektive

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, die berufliche Identität in **einer** „social world“ Perspektive zu sehen. Petzold (1998, 113) beschreibt die „social worlds“ als geteilte, kognitive Regeln, Wissensbestände und Wertungen. Diese bieten Orientierungen im Feld, konstituieren „Zusammengehörigkeiten“ und bestimmen „Denkstile“ und „Handlungsweisen“. Ein Team wäre z.B. ein „micro social world“, wobei es in der Supervision darum gehen könnte, die Inhalte bis hin zu Denkstilen und Handlungsweisen zu erörtern und dies in einem größeren Zusammenhang zu platzieren. Dies wäre identitätsstiftend damit ein „Ich als Physiotherapeut“, „Wir als Physiotherapeuten“ bis „Wir als Physiotherapeuten Team“ entstehen kann. Dies formt das Berufsidentitätsgefühl.

#### Berufsidentitätsgefühl (in van Wijnen, Petzold 2003)

In der Supervision ist es wertvoll, die beruflichen fundamentalen Überzeugungen, Prinzipien und Entscheidungen bewusst zu machen. Diese Prinzipien bestimmen nach Keupp die Dinge, die wir achten und wertschätzen. Sie bestimmen über Handlungen, auf die wir stolz sind, die uns verletzen oder beschämen, die wir erreichen wollen und für die wir Revanche nehmen. Das Identitätsgefühl enthält sowohl Bewertungen über die Qualität und Art der Beziehung zu sich selbst (Selbstgefühl) als auch

Bewertungen darüber, wie eine Person die Anforderungen des Alltags bewältigen kann (Kohärenzgefühl).

Berufliche Identität und Anerkennung (in van Wijnen, Petzold 2003)

In einem Interview wurde die fehlende Anerkennung erwähnt. Anerkennung ist ein Aspekt der beruflichen Motivation. Keupp (1999) hat sich ausführlich mit dem Thema beschäftigt.

Das Gefühl der Anerkennung setzt sich aus drei eng miteinander verwobenen Elementen zusammen, in denen sich ein klassisches Identitätsthema (die ineinander verschlungene Innen- und Außenbeziehung) widerspiegelt. (Keupp 1999, 256)

- Aufmerksamkeit von anderen.
- Positive Bewertung durch andere.
- Selbstanerkennung.

Aufgabe der Supervision ist es die Sensibilität und die Wahrnehmung (verbal und non-verbal) für andere zu schulen, um die Aufmerksamkeit und Bewertung von anderen besser einzuschätzen. Auch die Selbstbewertung und Selbstanerkennung kann unterstützt und entwickelt werden. Deutlich wird dabei, wie wichtig es ist, nicht nur Anerkennung zu bekommen, sondern sie auch „auszuteilen“. Erst wenn alle drei Elemente erfüllt sind, kann eine erfahrene Selbstthematisierung ihre anerkennende Wirkung entfalten. Fehlt eine der drei Komponenten, bleibt die Anerkennung unvollständig und wird vom Subjekt mit Zweifeln erlebt. (Keupp 1999, 256)

Selbstverwirklichung (in van Wijnen, Petzold 2003)

Die Selbstverwirklichung war ebenfalls Gegenstand in einem Interview und scheint für die berufliche Identität äußerst wichtig zu sein.

In den modernen Identitätstheorien ist deutlich, dass durch die veränderte Gesellschaft immer wieder Veränderungen in der Person/dem Individuum stattfinden müssen, um eine Identität zu formen. Wie Keupp feststellte, ist im Vergleich zu früher eine große Wandlung zu beobachten. Wo es damals ein „Normalmodell“ gab, gibt es heute keine linear bezogene Berufskarriere mehr. Es finden ständig Reflexionen und Überlegungen über die zukünftige Selbstverwirklichung statt. In dieser Selbstverwirklichung liegt eine Möglichkeit, mit der Supervision einzuwirken. Keupp sagt, dass die Erwerbsarbeit nicht nur zentrale Erfahrungen von Anerkennung, sondern auch von Selbstverwirklichung vermittelt. Supervision könnte die Rolle einer Karrierebegleitung

übernehmen und gleichzeitig eine Arbeit an dem beruflichen Identitätsgefühl und der sinnstiftenden Selbstverwirklichung darstellen

#### Identifikationen und Identifizierungen

In den Interviews wurde eine große Vielfalt von Identitätsbeschreibungen festgestellt, wobei die selbstreferentiellen Identifikationen und die fremdattributiven Identifizierungen nicht immer ausbalanciert sind.

Die Identifikationen und Identifizierungen sind ein bedeutender Ansatzpunkt für die Supervision: „wie werde ich gesehen und wie sehen mich die anderen“. In Team- und Gruppensupervision können diese Fragen zur Identitätsklärung und Identitätsförderung beitragen.

Petzold (1998, 226) beschreibt, dass Identität sich im Beruf konstituiert in Prozessen der Fremdattribution (Identifizierungsprozesse durch Kunden, Zulieferer, Konkurrenten, der Öffentlichkeit), ihrer differenzierenden Kognitionen und emotionalen Bewertung durch das Unternehmen (das Management, die Mitarbeiter), was zu differenzierten Selbstattributionen (Identifikationsprozesse der Top-Struktur und der Mitarbeiterschaft auf alle Ebenen) führt.

Wenn das Wissen um diese Identitätsprozesse klar und bewusst ist, kann in einem Unternehmen eine „Corporate Identity“ entstehen. Dies wäre eine Aufgabe des Metacounseling.

Einerseits, wie oben beschrieben, kann die eigene berufliche Identität verstärkt und gefestigt werden, andererseits wäre es auch möglich, die „Organisationsidentität“ als Ziel zu setzen. Möglicherweise ist dies nicht zu trennen und es muss ein „sowohl als auch“ sein.

#### **Anmerkung:**

In der Physiotherapie wird der Begriff Supervision zunehmend verbunden mit „Anleitung“ oder „Kontrolle“. Dies häufig in Zusammenhang mit Ausbildung und Weiterbildung. Um die Inhalte und Ziele der (Integrativen) Supervision an Physiotherapeuten zu vermitteln, ist noch viel Aufklärungsarbeit notwendig. Außerdem wäre eine Bedarfsanalyse sinnvoll.

## Teil II Supervision bei Physiotherapeuten

Nachdem die berufliche Identität und deren Bedeutung für die Supervision fokussiert wurden, ist es interessant zu sehen, in wie weit überhaupt jetzt schon Supervision stattfindet und die dort gestellten Erwartungen und die Wirksamkeit der Supervision festzustellen. Es wäre möglich identitätsfördernde Unterstützung in der Supervision anzubieten.

Dies geschah in einer weiteren Studie.

### 3 Einleitung

In der Physiotherapie spielt Supervision eher eine geringe Rolle. Supervision ist in anderen psychosozialen, pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Gebieten ein bedeutender Stützpunkt für professionelles Handeln. An Publikationen über Supervision und Physiotherapie sind bis jetzt nur wenige Artikel zu finden, Studien gab es nur eine. Waibel (2003) untersuchte ein Supervisionsangebot bei Physiotherapieschülern, Molling (1998) beschrieb die „Nachhilfe“ in der Beziehungsarbeit mit Patienten. Die Forderung nach Supervision bzw. supervisionsähnlichen Fortbildungen hingegen wird im Beitrag über die „Arbeitszufriedenheit und Bedarf an psychosozialer Fortbildung von Physiotherapeuten in der Rehabilitation“ von Mariolaku/Muthny (2002) deutlich benannt. Kostrzewa (2002) merkt an, dass zum individuellen Fallverstehen in der Physiotherapie eine berufsbegleitende Supervision hilfreich und sinnvoll wäre. Simader (2005) befasst sich mit der Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur Physiotherapeutin. Es handelt sich hier um eine Studie der Arbeitsgemeinschaft Physiotherapie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (AG-PT-DGP) an deutschen, österreichischen und Schweizer Physiotherapieschulen und -akademien, und ergänzende Aussagen von Schülerinnen und Studierenden in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ziel dieser Befragung war es, herauszufinden, ob der Umgang mit schwerstkranken oder sterbenden Menschen im deutschsprachigen Europa (Deutschland, Österreich, Schweiz) ein allgemein akzeptierter Ausbildungsinhalt ist. Eine Frage galt dem Stellenwert der Supervision in der Ausbildung. Bezüglich ihrer Verhaltensstrategien beim konkreten Ereignis des Sterbens eines Patienten erhalten konkret 2% der Schülerinnen bzw. Studentinnen Supervision. Bezüglich der allgemeinen Frage nach Supervision in der Ausbildung zur Physio-

therapeutin (unabhängig vom Thema Tod und Sterben) kann man erkennen, dass das Thema in ca. der Hälfte der Ausbildungen vorhanden ist (53%). Werden die Zahlen mit den differenzierten Aussagen ergänzt, so zeigt sich, dass die Bezeichnung „Supervision in der Physiotherapie“ von den Fragebogenkonstrukteuren nicht eindeutig genug gewählt war. Wahrscheinlich hätte eine genauere Differenzierung zwischen physiotherapeutisch-fachlicher Supervision und psychologischer Supervision erfolgen müssen. Andererseits sind die Ergebnisse dennoch aussagekräftig, da von allen Institutionen, die angegeben haben, dass die Studentinnen/Schülerinnen Supervision erhalten, lediglich vier von Psychologen bzw. Supervisoren supervidiert werden. Die restlichen Antworten sind häufig Physiotherapeutinnen (Interpretation: fachliche Supervision) und selten Ärzte und Mitschüler. Das Phänomen der mangelnden oder häufig nicht stattfindenden psychologischen Supervision in der Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen sollte laut Simader gesondert überdacht und diskutiert werden.

In den letzten Jahren gab es einige Forschungsanstrengungen (vgl. *Stoltenberg, McNeill, Crethar 1994; Worthington 1987*) zur Supervision. Trotzdem ist das Wissen über Supervision und ihre Auswirkungen und Wirkweisen immer noch sehr gering und dies gilt im besonderen Maße für die Erforschung von Ausbildungsgängen zur Supervision. Empirische Supervisionsforschung wird meistens mit Wirkungsforschung gleichgesetzt (*Buer 1998*). Sie besteht dann allerdings vielfach in einer konzeptlosen Abfrage von Effekten. Demgegenüber lässt sich behaupten, dass Supervision einen hochkomplexen lebensweltlichen Zusammenhang darstellt (*Schreyögg 1994*), der aufgrund seines interaktiven und systemischen Charakters ohnedies immer nur ausschnittsweise zu erfassen ist. Betrachten wir die große Anzahl der Einflussfaktoren und Prozessvariablen so wird deutlich, mit welchen methodischen Problemen die Evaluation von Supervision konfrontiert ist. 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 Supervision gerecht werden, eine Vielzahl von Ebenen erforschen.

### 3.1 Was ist Supervision

„Unter dem Begriff ‚Supervision‘ findet man eine verwirrende Vielzahl kaum noch zu überschauender Literaturveröffentlichungen. Sie reichen von impressionistisch anmutenden globalen ‚Erfahrungsberichten‘, die der einen oder anderen ‚Methodenschule‘ zugeordnet sind, bis zu statistisch-empirisch orientierten Untersuchungen von Fragestellungen, die, gemäß den Erfordernissen der Untersuchungsmethode, nur einen kleinen Ausschnitt des Gegenstandes ‚Supervision‘ erfassen können“ (Bardé 1991, 3).

Der DGSv (der größte Berufsverband für Supervision in Deutschland) definiert die Supervision (<http://www.dgsv.de>) als „ein Beratungsformat, das zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. In der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag thematisiert. Dabei wird die berufliche Rolle und das konkrete Handeln der Supervisor/innen in Beziehung gesetzt zu den Aufgabenstellungen und Strukturen der Organisation und zu der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen mit Kund/innen und Klient/innen. Es gibt verschiedene Formen der Supervision: Einzel-, Gruppen- und Teamsupervision bzw. Organisationssupervision.“

Der Begriff „Supervision“ stammt aus dem amerikanischen Sprachraum. Supervision bedeutete die sachliche und fachliche Kontrolle von Kollegen. Dies war vor allem in erwerbsorientierten Organisationen als auch beim Militär vorzufinden, wo der Supervisor ein Vorgesetzter ist. Später kamen Fortbildungsbemühungen der Sozialarbeit dazu, um die Sozialarbeit effektiver zu organisieren, aber auch als Anleitung und Hilfe für die Sozialarbeiter. Es ist möglich, dass auch Physiotherapeuten diese Wurzel als eigene Richtung sehen. Einige Fortbildungen im Bereich der Physiotherapie bieten Supervision als fachliche Kontrolle an.

Bei Freud findet man den Begriff Kontrollanalyse. Dies ist eine supervisionsähnliche Reflexion der Patientenfälle, die ein Ausbildungskandidat im Rahmen seiner psychoanalytischen Weiterbildung einbringt. Gleichzeitig soll es den Umgang mit eigenen emotionalen Belastungen reflektieren. Die Supervision entwickelt sich immer mehr als eine Anleitung zur „emanzipatorischen Selbstreflexion“ (Conrad und Pühl 1983) wobei der kontrollierende Aspekt eine untergeordnete Rolle spielt.

## 3.2 Was ist integrative Supervision

Petzold beschreibt 4 Definitionen aus verschiedenen Perspektiven:

1. als eine Methode
2. als interaktionalen Prozess
3. als Praxisstrategie
4. als sozialphilosophisch fundierte Disziplin

Zu: **Methode:**

Supervision ist eine interdisziplinär begründete *Methode* zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, durch mehrperspektivische Betrachtung aus „exzentrischer Position“. Außerdem ist sie eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin.

Sie geschieht durch die Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, so dass eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performativen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als „Kompetenzgruppen“ bezeichnen.

Zur Erläuterung dieser Definition werden einige Begriffe, die vor allem für die Integrative Supervision von Bedeutung sind, kurz erklärt:

- *Ko-respondenz:*

Ko-respondenz ist die diskursive Auseinandersetzung über Probleme, Ressourcen, Potentiale und Kontextbedingungen auf der Sach- und Affektebene zwischen den an einer Aufgabe beteiligten Personen mit dem Ziel des Erreichens von Konsens, seiner Ausarbeitung zu Konzepten und deren Umsetzung in Kooperation (Petzold, 233)

Ko-respondenz ist eine Form intersubjektiver Begegnung und Auseinandersetzung über eine relevante Fragestellung einer gegebenen Lebens- und Sozialwelt, durch die im gesellschaftlichen Zusammenhang Integrität gesichert, im agogischen Kontext Integrität gefördert und im therapeutischen Setting Integrität restituiert wird.

Bezogenheit zur Umwelt und den Mitmenschen, korrespondieren auf gleicher Ebene; aufeinander antworten, miteinander antworten; synergetischer Prozess, Ziel: Konstituierung von Konsens, Konzepten und Kooperation; Voraussetzung: wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität; Scheitern führt zu Entfremdung

- *Kompetenz und Performanz*

*Kompetenz*

Fähigkeiten und Kenntnisse, die zum Erreichen einer bestimmten Zielsetzung notwendig sind

Zu fördernde Kompetenzbereiche sind:

- *Personale Kompetenz*, Fähigkeit einer Person zur Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Selbstentwicklung.
- *Soziale Kompetenz* setzt die personale voraus und meint die Fähigkeit, soziale Situationen adäquat wahrzunehmen und zu strukturieren. Sie besteht in den Akten angemessener Interaktion und Kooperation.
- *Lebenspraktische Kompetenz* setzt die beiden ersten Bereiche voraus und umfasst alle Fähigkeiten und Kenntnisse, die zur erfolgreichen Bewältigung des Alltagslebens (Familie, Beruf, Freizeit) notwendig sind.
- In der Ausbildung zum Therapeuten wird aus dem lebenspraktischen Bereich spezifiziert die *professionelle Kompetenz* aufgebaut.

*Performanz*

Fertigkeiten, die in den Kompetenzen liegende Potentiale im praktischen Vollzug umsetzen. Entsprechend den drei Bereichen der Kompetenz gibt es drei Bereiche der Performanz, die die Dimension der Umsetzung und des Vollzugs der entsprechenden Kompetenzen im persönlichen Leben enthalten.

Es zeigt sich in dem Umsetzen von Wissen in interventives Handeln.

Petzold (1998, 310) meint, dass es eine einseitige Betonung des Kompetenzaspektes zu Lasten des Performanzaspektes gibt. Auch in der supervisorischen Literatur wird das Performanzkonzept weitgehend ausgeblendet.

Die Bedeutung in der Supervision kann darin liegen, dass Supervisoren bestimmte Performanzen und Kompetenzen fördern und fordern. Petzold (1998, 86/87) beschreibt die folgenden sechs Tätigkeitsaspekte, drei davon mit Förderung von Kompetenzen und/oder Performanzen:

1. Optimierungsaspekt/gesellschaftspolitische Dimension: Supervision soll das optimale Funktionieren von Systemen als solchen, die Verbesserung ihres Emergenzpotentials stets auch mit den Blick auf die Optimierung des Gesamtkontextes fördern, für kausale und finale Fragen sensibilisieren und normative bzw. ethische Probleme thematisieren.
2. Weiterbildungsaspekt/agogische Dimension: Supervision soll fachliche *Kompetenz* und *Performanz*, d.h. Professionalität entwickeln und durch Know-how-Transfer eine Brücke zwischen Theorienbildung, Forschung und Praxis herstellen.
3. kommunikativer Aspekt/soziotherapeutische Dimension: Supervision soll die kommunikative Kompetenz und *Performanz* in sozialen Interaktionen entwickeln und, wo sie in sozialen Systemen gestört oder beeinträchtigt sind, zur Beseitigung der Einschränkungen beitragen.
4. supportiver Aspekt/psychohygienische Dimension: Supervision soll unterstützen und entlasten, Jobstress vermeiden helfen und die Arbeitszufriedenheit fördern.
5. methodologischer Aspekt/ameliorative Dimension: Supervision soll die *Performanz* im Hinblick auf die Anwendung von Interventionsmethoden und –techniken (in Beratung, Therapie, Agogik) verbessern.
6. aufdeckender Aspekt/psychotherapeutische Dimension: Supervision soll individuelle und gruppale unbewusste Mechanismen aufdecken, bewusst und handhabbar machen. Da in Verdrängungs- und Dissoziationsvorgängen immer auch psychopathologische Prozesse involviert sein können, werden hier psychotherapeutische Kenntnisse und Methoden unverzichtbar.

Petzold (1998, 30) beschreibt, dass die Supervision bestimmte Funktionen hat, die den Supervisionsprozess bestimmen. Dies beinhaltet u. a. die generelle Kompetenz- und Performanzförderung (enlargement of generalcompetence and performance).

Die Funktionen habe eine gewisse Parallelität mit den Basisstrategien: Curing/-Heilung, Coping/Bewältigung, Support/Stützen, Enlargement/Erweiterung, Enrichment/Bereicherung, Empowerment/Selbstermächtigung. Die praktische Umsetzung dieser Funktionen des supervisorischen Prozesses bestimmt die Prozessqualität.

### Zu: **interaktionaler Prozess:**

Supervision ist ein interaktionaler *Prozess*, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen bewusst, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervisierten Personen durch die Rückkopplung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervisierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der „relevanten Umwelt“ entsprechend verändert werden.

Auch hier zur Erläuterung dieser Definition ein Begriff, der in der Integrativen Supervision eine besondere Rolle spielt:

- *Interaktion*

Schreyögg (1992, 195) erklärt „Interaktion“ folgendermaßen:

„Der Begriff *Interaktion* bezeichnet die Wechselwirkung sozialer Prozesse. Da Interaktion immer in irgendeiner Weise zum Austausch von Informationen besteht, wird der Begriff auch oft synonym mit dem der Kommunikation verwendet. Je nachdem, in welchen grundlegenden Denkfiguren der Begriff Interaktion Verwendung findet, erhält er eine nuanciert unterschiedliche Bedeutung:

- Er wird einerseits, im Sinne eines basalen sozialwissenschaftlichen Paradigmas, zur Bezeichnung von zirkulären, gegenseitigen Beeinflussungsprozessen verwendet. Das Ergebnis von Interaktion ist dann als beidseitige Veränderung gedacht. (Sozialpsychologische und kommunikations-therapeutische Ansatz)
- Er bezeichnet in anderen theoretischen Zusammenhängen dagegen, in einem eher individuum-zentrierten Verständnis, die Beeinflussung eines Menschen durch einen anderen. Auf dem Hintergrund spezifischer, historisch erworbener Dispositionen erzeugt die aktuelle Interaktion bei einem Partner verändernde Effekte. Das Ergebnis von Interaktion ist dann zunächst nur als Veränderung des einen Partners begriffen.(psychoanalytischer Ansatz)“

Das aktuelle Sein von Menschen resultiert einerseits aus bisher gelebten Interaktionen, aber auch aus dem aktuellen Interaktionszusammenhang.

Petzold (1998, 434) fügt hinzu:

„Soziale Gruppen konstituieren sich durch soziale Interaktionen und die in ihnen ablaufenden kommunikativen Prozesse.“

*Interaktion* kann folgendermaßen definiert werden: „Interaktion ist der strukturierte, wechselseitige Vollzug offenen Verhaltens in Kontext und Kontinuum, welcher in Repräsentationen – sie sind Basis der Strukturiertheit – gründet und sie zugleich begründet.“

Aus dieser Definition wird deutlich: Interaktionen sind einerseits Display von Performanzen, Handlungen verbaler und nonverbaler Art, behaviorale Prozesse also, zum anderen auch Display von Kompetenzen, denn es kommen in ihnen auch kognitive Operationen zum Tragen, symbolische Formen, Repräsentationen zwischenmenschlichen Umgangs und die Übermittlung von Informationen, wie sie für Arbeit in Gruppen und Teams grundlegend sind.

**Zu: Praxisstrategie:**

Supervision als *Praxisstrategie* erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Ganzheit, ihrer Struktur, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben, wobei der Supervisor auf Grund seiner personalen, sozialen und fachlichen Kompetenz als Feedback-Instanz, Katalysator, Berater in personaler Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen.

**Zu: sozialphilosophisch fundierte Disziplin:**

Supervision als *sozialphilosophisch fundierte Disziplin* mit interventiver Zielsetzung wurzelt im Freiheitsdiskurs moderner Demokratie und im Engagement für Grund- und Menschenrechte. Auf dieser Basis legitimiert sie sich als ein praxisgerichtetes Reflektions- und Handlungsmodell, das auf die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz Berufstätiger gerichtet ist, um Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu fördern. Sie verwendet hierfür ein breites Spektrum sozialwissenschaftlicher Theorien und greift auf erprobte Methoden psychosozialer Intervention zurück. Sie leistet damit Arbeit im Gemeinwesen für das Gemeinwesen.

Die „Integrative Supervision“ entwickelte sich auf dem Boden der „Integrativen Therapie“. Sowohl der Therapie als auch der Supervision liegen ähnliche theoretische Einflüsse zu Grunde.

Petzold (1998, 44) nennt für die Therapie und Supervision folgende theoretische Einflüsse:

1. *kritische Theorie und Poststrukturalismus – gesellschaftstheoretische Einflüsse:* Zeitgeist: Adorno, Foucault, Sartre, Deleuze, Althusser, Derrida, Goodman. Die Theoriekonzepte, die immer als eine Form emanzipatorischer politischer Praxis verstanden und umgesetzt wurden.

Integrative Supervision als poststrukturalistische Metahermeneutik mehrschichtigen Beobachtens und Reflektierens.

2. *Sozialpsychologische und kognitivistische Einflüsse* (Blick auf die Hintergrundsstrukturen, Blick in die Breite)

Die kontextuelle Betrachtungsweise hat einerseits Hintergründe in der kritische Theorie, polit-ökonomischen Überlegungen und den Kontexttheorien von z B Merleau-Ponty, Foucault, Deleuze, Moscovici, Moreno, andererseits in den „Erfordernissen der Praxis“ der Randgruppenarbeit, der Arbeit mit Minoritäten (Moscovici)

Sozialpsychologische Ansätze von: Lewin (systemisch) und Nachfolger: Festinger, Lippitt, Bronfenbrenner. Aber auch Kelley, Duck, Forgas, Moscovici, Tesser. Die Integrative Supervision wurde als systemorientiert und sozialpsychologisch und organisationspsychologisch fundiert und deswegen als Sytemsupervision gesehen. (in Team und Einzelsupervision/Gruppendynamik).

Sozialökologische Betrachtungsweise mit Bezug auf die kognitivistische Strömung des Konnektionismus und die Dynamic Systems Theory.

3. *Systemische, sozialökologische Einflüsse* (Blick in den Vordergrund)

Theorien der sozialen Makrosysteme, biologische Systeme, Familientherapie, später kamen grundsätzlichere Überlegungen zu Systemansätzen dazu mit Bezug zur psycho-neuromotorischen Forschung im ökologischen Paradigma und der Dynamic Systems Theory hinzu. Heute ist die Orientierung auf Makro- und Mesoebene in die Richtung einer sozialpsychologischen und sozialökologischen Systemtheorie und an Komplexitätstheorien.

Dynamische Systeme sind: nicht vorherbestimmbar, selbstorganisierend, emergent.

4. *Sozialkonstruktivistische Einflüsse* (Blick in die Breite)

Alle supervisorischen Prozesse werden vom sozialökologischen Kontext, seinen affordances (Wahrnehmungsangeboten, Handlungsmöglichkeiten und Grenzen) bestimmt

5. *Die tiefenpsychologische Perspektive* (Blick in die Tiefe)

Hier haben auch verdeckte und unbewusste Dynamiken große Bedeutung.

## 4 Die Untersuchung

### 4.1 Fragestellung

Um sich dieser Komplexität zu stellen und überhaupt zu erfahren wie die Supervision wirkt, ist es wichtig zu wissen, wie verbreitet die Supervision ist. Hintergrund, diese Frage an Physiotherapeuten zu stellen, ist die große Belastung, der die Physiotherapeuten tagtäglich ausgesetzt sind und dies auf mehreren Ebenen.

Einerseits die gesundheitspolitische Ebene.

In den letzten Jahren wird auf dem gesundheitlichen Sektor massiv eingespart. Durch die Gesundheitsreformen werden Behandlungszeiten verkürzt, Abteilungen in Krankenhäusern privatisiert, was meistens mit Stellenabbau einhergeht, Einführung der DRGs, Einschränkungen der Verschreibung von Physiotherapie durch die Ärzte auf Grund der Heilmittelrichtlinienverordnung usw.

Andererseits die Versorgung der Patienten mit physiotherapeutischen Maßnahmen. Physiotherapeuten haben einen sehr nahen Kontakt (sowohl körperlich als auch psychologisch) mit Patienten, wobei Patienten viel mehr vermitteln als nur „das kranke Bein“. Die Komplexität der Erkrankung, die Ursachen und Folgen, sowohl physisch als auch sozial und psychisch, sind enorm. Der Physiotherapeut wird bei jedem Patienten herausgefordert diese verschiedenen Ebenen zu beachten und zu integrieren. Zu dem kommt der Zeitdruck (Behandlungszeiten von 20 Minuten sind keine Seltenheit...) was die Therapie erschwert.

Dann gibt es noch einige Variablen, die für jeden individuell zu beachten sind:

- Die Institutions- und Organisationsvariable.
- Die Feldvariable
- Die Aufgabenvariable
- Die Netzwerkvariable

Die nächste Frage mit der sich die Studie beschäftigt, ist die Auffassung der Physiotherapeuten über Supervision. Hier wird die Begrifflichkeit abgefragt, die Erwartungen an die Supervision, die Funktion eines Supervisors, aber auch positive und negative Wirkungen der Supervision. Die Frage wird sowohl an Physiotherapeuten gestellt, die Supervision erhalten haben als auch an Physiotherapeuten, die diese Erfahrung (noch) nicht hatten.

Als dritter Teil der Befragung wird die tatsächliche Erfahrung und Wirkung der Supervision abgefragt. Welchen Nutzen hatten die Befragten aus der Supervision, welche positiven oder negativen Erfahrungen wurden gemacht und wie wurde die Kompetenz des Supervisors eingeschätzt.

Zusammenfassend gibt es folgende Fragestellung in der Studie

1. Wie verbreitet ist Supervision bei Physiotherapeuten?
2. Was erwarten Physiotherapeuten von der Supervision?
3. Welchen Nutzen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten die interdisziplinären Pflegeteams in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?
4. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, bzw. positive Erfahrungen gemacht
5. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, bzw. negative Erfahrungen gemacht? Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren konnten die Teilnehmer für sich benennen?
6. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision aus der Sicht der Teilnehmer für die Patientinnen und Patienten beinhalten?

## 4.2 Vorgehen, Datenerhebung und Datenauswertung

### 4.2.1 Projektplanung, Studiendesign

Zeitplanung	
10/04-01/05	Entwicklung und Überprüfung Messinstrument
02/05	Zielgruppe ermitteln
03/05-06/05	Versand Fragebögen
07/05-12/05	Datenauswertung und Manuskript

*Tabelle 6: Zeitplanung*

### 4.2.2 Zur Methode der Untersuchung

Die Untersuchung wurde als Fragebogenuntersuchung angelegt, wobei geschlossene und offene Fragen gestellt wurden. (s. Anlage). Der Fragenbogen ist eine überarbeitete Form der PoSQv1 von K. Gottfried, S. Petitjean und H.G. Petzold. Sie wurde in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen zur Supervision der Freien Universität Amsterdam und der Donau-Universität Krems konstruiert (Petzold et al.,

2000). Der vierseitige Fragebogen (siehe Anhang) enthält sowohl quantitative als auch qualitative Fragen. Im ersten Teil wurden Angaben zur Person erfragt (Alter, Geschlecht, Beruf und Anzahl Berufsjahre). In einem zweiten Teil wurden einerseits Fragen zum Setting der Supervision (Räumlichkeiten, Frequenz, Dauer, Supervisionsart) und andererseits zum Supervisor gestellt (Alter, Geschlecht, Grundberuf, Zusatzausbildung). Im dritten Teil wurden Fragen zum Nutzen der aktuellen Supervision gestellt (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen und Kompetenz des Supervisors) sowie daraus resultierende positive und negative Erfahrungen in den letzten 6 Monaten. Diese Angaben konnten die Befragten in Form eines freien Textes bearbeiten. Im letzten Teil wurden zum einen Erwartungen an die Supervision erfragt und zum anderen welche potentiellen „Risiken und Nebenwirkungen“ resp. „protektive Faktoren“ Supervision beinhalten kann (sowohl für die Physiotherapeuten als auch für die Patienten). Dies konnte als freier Text formuliert werden. Nach Modifizierung wurde dieser Fragebogen vor diesem Projekt von 6 Experten auf Verständlichkeit überprüft.

Für die Untersuchung wurden nach folgender Vorgehensweise die Fragebögen verschickt:

- Alle Privatpraxen und Krankenhäuser im Telefonbuch Idstein und Wiesbaden.
- Alle Praktikumsadressen des Studienganges Physiotherapie an der Europa Fachhochschule Fresenius in Idstein.
- Aus: telefonbuch.de mit Suchwort: Psychosomatik/Psychiatrie jeder zweiter Eintrag.
- Mitglieder des FIPs, von der Mitgliederliste 2003.
- Schulen, per Zufall 3 Bundesländer gewählt aus der aktuellen Liste (2005) des ZVKs mit der Aufzählung aller Schulen für Physiotherapie.
- Physiotherapeuten aus der Therapeutenliste 02/2003 des DGIK und DGIB.

Es wurden 283 Adressen angeschrieben und 569 Bögen verschickt.

Zu dem war eine Faxantwort zugefügt, worauf 18 Anfragen zurückkamen und insgesamt noch einmal 112 Bögen verschickt wurden.

Kategorie	Anzahl Adressen	Anzahl Bögen
Physiotherapie Schulen	89	178
Kliniken Psychiatrie/Psychosomatik	73	219
Privatpraxen und Krankenhäuser Idstein und Wiesbaden	27	54
FIP-Mitglieder	31	70
DGIB	5	5
Praktikumsadressen EFF	26	52
FAX Antwort	18	112
<b>Insgesamt</b>	<b>269</b>	<b>690</b>

Tabelle 7: Versand der Fragebögen

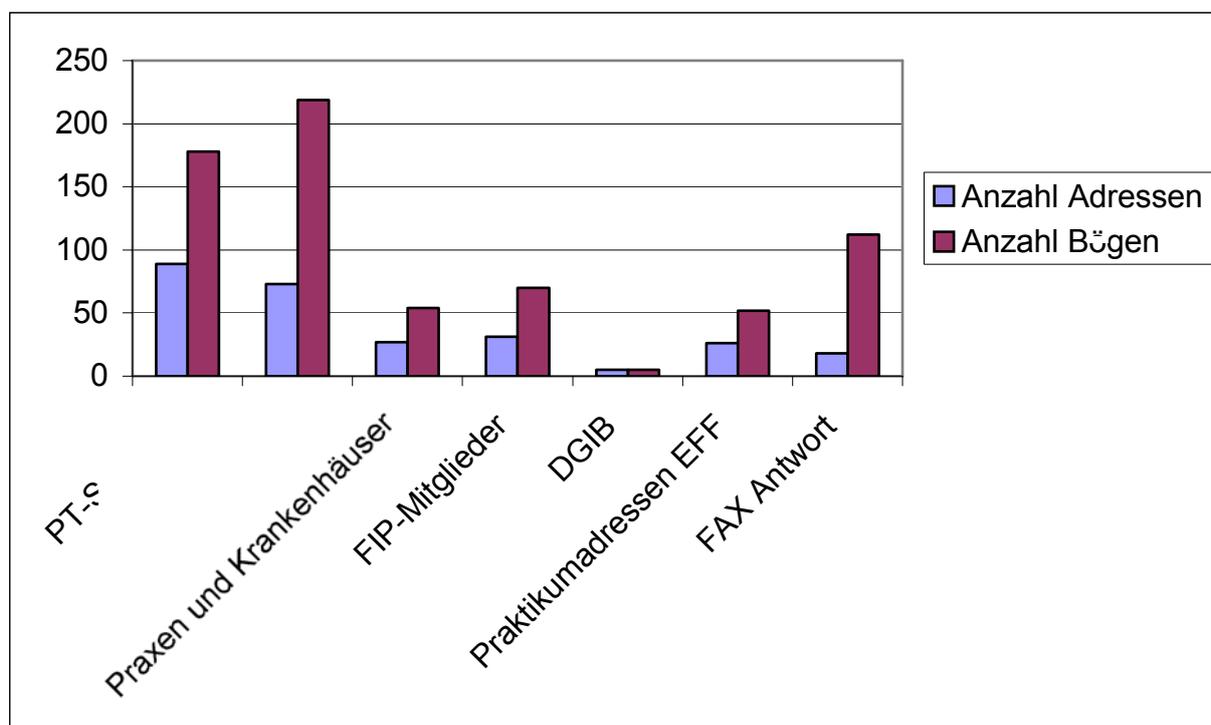


Abbildung 2: Anzahl Adressen und Fragebögen

Ein frankierter Rückumschlag war ebenfalls beigelegt.

Weder die Bögen noch die Rückumschläge wurden gekennzeichnet.

Es gab keinen Kontakt mehr mit den Adressaten.

Durch diese Verfahren war die Anonymität der Befragung absolut gewährleistet.

Es wurden insgesamt **246** Fragebögen zurückgeschickt. Das entspricht 36,1% Rücklaufquote.

### 4.2.3 Die Stichprobe

Das Alter und Geschlecht der Gesamtstichprobe

Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe betrug 40,2 (Mit eine Standardabweichung von 9,3). Der jüngste Teilnehmer ist 23, der älteste Teilnehmer ist 65 Jahre alt.

Die Abbildung 3 gibt die Altersverteilung der Gesamtstichprobe wieder, die Tabelle 8 die Geschlechterverteilung.

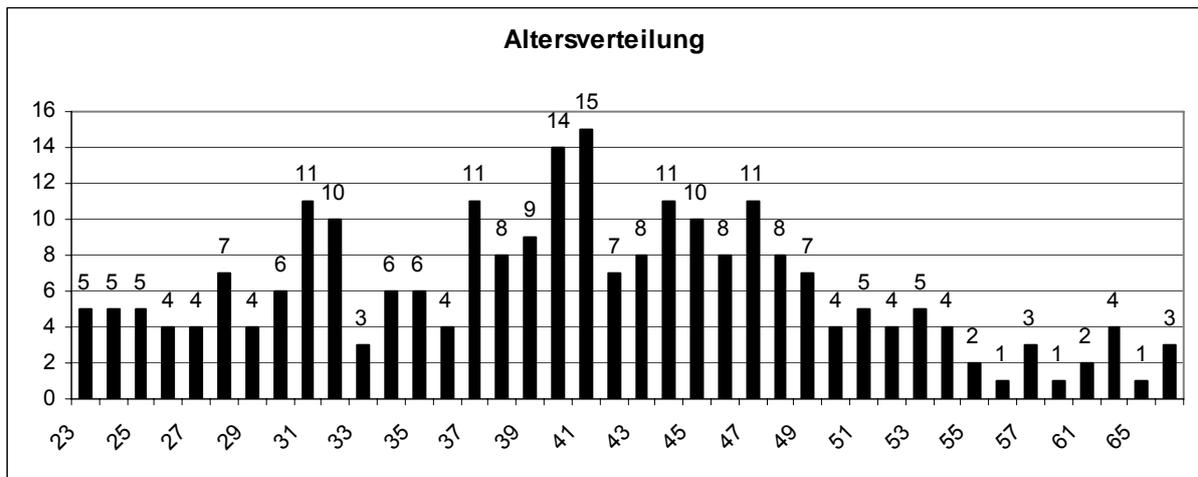


Abbildung 3: Altersverteilung

Geschlecht	Anzahl	Anzahl in Prozent	Mittelwert Alter-
m	51	20,7%	40,6
w	195	79,3%	40,2
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>246</b>	<b>100,0%</b>	<b>40,2</b>

Tabelle 8: Verteilung der Geschlechter

Die Tabelle 9 gibt die Geschlechterverteilung an

Die Grundberufe der Teilnehmer

Grundberuf	Geschlecht		Ergebnis
	m	w	
Anderer Beruf als Physiotherapeut	7	19	26
Physiotherapeut	44	176	220
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>51</b>	<b>195</b>	<b>246</b>

Tabelle 9: Grundberufe mit Verteilung der Geschlechter

Die angegebenen anderen Berufe sind:

Bademeister, Berufspädagoge, Ergotherapeut, Gesundheitspädagogin, Gymnastiklehrer, Heilpraktikerin, Historiker, Krankenschwester, Körpertherapeut, Lehrer/-Lehrberuf, Lehrer für Physiotherapie, Masseur, Medizinpädagogin, Motopäde, Osteopath, Religionspädagogin, Rettungssanitäter, Schmerzphysiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Sportlehrer, Sporttherapeut, Sucht-Sozialtherapeut, Supervisor.

Anmerkung:

„Berufe“ wie Heilpraktikerin, Körpertherapeut, Lehrer für Physiotherapie, Motopäde, Osteopath, Schmerzphysiotherapeut sind in der Regel keine Grundberufe, sondern werden eher nach Weiterbildungen erlangt.

### Weiterbildungen

Physiotherapeuten in der Gesamtstichprobe haben insgesamt 775 Weiterbildungen gemacht. Es gab keine Befragten, die keine Weiterbildungen gemacht haben. Zur Analyse wurden die Weiterbildungen in 3 Kategorien unterteilt. Als erste die fachspezifischen technischen physiotherapeutischen Weiterbildungen zur Verbesserung der fachlichen handwerklichen Kompetenzen. Als zweite Kategorie: Psychosomatisch, die Weiterbildungen zur Verbesserung der sozialen, kommunikativen Kompetenz des Physiotherapeuten und als dritte Kategorie „andere“, wo vor allem pädagogische und andere fachfremde Weiterbildungen kategorisiert wurden.

Geschlecht	Anzahl	Weiterbildung Summe	Schnitt Weiterbildung
männlich	51	124	2,4
weiblich	195	651	3,3
Gesamtergebnis	246	775	3,2

*Tabelle 10: Durchschnitt der Anzahl der Weiterbildung*

Zur Verbesserung der Sozialkompetenz im Sinne der psychosomatischen Weiterbildungen wird relativ wenig in Vergleich mit der technischen Weiterbildung wahrgenommen. Möglicherweise werden hauptsächlich die Weiterbildungen gewählt, die mit einem Zertifikat, welches die Krankenkassen anerkennen, abschließen, um einen höheren Satz abrechnen zu können. Dazu gehören weder „psychosomatische“ noch pädagogische Weiterbildungen.

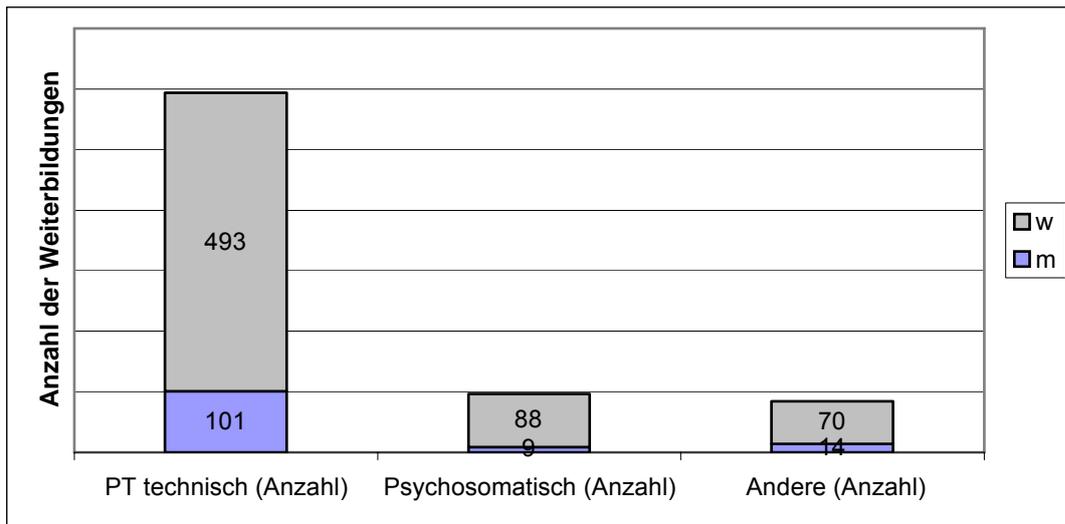


Abbildung 4: Anzahl der verschiedenen Weiterbildungen in den Kategorien: „Technisch“, „Psychosomatisch“ und „Andere“.

#### Funktion in der Institution der Gesamtstichprobe (n=246)

45,1% der Männer und 28% der Frauen der Gesamtstichprobe bekleiden eine leitende Position, 1,6% der Befragten sind in der Ausbildung, 2,5% haben sowohl eine leitende als auch eine nicht leitende Funktion, 5,6% der Befragten gaben keine Auskunft und der Rest (55,7%) sind in nicht leitender Funktion.

#### Verteilung nach Berufsjahren

Die Berufsgruppe derer, die mehr als 15 Jahren im Beruf sind, ist mit 46,7% die größte Gruppe.

Berufserfahrung	Anzahl	%
< 1 Jahr	7	2,8%
1 - 3 Jahre	19	7,7%
4 - 6 Jahre	27	11,0%
7 - 10 Jahre	27	11,0%
11 - 15 Jahre	47	19,1%
> 15 Jahre	115	46,7%
n/a	4	1,6%

Tabelle 11: Verteilung nach Berufsjahren

### Berufsjahre

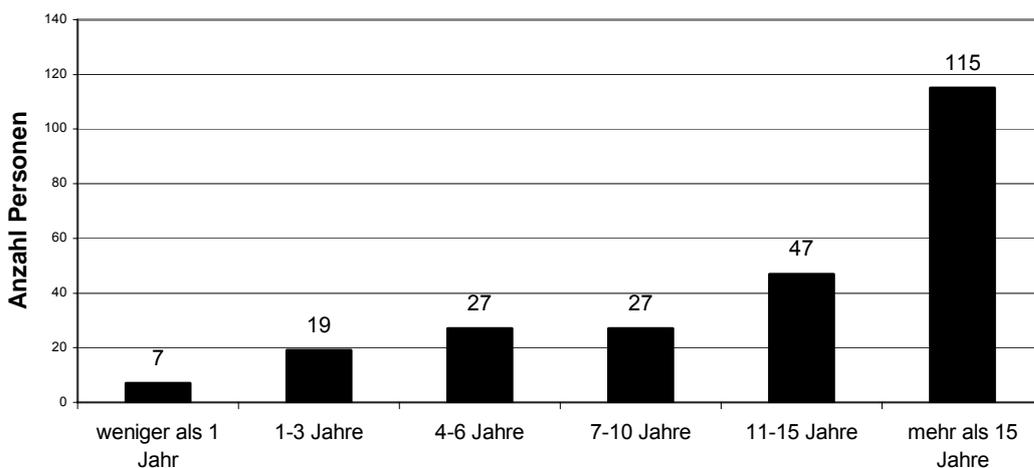


Abbildung 5: Verteilung nach Berufsjahren

### In welcher Institution sind Sie tätig?

Die berufliche Tätigkeit der Gesamtstichprobe wurde in 4 Kategorien eingeteilt: Krankenhaus/Rehabilitationsbereich, Selbständigkeit/private Praxis, Bildungsbereich, Psychiatrie/Psychosomatik.

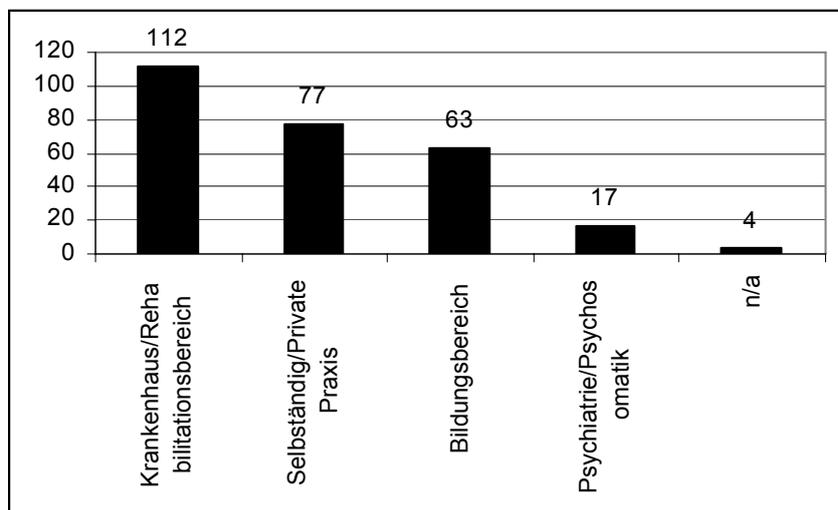


Abbildung 6: Tätigkeit, eingeteilt nach Institutionen

Dies sind 273 Eintragungen bei 242 Personen

Durch die Mehrfachnennung werden bei 242 Personen 273 Eintragungen zu der Institution der Tätigkeit registriert. 31 Personen arbeiten in 2 Institutionen gleichzeitig.

Hierdurch ist es nicht nachvollziehbar in welcher Institution die Teilnehmer die Supervision bekommen haben. Eine Analyse über die Wirksamkeit in den einzelnen Bereichen ist nicht möglich.

### Die Verbreitung der Supervision

	Anzahl	Prozent
mit Supervision	78	31,7%
ohne Supervision	168	68,3%
Gesamtergebnis	246	100,0%

Tabelle 12: Verteilung der Befragten, mit und ohne Supervision

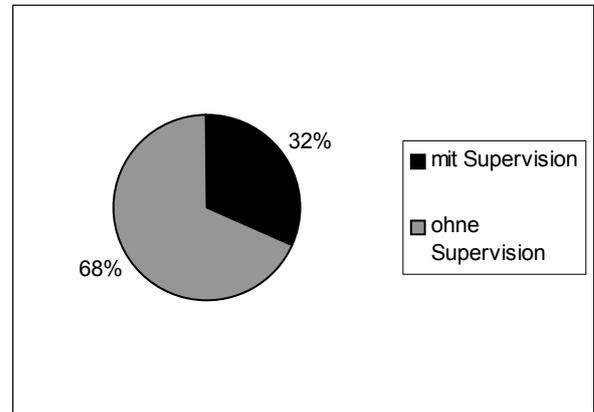
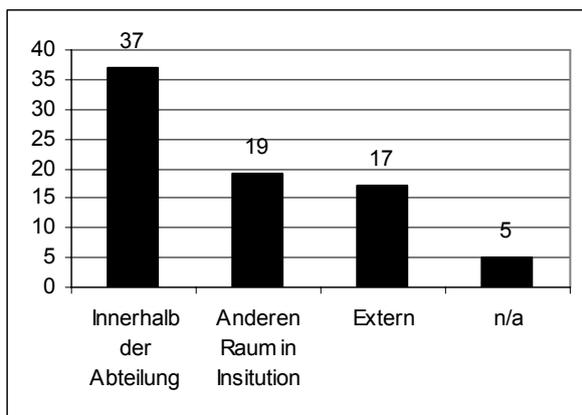


Abbildung 7: Verteilung der Befragten mit und ohne Supervision

#### 4.2.4 Rahmenbedingungen der stattgefundenen Supervision

##### Ort, wo die Supervision stattgefunden hat

Die Supervision fand in 37 Fällen innerhalb der Abteilung statt, in 19 Fällen fand die Supervision in einem Raum außerhalb der Abteilung, aber innerhalb der Institution statt. In 17 Fällen fand die Supervision extern statt. In 5 Fällen fand die Supervision nicht statt.



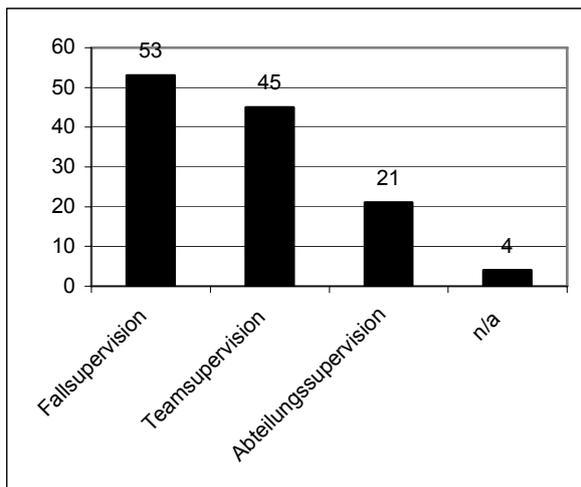
Dies sind 78 Eintragungen bei 73 Personen.

Durch die Mehrfachnennung ist es nicht nachvollziehbar, wo bei wem die Supervision genau stattgefunden hat. Eine Analyse ist nicht sinnvoll.

Abbildung 8: Ort, wo Supervision stattgefunden hat

## Supervisionsform

Auf die Frage, welche Form von Supervision die Physiotherapeuten hatten, geben 53 Fallsupervision (patientenbezogene Supervision), 45 geben Teamsupervision und 21 geben „Supervision im gesamten, interdisziplinären Team“ an. (Mehrfachnennungen). In der Gesamtstichprobe stellt die Fallsupervision die häufigste Supervisionsart dar.



Dies sind 119 gültige Eintragungen bei 74 Personen.

Durch die Mehrfachnennung ist es nicht nachvollziehbar, wo bei wem die Supervision genau stattgefunden hat. Eine Analyse ist nicht sinnvoll.

Abbildung 9: Supervisionsform

## Freiwilligkeit

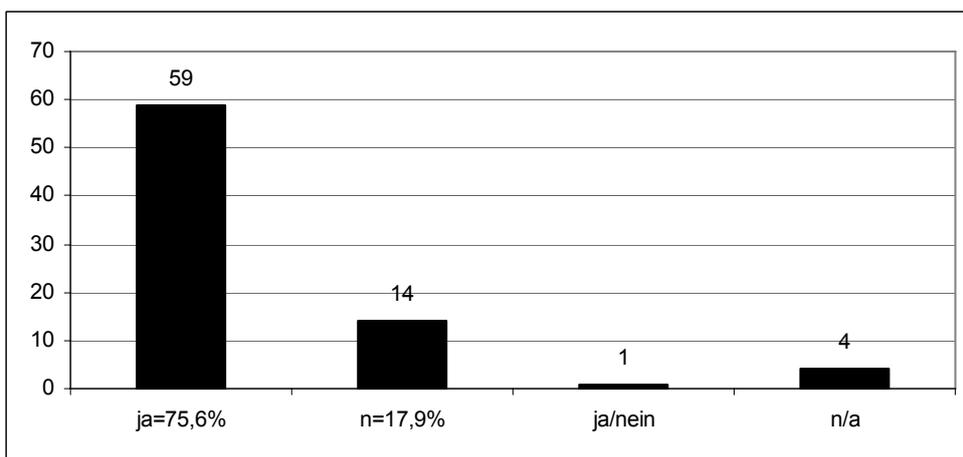


Abbildung 10: Freiwilligkeit der Teilnahme

## Feste Gruppe mit gleichen Teilnehmern oder Gruppe mit immer wechselnden Teilnehmern

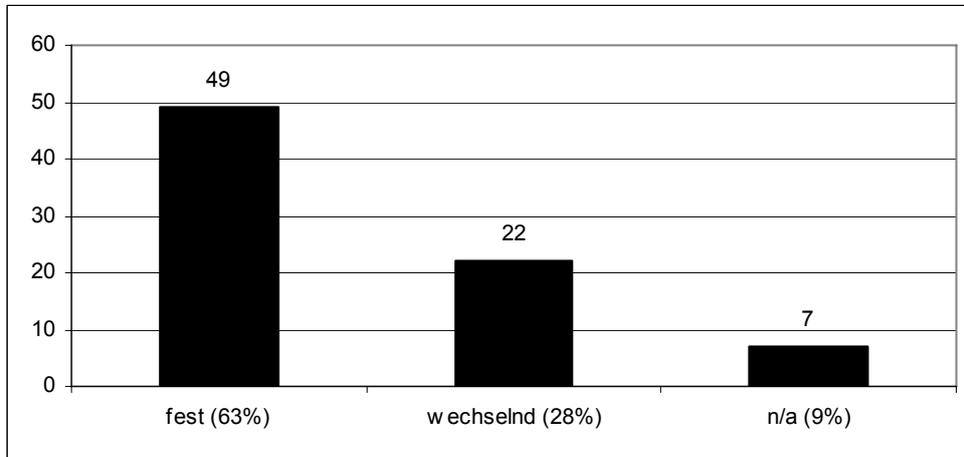


Abbildung 11: Zusammenstellung der Gruppe

## Von wem initiiert?

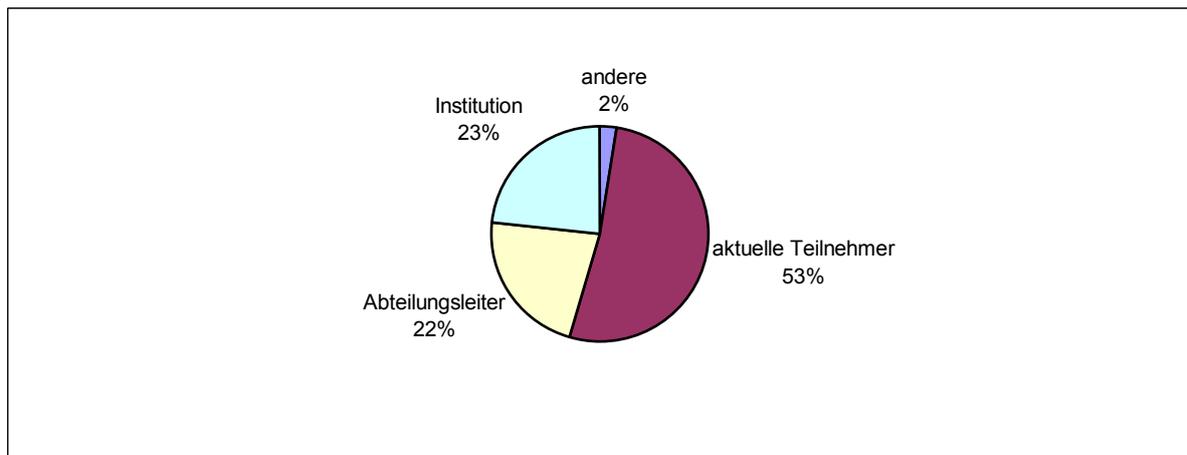


Abbildung 12: Initiator

## Dauer einer Sitzung (in Minuten)

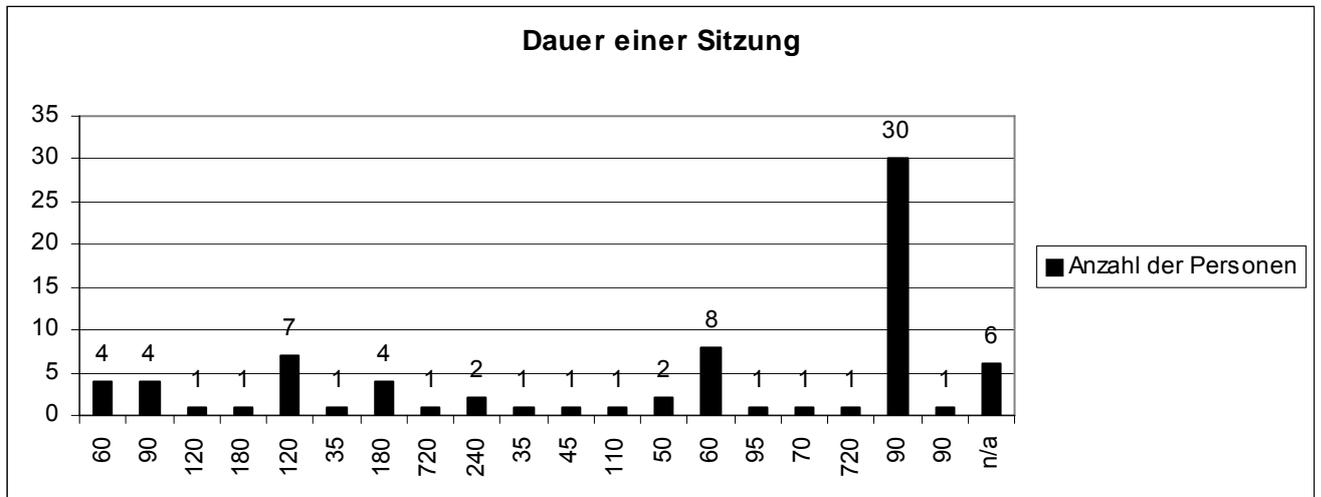


Abbildung 13: Dauer einer Sitzung

Bei 72 Personen sind dies im Schnitt 113 Minuten (= 1,9 Stunden) pro Sitzung.

## Häufigkeit in den letzten 6 Monaten

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig 0	5	7,0
1	7	9,9
2	7	9,9
3	7	9,9
4	10	14,1
5	8	11,3
6	11	15,5
10	2	2,8
12	6	8,5
15	1	1,4
16	1	1,4
20	2	2,8
25	1	1,4
30	1	1,4
34	1	1,4
70	1	1,4
n/a	7	
Gesamt	78	100,0

Tabelle 13: Häufigkeit der Sitzungen

Der Mittelwert ist 7,18. Die Standardabweichung 10,08

Anmerkung:

Eine Teilnehmerin hat 70 x in 6 Monaten eingetragen, was fast 3x wöchentlich bedeutet und eher eine Ausnahme sein wird.

Mit dieser Person 7,2 Mal in den letzten 6 Monaten, ohne sie 6,3 Mal in den letzten 6 Monaten

#### 4.2.5 Die Supervisoren

##### Soziodemographische Angaben

In über der Hälfte der Fälle geben die befragten Physiotherapeuten an, ihre Supervision würde von einer Supervisorin geleitet (59%).

Geschlecht:

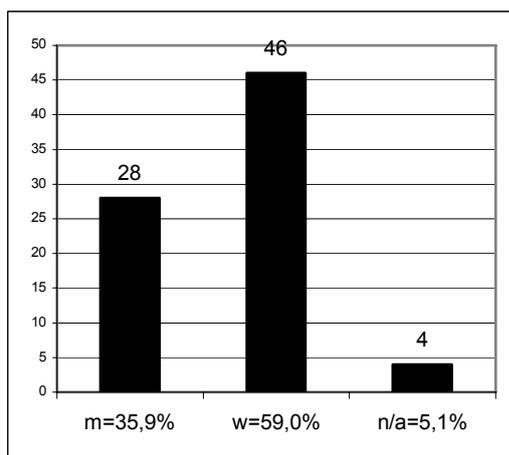


Abbildung 14. *Geschlecht der Supervisoren*

Das Durchschnittsalter der Supervisoren wurde auf 50,7 Jahre geschätzt. Der jüngste Supervisor war 35 Jahre alt, der älteste Supervisor 65 Jahre

##### Grundberuf:

Dadurch, dass einige Teilnehmer Mehrfachnennungen gemacht haben, ist eine Berechnung in Prozenten nicht möglich. Es ist durchaus möglich, dass Supervisoren zwei Berufe haben.

Der größte Anteil der Supervisoren sind von Grundberuf Psychologen (in 34 Fällen), gefolgt von Ärzten (in 29 Fällen), Sozialarbeiter (in 13 Fällen), Personen aus Pflege-

berufen (in 9 Fällen) und anderen Grundberufen (in 10 Fällen; wobei diese im Fragebogen nicht spezifiziert wurden).

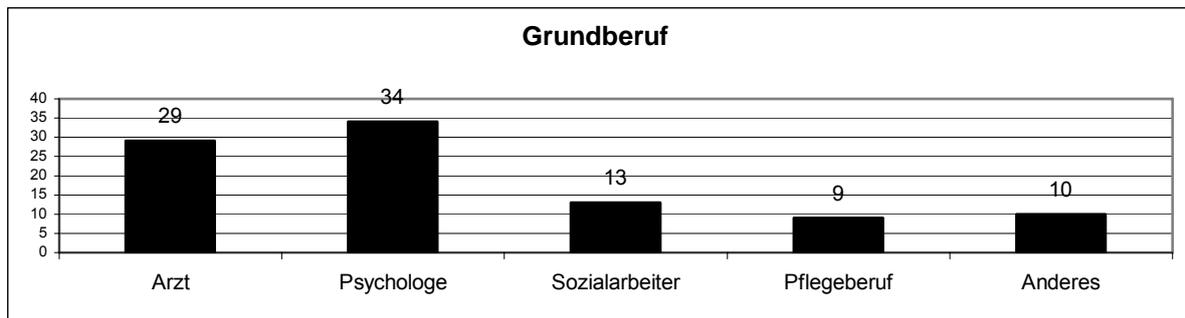


Abbildung 15. Grundberuf

### Psychotherapieausbildung (Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Frage nach der Zusatzausbildung/Psychotherapieausbildung des Supervisors geben 20 von 78 der Befragten an, diesen nicht zu kennen. Die übrigen Zusatzausbildungen der Supervisoren sind nach Anzahl Nennungen der in der Abbildung dargestellt. Die Rubrik „andere Richtung“ wurde von 11 Befragten eingetragen mit den Zusatzausbildungen: Bewegungsanalyse, Tanztherapie, Bewegungstherapie, KBT, Körpertherapie, Bioenergetik, systemische Physiotherapie, Tanztherapie, Transaktionsanalyse.

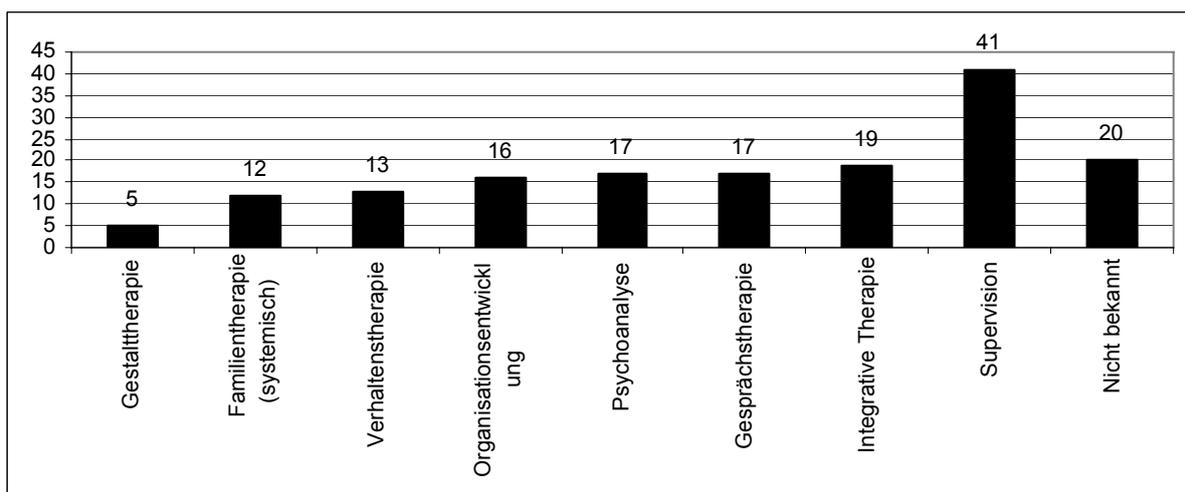


Abbildung 16. Zusatzausbildung

#### 4.2.6 Die Wirkung der Supervision

Im dritten Teil des Fragebogens wurden die Befragten, die eine Supervision hatten, nach der Wirkung von Supervision in den letzten 6 Monaten vor der Befragung gefragt. Dabei mussten sie eine Einschätzung zum persönlichen, beruflichen, team- und patientenbezogenen Nutzen auf einer fünfstufigen Skala angeben: „Sehr hoch“, „Hoch“, „Teils/teils“, „Gering“ und „Sehr gering“.

#### Nutzen der Supervision

	Persönlicher Nutzen	Eigener berufl. Nutzen	Patientenbezogener Nutzen	Teambezogener Nutzen
Fehlend	168	168	170	172
Median	4,00	4,00	4,00	4,00
Standardabweichung	,997	,870	1,014	1,057

Tabelle 14: Nutzen der Supervision

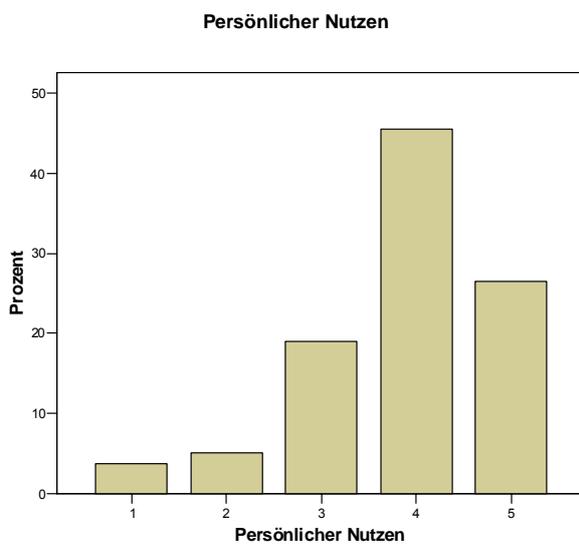


Abbildung 17. Persönlicher Nutzen

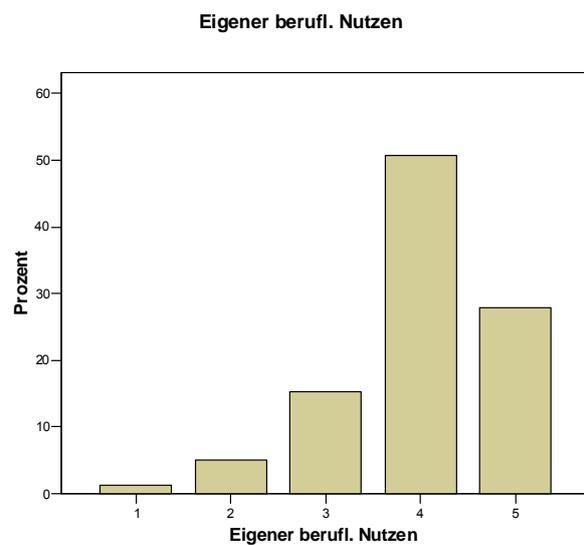
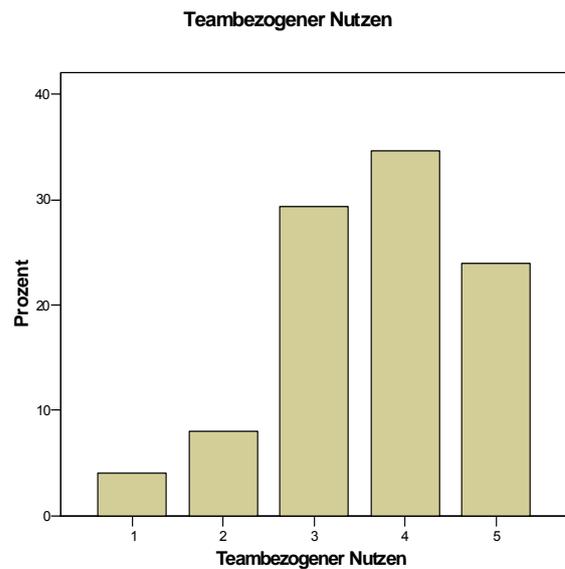
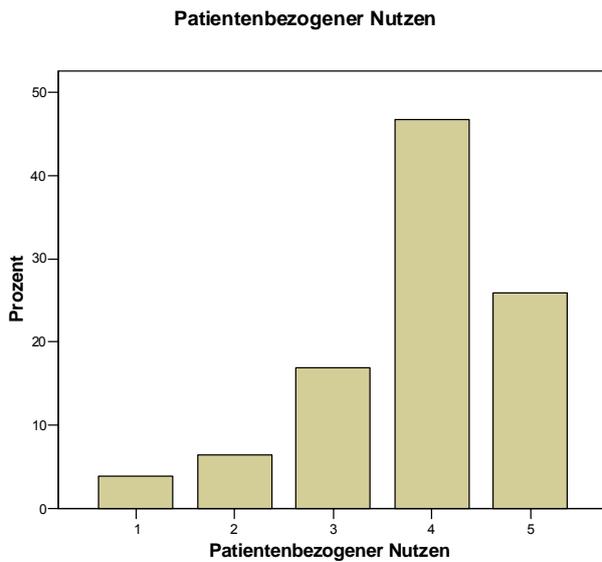


Abbildung 18. Eigener pers. Nutzen



*Abbildung 19: Patientenbezogener Nutzen    Abbildung 20: Teambezogener Nutzen*

Der Medianwert liegt hier bei 4 (auf einer fünfer Skala), die Mittelwerte liegen beim teambezogenen Nutzen bei 3,67, beim patientenbezogenen Nutzen bei 3,84, beim persönlichen Nutzen bei 3,86 und beim eigenen beruflichen Nutzen bei 3,99. Dies mit einer Varianz von 1 bis 5. Diese Daten geben nur eine Tendenz wieder, dass der Nutzen im Allgemeinen auf allen Gebieten ähnlich zufrieden stellend ist, wobei durch die große Varianz bei den einzelnen Befragten durchaus große Unzufriedenheit oder eine nicht „nutzbare“ Supervision stattgefunden hat.

Immerhin gaben 8,9% der Befragten beim persönlichen Nutzen an, dass der Nutzen nicht oder nur teils/teils da war, beim eigenen beruflichen Nutzen waren das 6,9%, beim patientenbezogenen Nutzen 8,5% und beim teambezogenen Nutzen 12,5%.

## Haben Sie schon einmal konkrete negative bzw. positive Erfahrungen in einer Supervision gemacht?

Es gaben 13 von 78 Befragten an, dass sie mit Supervision negative Erfahrungen gemacht haben. 59 von 78 Befragten haben positive Erfahrungen gemacht.

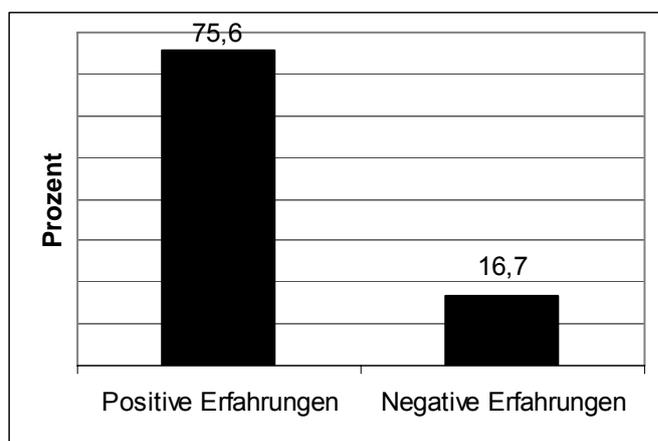


Abbildung 21: Verteilung positive bzw. negative Erfahrungen

### Negative Erfahrungen

Fragwürdige Qualität d. SV/Inkompetenz	5
Kränkung	3
Zu wenig Neutralität	2
Konflikt- und Problemverstärkung	1
Entwertung/Abwertung/ neg. Bewertung	1
Unstimmigkeiten/Konflikte entstehen durch Supervision	1
Misstrauen/Vertrauensmissbrauch	1
Druck (kollektiv)	1
nicht verstanden werden	1

Tabelle 15: negative Erfahrungen

Hier gab es 16 Einträge der 13 Personen, die negative Erfahrungen gemacht haben. Von diesen 13 Personen wären 2 Erfahrungen (=15%) als schädigend einzustufen: „Team wurde aufsässiger und für mich nicht mehr zu führen -> Leitungsniederlegung“ und „Nach 8 Jahren engster Zusammenarbeit massivster Vertrauensbruch, persönliche Abwertung, existentielle Bedrohung“.

Bei einigen anderen ist das Maß der Schädigung nicht abzuschätzen, da die Aussagen nicht differenziert genug sind.

## Positive Erfahrungen

Konfliktbewältigung/Konfliktlösung	9
Neuentwicklung/neue Ideen/neue Perspektiven	8
Klarheit	8
bessere Zusammenarbeit/positivere Stimmung	7
Stärken der Persönlichkeit und/oder Selbstwert	6
Verbesserung der Kompetenz, professionellere Umgang mit Patient	5
Bewusstwerdung, Wahrnehmungsförderung	5
blinde Flecken erkennen und Selbstreflexion	4
Abgrenzung/Innere Abstand	4
Entlastung	3
Motivationssteigerung	3
besseres Verständnis für andere Kollegen	3
Qualitätsverbesserung der Therapie	2
Bessere Arbeitsabläufe/Struktur	2
Nicht alleine sein mit Probleme	2
Informationsaustausch	1

*Tabelle 16: positive Erfahrungen*

Hier gab es 72 Eintragungen von 59 Personen

### **Einschätzung der Kompetenz der Supervisorin/des Supervisors:**

Im Fragebogen wurden die Befragten nach einer Einschätzung der „fachlichen“ und „sozialen Kompetenz“ ihrer Supervisorin/ihres Supervisors gefragt.

Bei der „fachlichen Kompetenz“ wurde folgende Wertung gegeben:

1,3% der Befragten stufen die Kompetenz als gering ein, 6,4% teils/teils, 47,4% als hoch und 44,9% als sehr hoch.

Bei der „sozialen Kompetenz“ wurde folgende Wertung gegeben:

2,6% der Befragten stufen die Kompetenz als sehr gering ein, 11,5% teils/teils, 43,6% als hoch und 42,3 als sehr hoch.

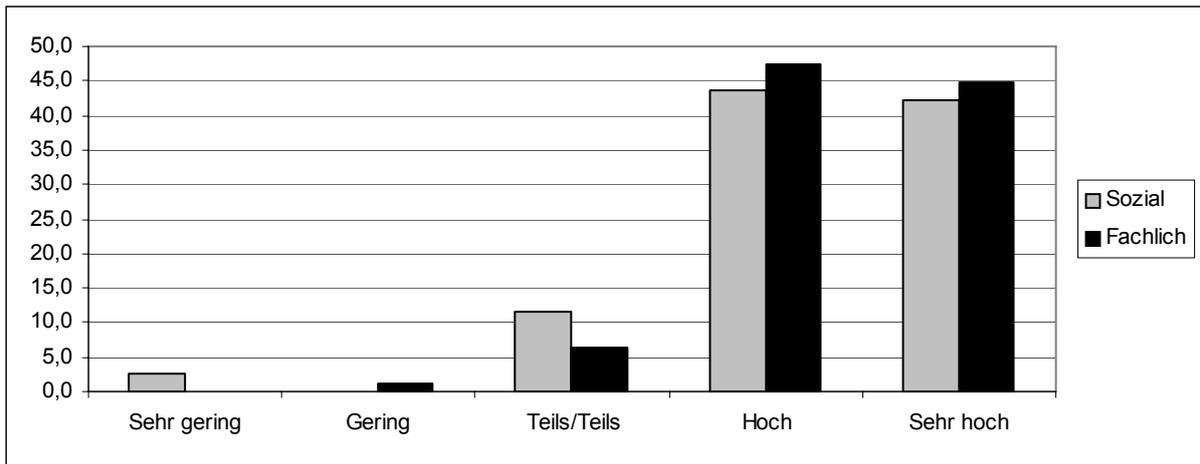


Abbildung 22: Kompetenz der Supervisoren

Mittelwerte

Fachliche Kompetenz	4,4
Soziale Kompetenz	4,2

4.2.7 Allgemeine und spezielle Erwartungen der Supervision

Im letzten Teil des Fragebogens konnten die Befragten ihre Assoziationen zum Begriff „Supervision“ offen, in Stichworten formulieren.

Allgemeine Auswertung nach dem Zählen der Begriffe:

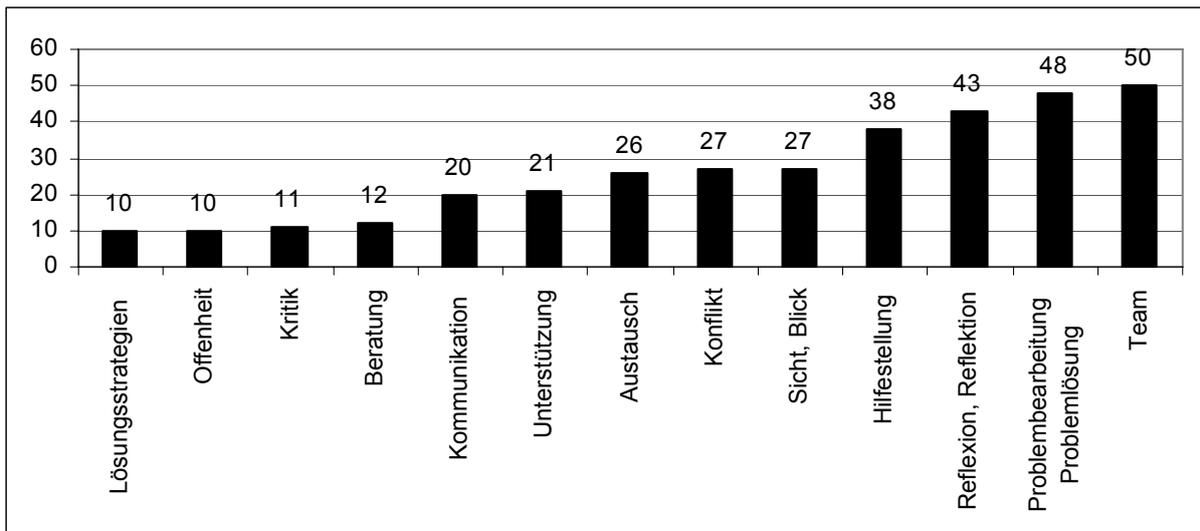


Abbildung 23: Allgemeine Auswertung

Petzold beschreibt 4 Definitionen aus verschiedenen Perspektiven:

1. als eine Methode
2. als interaktionaler Prozess
3. als Praxisstrategie
4. als sozialphilosophisch fundierte Disziplin

Zur Definition **der Methode** gibt es die Stichwörter:

Interdisziplinär, Analyse und Reflexion, Exzentrische Position, Ko-respondenz, joint competence, Förderung der Fähigkeiten und Performanzen, Kompetenzgruppen.

<b>I. Methode</b>	
Interdisziplinär	4
Analyse und Reflexion	51
Exzentrische Position	0
Ko-respondenz	0
joint competence	0
Förderung der Fähigkeiten und Performanzen	2
Kompetenz(gruppen).	14

Abbildung 24: Auswertung nach Definition „Methode“

Zum **interaktionalen Prozess** gibt es die Stichwörter

Interaktionaler Prozess, Transparenz im personalen und sozialen System, Ziel: Steigerung personale, soziale und fachliche Kompetenz, Performanz und Effizienz, Rückkopplung und Integration.

<b>II. Interaktionaler Prozess</b>	
Interaktionaler Prozess	4
Transparenz personalen und sozialen System	1
Steigerung personale, soziale und fachliche Kompetenz	14
Performanz und Effizienz	0
Rückkopplung und Integration	7

Abbildung 25: Auswertung nach Definition „Interaktionaler Prozess“

Zur Definition der **Praxisstrategie** gibt es die Stichwörter:

gemeinsames Bemühen, Sachelemente, Überlegungen, Emotionen, erkennen und handhaben, Feedback-Instanz, Katalysator, Berater.

<b>III. Praxisstrategie</b>	
gemeinsamen Bemühen	0
Sachelemente	3
Überlegungen	0
Emotionen	2
erkennen und handhaben	6
Feedback-Instanz	7
Katalysator	0
Berater	12

Abbildung 26: Auswertung nach Definition „Praxisstrategie“

Zur Definition der **Disziplin** gibt es die Stichwörter:

Moderne Demokratie, Grund- und Menschenrechte, Reflexions- und Handlungsmodell, Förderung personaler, sozialer, fachlicher Kompetenz und Performanz, sozialwissenschaftliche Theorien und psychosozialer Intervention, Gemeinwesen

<b>IV. sozialphilosophisch fundierte Disziplin</b>	
Moderne Demokratie	0
Grund- und Menschenrechte	0
Reflexions- und Handlungsmodell	43
Förderung personaler, sozialer, fachlicher Kompetenz und Performanz	14
sozialwissenschaftliche Theorien und psychosozialer Intervention	0
Gemeinwesen	0

Abbildung 27: Auswertung nach Definition „sozialphilosophisch fundierte Disziplin“

Definition	Anzahl Eintragungen
eine Methode	71
interaktionaler Prozess	26
Praxisstrategie	30
sozialphilosophisch fundierte Disziplin	57

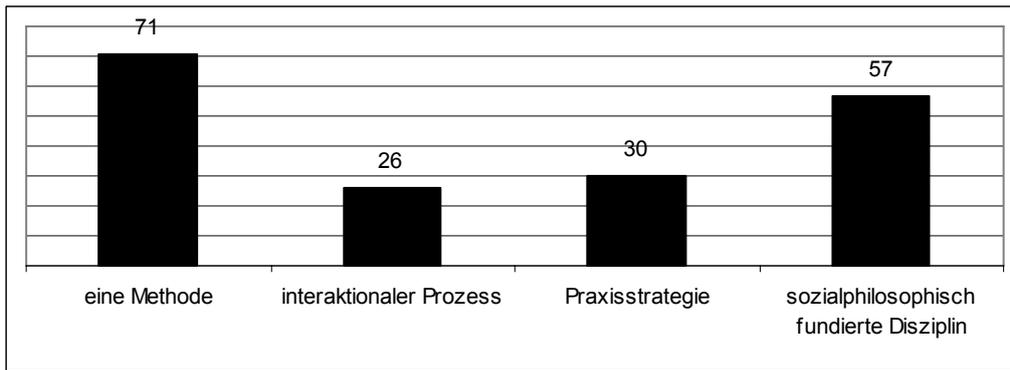


Abbildung 28: Auswertung nach vier Definitionen

Bei den teilnehmenden Physiotherapeuten scheint die Supervision eher als Methode wahrgenommen zu werden.

### Erwartungen an eine Supervision:

Die Frage nach den Erwartungen an der Supervision wurde von der ganze Stichprobe beantwortet (n=246). Die Erwartungen an Supervision wurde in einer fünfstufigen Skala von „Trifft voll zu“ (=5) bis zu „Trifft gar nicht zu“ (=1) angekreuzt.

Die Gesamtbeschreibung zur Frage: Welche Erwartungen habe ich an eine Supervision?

In den nächsten Abbildungen und Tabellen werden die verschiedenen Items deskriptiv dargestellt.

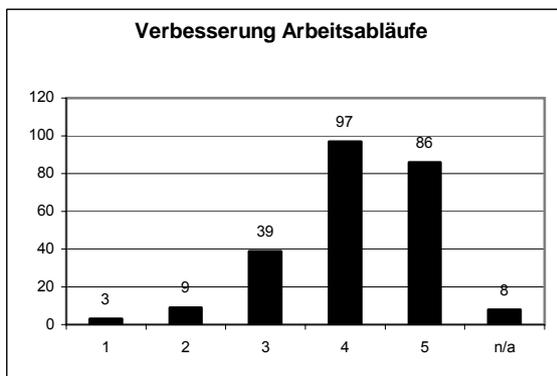


Abbildung 29: Verbesserung Arbeitsabläufe

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	3	1,2
	2	9	3,7
	3	39	15,9
	4	97	39,4
	5	86	35,0
Gesamt		234	95,1
Fehlend	System	12	4,9
Gesamt		246	100,0

Tabelle 17: Verbesserung Arbeitsabläufe

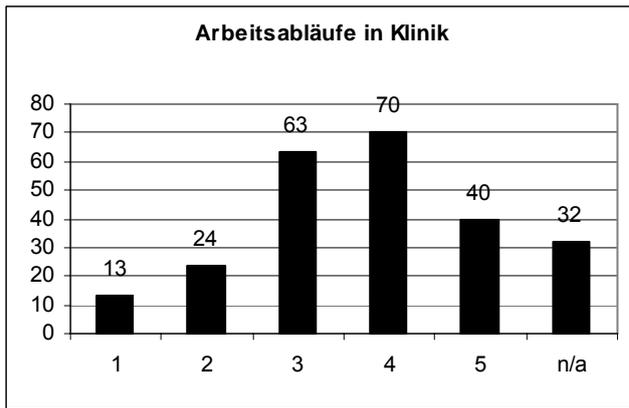


Abbildung 30: Arbeitsabläufe in Klinik

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	13	5,3
	2	24	9,8
	3	63	25,6
	4	70	28,5
	5	40	16,3
Gesamt		210	85,4
Fehlend	System	36	14,6
Gesamt		246	100,0

Tabelle 18: Arbeitsabläufe in Klinik

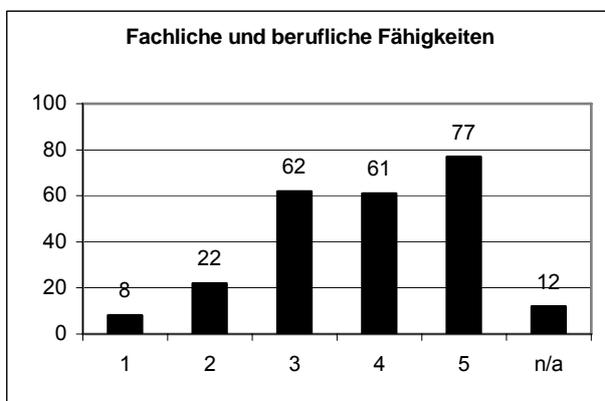


Abbildung 31: Fähigkeiten

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	8	3,3
	2	22	8,9
	3	62	25,2
	4	61	24,8
	5	77	31,3
Gesamt		230	93,5
Fehlend	System	16	6,5
Gesamt		246	100,0

Tabelle 19; Fähigkeiten

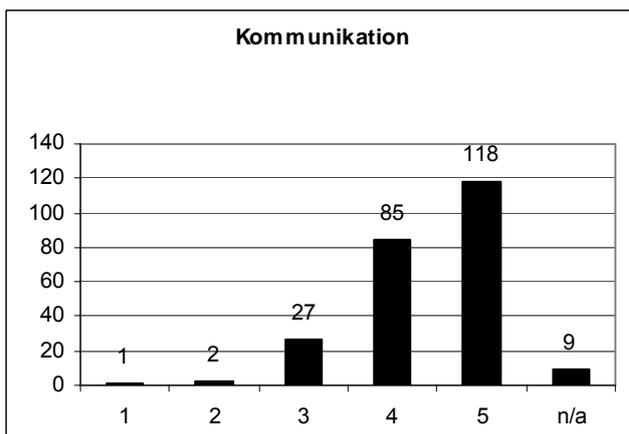
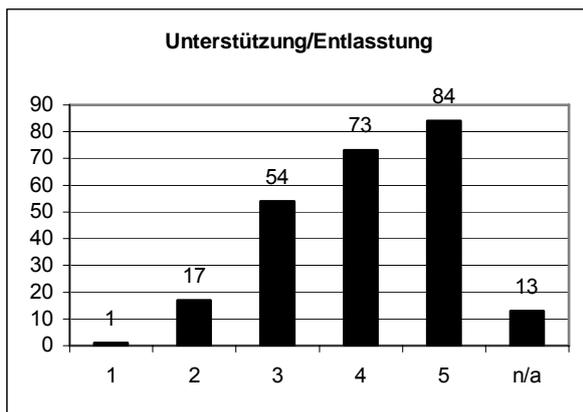


Abbildung 32: Kommunikation

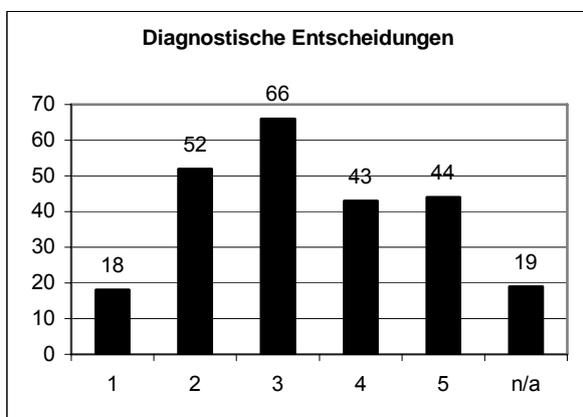
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	1	,4
	2	2	,8
	3	27	11,0
	4	85	34,6
	5	118	48,0
Gesamt		233	94,7
Fehlend	System	13	5,3
Gesamt		246	100,0

Tabelle 20: Kommunikation



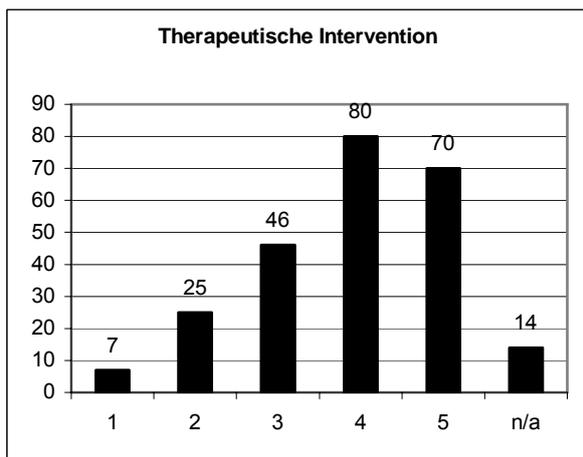
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	1	,4
	2	17	6,9
	3	54	22,0
	4	73	29,7
	5	84	34,1
	Gesamt	229	93,1
Fehlend	System	17	6,9
Gesamt		246	100,0

Abbildung 33: Unterstützung/Entlastung      Tabelle 21: Unterstützung/Entlastung



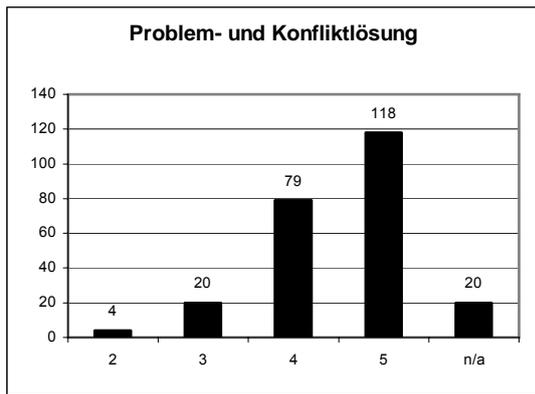
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	18	7,3
	2	52	21,1
	3	66	26,8
	4	43	17,5
	5	44	17,9
	Gesamt	223	90,7
Fehlend	System	23	9,3
Gesamt		246	100,0

Abbildung 34: Diagn. Entscheidungen      Tabelle 22: Diagn. Entscheidungen



		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	7	2,8
	2	25	10,2
	3	46	18,7
	4	80	32,5
	5	70	28,5
	Gesamt	228	92,7
Fehlend	System	18	7,3
Gesamt		246	100,0

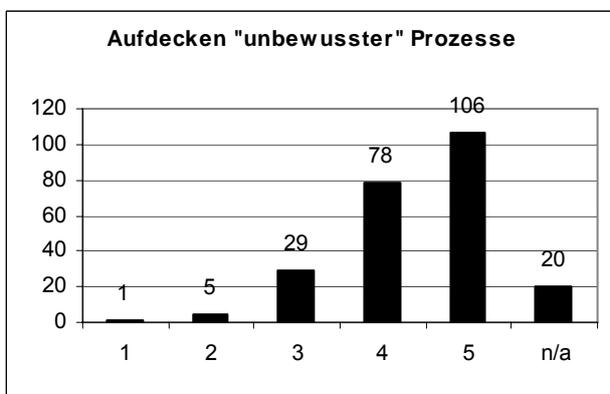
Abbildung 35: Therapeutische Intervention      Tabelle 23: Therapeutische Intervention



		Häufigkeit	Prozent
Gültig	2	4	1,6
	3	20	8,1
	4	79	32,1
	5	118	48,0
	Gesamt	221	89,8
Fehlend	System	25	10,2
Gesamt		246	100,0

Abbildung 36: Problem- und Konfliktlösung

Tabelle 24: Problem- und Konfliktlösung



		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	1	,4
	2	5	2,0
	3	29	11,8
	4	78	31,7
	5	106	43,1
Gesamt		219	89,0
Fehlend	System	27	11,0
Gesamt		246	100,0

Abbildung 37: Aufdecken „unbewusster“ Prozesse

Tabelle 25: Aufdecken „unbew.“ Proz.

Es folgt eine Berechnung der Mittelwerte. Dies geschieht, um Tendenzen zwischen den verschiedenen Gruppen festzustellen.

	Mittelwert gesamt	Mittelwert ohne SV	Mittelwert mit SV
Arbeitsabläufe im Team	4,08	4,17	3,86
Arbeitsabläufe in der Klinik	3,47	3,54	3,31
Beruf/fachl. Fähigkeiten	3,76	3,59	4,15
Kommunikation	4,36	4,40	4,26
Unterstützung/Entlastung	3,97	3,87	4,18
Sicherheit Entscheidungen	3,19	3,10	3,37
Ther. Intervention	3,76	3,71	3,96
Problem/Konfliktlösung	4,44	4,40	4,33
Aufdecken	4,29	4,37	4,13

Tabelle 26: Mittelwerte mit und ohne Supervision

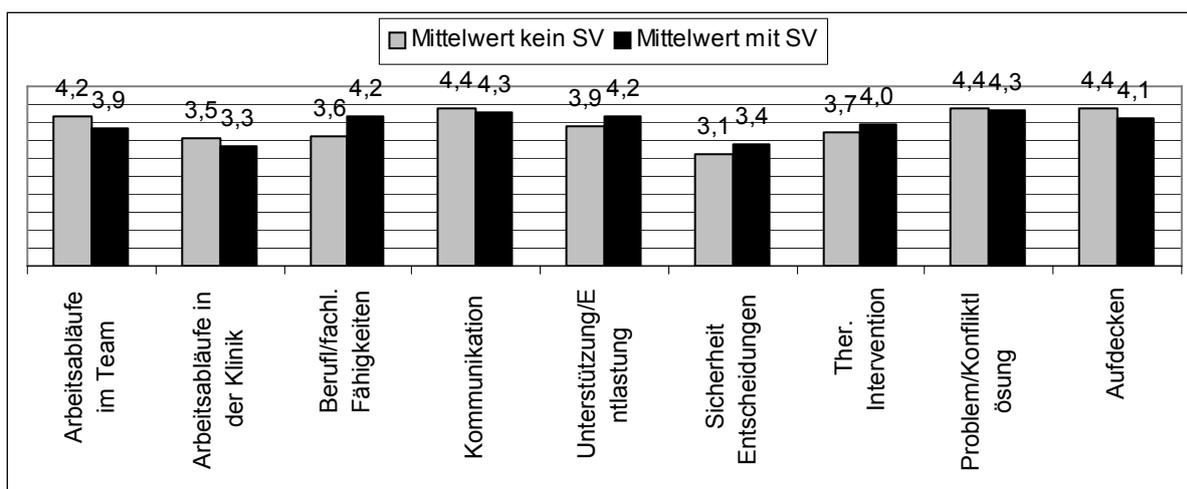


Abbildung 38: Mittelwerte im Vergleich

Reihenfolge ohne Supervision	Reihenfolge mit Supervision
Kommunikation	Problem/Konfliktlösung
Problem/Konfliktlösung	Kommunikation
Aufdecken	Unterstützung/Entlastung
Arbeitsabläufe im Team	Beruf/fachl. Fähigkeiten
Unterstützung/Entlastung	Aufdecken
Ther. Intervention	Ther. Intervention
Beruf/fachl. Fähigkeiten	Arbeitsabläufe im Team
Arbeitsabläufe in der Klinik	Sicherheit Entscheidungen
Sicherheit Entscheidungen	Arbeitsabläufe in der Klinik

Tabelle 27: Reihenfolge mit und ohne Supervision

Zusammenfassend ist zu sagen, dass vor allem die Verbesserung der Kommunikation und die Konflikt- und Problemlösung sehr wichtige Komponenten sind, sowohl für diejenigen die noch keine Supervision erhalten haben, als auch für diejenigen die Supervision erhalten. Die beiden Gruppen sind auch ähnlicher Meinung bezüglich der Verbesserung der Arbeitsabläufe in der Klinik, und der Verbesserung der Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen. Diese beiden Faktoren spielen eher eine geringe Rolle. Unterschiede findet man bei Verbesserung der Arbeitsabläufe im Team. Die Befragten ohne Supervision erachten dies als weniger wichtig als die Befragten, die Supervision erhalten. Bei der Verbesserung der beruflichen und fachlichen Fähigkeiten erwarten die Befragten, die keine Supervision erhalten haben mehr davon als diejenigen, die eine Supervision erhalten haben. Im Mittelfeld mit

wenigen Unterschieden zwischen beiden Gruppen befindet sich das Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team, Unterstützung/Entlastung und Verbesserung der therapeutischen Interventionen.

### Rollen und Funktionen des Supervisors

Die nächsten Items, die abgefragt wurden, waren Antworten auf die Frage: „Ich betrachte einen Supervisor als:....“ Hier werden die Funktionen und Rollen die ein Supervisor spielen kann, beschrieben.

In den folgenden Tabellen werden Häufigkeiten und Quoten dargestellt in denen die einzelnen Rollen beschrieben sind. Hier waren 9 Items zu bewerten auf einer fünfstufigen Skala von „Trifft voll zu“ (=5) bis zu „Trifft gar nicht zu“ (=1).

**Beistand/Helfer**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	3	1,2
	2	10	4,1
	3	31	12,6
	4	85	34,6
	5	89	36,2
	Gesamt	218	88,6
Fehlend	System	28	11,4
	Gesamt	246	100,0

*Tabelle 28: Beistand/Helfer*

**Lehrer**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	55	22,4
	2	38	15,4
	3	62	25,2
	4	34	13,8
	5	14	5,7
	Gesamt	203	82,5
Fehlend	System	43	17,5
	Gesamt	246	100,0

*Tabelle 29: Lehrer*

**SpezialistIn/ExpertIn**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	7	2,8
	2	11	4,5
	3	56	22,8
	4	75	30,5
	5	62	25,2
	Gesamt	211	85,8
Fehlend	System	35	14,2
	Gesamt	246	100,0

*Tabelle 30: SpezialistIn/ExpertIn*

**Förderer/Entwickler von Neuem**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	7	2,8
	2	11	4,5
	3	56	22,8
	4	75	30,5
	5	62	25,2
	Gesamt	211	85,8
Fehlend	System	35	14,2
	Gesamt	246	100,0

*Tabelle 31: Förderer/Entwickler von Neuem*

### PsychotherapeutIn

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	39	15,9
	2	37	15,0
	3	63	25,6
	4	46	18,7
	5	21	8,5
Gesamt		206	83,7
Fehlend	System	40	16,3
Gesamt		246	100,0

Tabelle 32: Psychotherapeut

### Coach

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	11	4,5
	2	13	5,3
	3	47	19,1
	4	81	32,9
	5	56	22,8
Gesamt		208	84,6
Fehlend	System	38	15,4
Gesamt		246	100,0

Tabelle 33: Coach

### Vermittler zwischen den Parteien

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	12	4,9
	2	17	6,9
	3	48	19,5
	4	78	31,7
	5	59	24,0
Gesamt		214	87,0
Fehlend	System	32	13,0
Gesamt		246	100,0

Tabelle 34: Vermittler

### Problemlöser

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	33	13,4
	2	25	10,2
	3	66	26,8
	4	53	21,5
	5	31	12,6
Gesamt		208	84,6
Fehlend	System	38	15,4
Gesamt		246	100,0

Tabelle 35: Problemlöser

### Überprüfer

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	66	26,8
	2	27	11,0
	3	41	16,7
	4	48	19,5
	5	27	11,0
Gesamt		209	85,0
Fehlend	System	37	15,0
Gesamt		246	100,0

Tabelle 36: Überprüfer

	Mittelwert gesamt	Mittelwert ohne SV	Mittelwert mit SV
Beistand/Helfer	4,13	4,12	4,17
Lehrer	2,57	2,52	2,65
Experte	3,82	3,6	4,2
Förderer	3,83	3,69	4,06
Psychotherapeut	2,87	2,72	3,91
Coach	3,75	3,81	3,59
Vermittler	3,74	3,76	3,68
Problemlöser	3,13	3,13	3,13
Überprüfer	2,74	2,8	2,61

Tabelle 37: Mittelwerte

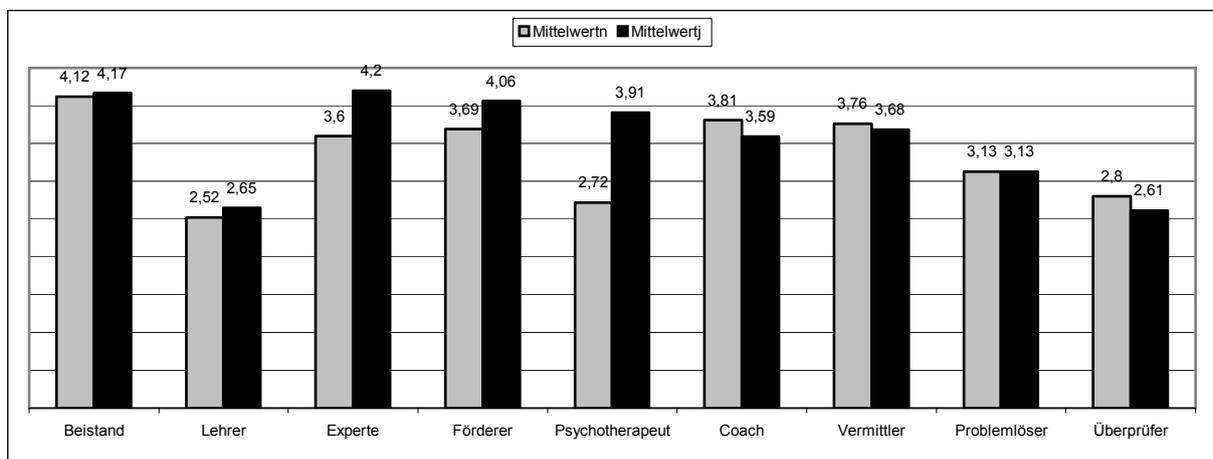


Abbildung 39: Mittelwerte im Vergleich

Reihenfolge ohne Supervision	Reihenfolge mit Supervision
Beistand/Helfer	Experte
Coach	Beistand/Helfer
Vermittler	Förderer
Förderer	Psychotherapeut
Experte	Vermittler
Problemlöser	Coach
Überprüfer	Problemlöser
Psychotherapeut	Lehrer
Lehrer	Überprüfer

Tabelle 38: Reihenfolge mit und ohne Supervision

Supervisoren werden von beiden Gruppen hauptsächlich als Beistand/Helfer betrachtet. Die Befragten ohne Supervision sehen einen Supervisor eher als Coach,

Vermittler und Förderer. Die Befragten, die eine Supervision erhalten haben, sehen einen Supervisor eher als Experten, Förderer und Psychotherapeuten. Der Supervisor wurde eher nicht als Lehrer und Überprüfer gesehen.

### **Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten 6 Monaten**

Im letzten Schritt wurden die Aussagen der Gruppen mit negativen Erfahrungen qualitativ ausgewertet. Die Aussagen der Supervisanden wurden nach den in Tabelle 40 aufgeführten 20 Kategorien nach den negativen Wirkungen für die Therapeuten und in Tabelle 41 aufgeführten 12 Kategorien nach den negativen Wirkungen für die Patienten sortiert.

	<b>Mögliche Risiken und Nebenwirkungen (n=246)</b>	
	Für die Physiotherapeuten	Für die Patienten
Ja	134	62
Fehlende Angabe	112	184
Anzahl Eintragungen	145	62
Gesamt	246	246

*Tabelle 39: Anzahl der Eintragungen: „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“*

Es wurden über die Hälfte mehr mögliche Risiken und Nebenwirkungen für die Physiotherapeuten gesehen als für die Patienten. Es gab eine hohe Rate an fehlenden Angaben: 45,6% für die Einträge bei möglichen Risiken und Nebenwirkungen für die Physiotherapeuten und 74,8% für die Einträgen bei möglichen Risiken und Nebenwirkungen für die Patienten.

## Mögliche Risiken und Nebenwirkungen für den Therapeuten

Eskalation im Team	14
Konflikt- und Problemverstärkung	13
Konfrontation mit eigenen Schwächen/Fehlern/Gefühlen	12
Fragwürdige Qualität d. SV/Inkompetenz	11
Entwertung/Abwertung/neg. Bewertung	10
Hoher Zeitaufwand	10
Team erfährt zuviel Persönliches	10
Negative Konsequenzen für Patient	9
Unstimmigkeiten/Konflikte entstehen durch Supervision	9
Misstrauen/Vertrauensmissbrauch	8
Kontrolle	8
Verunsicherung/Anstrengung/Überforderung	8
Konfliktlösung nur in SV, abgeben von Eigenverantwortung	6
zu starke persönliche Beeinflussung	6
Druck (kollektiv)	3
nicht verstanden werden	3
Grenzüberschreitung	2
Preis	2
Einseitig	1

*Tabelle 40: Kategorisierung „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“ für den Therapeuten*

Große Ängste bestehen im Bereich: Eskalation im Team und Konflikt- und Problemverstärkung, danach kommen direkt: Konfrontation mit eigenen Schwächen/Fehlern/Gefühlen, fragwürdige Qualität des Supervisors/Inkompetenz, Entwertung/Abwertung/ negative Bewertung, hoher Zeitaufwand, Team erfährt zuviel Persönliches, negative Konsequenzen für Patient. Interessant ist, dass hier über Konsequenzen für den Patienten nachgedacht wird, wobei in der nächsten Tabelle deutlich wird, dass es schwer ist, die negativen Einflüsse genau zu benennen.

## Mögliche Risiken und Nebenwirkungen für die Patienten

Patient ist verunsichert	14
Veränderungen von Therapie, Struktur und oder Abläufe	9
Behandelnder wird verunsichert	7

Stimmungen übertragen/Druck weitergeben/Blitzableiterfunktion	6
Überforderung	4
Psychologisieren statt therapieren	4
Schwerer Umgang mit Patienten	4
Weniger Zeit für den Patienten	4
Der Supervision während der Behandlung wirkt negativ auf den Patienten	4
Patient hat weniger Vertrauen in die Behandlung	3
Enttäuschung	2
Patienten sollen Supervision nicht mitbekommen	1

*Tabelle 41: Kategorisierung „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“ für die Patienten*

Es gab 14 Einträge mit Befürchtungen, dass der Patient verunsichert ist. In welcher Hinsicht wurde nicht erwähnt. Interessant ist die Aussage, dass die Patienten die Supervision nicht mitbekommen sollen. Hier spielt die Frage der Schweigepflicht eine Rolle.

	<b>Protektive und präventive Faktoren (n=246)</b>	
	Für die Physiotherapeuten	Für die Patienten
Ja	184	149
Fehlende Angabe	62	97
Angaben die nicht verwertet werden konnten		18
Anzahl Eintragungen	228	146
Gesamt	246	246

*Tabelle 42: Anzahl der Eintragungen: „Protektive und präventive Faktoren“*

In den nächsten beiden Tabellen werden protektive und präventive Faktoren kategorisiert: die protektiven und präventiven Faktoren für den Therapeuten und für die Patienten

### Protektive und präventive Faktoren für den Therapeuten

Bessere Zusammenarbeit/positivere Stimmung	26
Konfliktbewältigung/Konfliktlösung	26
Entlastung	21
Stärken der Persönlichkeit und/oder Selbstwert	19
Neuentwicklung/neue Ideen/neue Perspektiven	18
Verbesserung der Kompetenz, professionellerer Umgang mit Patient	14
Bewusstwerdung, Wahrnehmungsförderung	13
Blinde Flecken erkennen und Selbstreflexion	12
Qualitätsverbesserung der Therapie	11
Abgrenzung/Innerer Abstand	11
Informationsaustausch	9
Stressprävention	8
Motivationssteigerung	7
Klarheit	6
Zufriedenheit	5
Bessere Arbeitsabläufe/Strukturen	4
Flexibilität	4
Stressbewältigung	3
Problemerkennung	3
Reduktion Konflikte	3
Besseres Verständnis für andere Kollegen	3
Vorbeugungen von Eskalationen im Team	2

*Tabelle 43: Kategorisierung „Protektive und präventive Faktoren“ für den Therapeuten*

### Protektive und präventive Faktoren für die Patienten

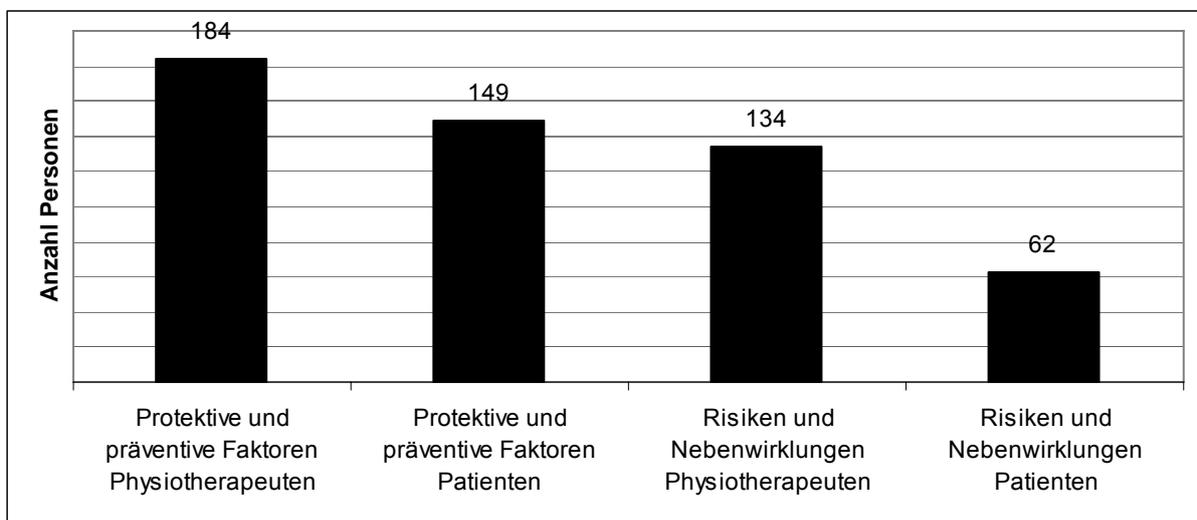
Effektivere physiotherapeutische Behandlung	31
Besserer Umgang mit (Problem-) Patienten	27
Problematik aus verschiedenen Sichtweisen beleuchtet/neue Perspektive	12
Mehr Schutz/schützend	12
Mehr Verständnis	11
Mehr Sicherheit für den Patienten	8
Effektivere psychische Behandlung	7
Empathie	6
Bessere Zeiteinteilung/Abläufe	6
Positive Zuwendung/Vertrauen	5

Bessere Unterstützung Patient	5
Bessere Problemerkennung	5
Fördernd	5
Eigenverantwortung für Patient	5
Zufriedenheit und Motivation	5
Besseres Arbeitsklima	5
Bessere Kommunikation	5
Positive Beeinflussung Heilprozess	4
Aufdecken unbewusster negativer Mechanismen	3
Mehr Professionalität	2

*Tabelle 44: Kategorisierung „Protektive und präventive Faktoren“ für die Patienten*

146 Eintragungen. Zusätzlich verweisen 14 Personen auf die positive Wirkung auf den Therapeuten, die hier nicht aufgenommen sind, da sie sich auf den Therapeuten beziehen.

Vier Einträge konnten nicht kategorisiert werden: "Gelegenheit zur Formulierung für Kritik", "positivere Lernatmosphäre für Schüler", "Vorteile im Umgang mit Schüler" und "keine direkten über mich".



*Abbildung 40: Zusammenfassung "Protektive und präventive Faktoren" und "Risiken und Nebenwirkungen"*

## **5 Diskussion und Ausblick**

Die vorliegende Arbeit erforscht einen Bereich der Supervision, über den kaum Daten bekannt sind, da die Supervision schwerpunktmäßig in der Psychotherapie und in der Sozialarbeit angewandt wird. Erst nach und nach wird die Supervision in anderen Bereichen, so auch in der Physiotherapie, eingeführt. Dies führt zu einer geringen Anzahl geeigneter Beiträge in der Fachliteratur über Supervision.

### **5.1 Die Stichprobe und die Verbreitung der Supervision bei Physiotherapeuten**

Die erste Fragestellung der Arbeit betrifft die Verbreitung der Supervision bei Physiotherapeuten. Da hierzu keine Quoten vorliegen, wurde ein Fragebogen konzipiert, den sowohl Physiotherapeuten, die Supervision erhalten, als auch diejenigen, die sie nicht erhalten, beantworten konnten.

Folgende Adressaten wurden ausgewählt:

- Physiotherapie Schulen (178 Bögen),
- Kliniken Psychiatrie/Psychosomatik (219 Bögen),
- Privatpraxen und Krankenhäuser in Idstein und Wiesbaden (54 Bögen),
- FIP-Mitglieder (70 Bögen),
- DGIB-Mitglieder (5 Bögen),
- Praktikumsadressen EFF (52 Bögen) und
- weitere 112 Bögen auf Fax-Anfragen.

Der Rücklauf der Fragebögen kann nach folgenden unterschiedlichen Arbeitsbereichen eingeteilt werden:

- Krankenhäuser/Rehabereich 112 Personen,
- Privatpraxis 77 Personen,
- Bildungsbereich 63 Personen und in der
- Psychiatrie/Psychosomatik 17 Personen.

Aus diesen Rückmeldungen kann geschlossen werden, dass im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik verhältnismäßig wenig Supervision stattfindet, wohingegen in den Krankenhäusern und im Rehabereich die Supervision weiter verbreitet ist.

Die Rücklaufquote von 36,1% ist insgesamt als gut zu beurteilen für eine Fragebogenuntersuchung ohne persönliche Kontakte und Nachfragen.

Auf die Frage nach der Verbreitung der Supervision liegt folgendes Ergebnis vor: 31,7% der Befragten haben eine Supervision erhalten, 68,3 % nicht. Dies scheint eine relativ hohe Quote für die Durchführung der Supervision, zumal Supervision gerade in Krankenhäusern und Privatpraxen nicht üblich ist. Es kann daher vermutet werden, dass unter Supervision auch die Anleitung und Behandlungskontrolle im Sinne der Weiterbildung verstanden wird. Diese Vermutung bestätigt sich in der Beantwortung der offenen Frage nach negativen Erwartungen in der Supervision. Hier wurden z.B. folgende Eintragungen gegeben: „Patient könnte durch Meinungsverschiedenheiten von Behandelnder und Supervisor verunsichert werden“, „Verlust einer klaren Bezugsperson, Patient könnte Supervisor als Therapeut betrachten“, „Durch fachliche Supervision könnte der Eindruck der fehlenden Kompetenz der Behandelnder bei Patient entstehen“, „Vorführeffekt beim Patienten“, „Verändertes Verhältnis zum Stammtherapeuten kann entstehen“.

Andererseits sind die Fragebögen auch an Institutionen (Psychiatrie/Psychosomatik, Mitglieder DGIB und FIP) verschickt worden, die sich für psychische Prozesse interessieren und die somit mehr mit Supervision konfrontiert werden. Auch damit lässt sich die hohe Quote erklären.

Interessanterweise ist festzustellen, dass die Physiotherapeuten sehr weiterbildungsfreudig sind: 246 Personen nahmen insgesamt an 775 Weiterbildungen teil, ein Durchschnitt von 3,2 Weiterbildungen pro Person. Die psychosomatischen Weiterbildungen sind mit 0,4% wenig vertreten. Die pädagogischen Qualifikationen fallen unter den Bereich „andere Weiterbildungen“. Auf diesen Bereich fallen ebenfalls nur 0,4% der Weiterbildungen. Dies mag daran liegen, dass der Abschluss einer „technischen Fortbildung“ bei den Krankenkassen zu höheren Abrechnungssätzen führt.

Fast die Hälfte der Befragten hat über 15 Jahre Berufserfahrung, und das Durchschnittsalter ist 40 Jahre. Dies stellt eine gute Basis für eine Supervision dar.

## 5.2 Erwartungen an Supervision

Die Frage nach den Erwartungen an eine Supervision konnten alle Befragten (auch die Befragten, die keine Supervision erhalten haben) beantworten. Insgesamt sind die Erwartungen hoch. An erster Stelle steht die Problem- und Konfliktlösung, dann folgen Kommunikation, Aufdecken unbewusster Prozesse, Verbesserung der Arbeitsabläufe im Team, Unterstützung/Entlastung, Verbesserung der beruflichen/fachlichen Fähigkeiten, Verbesserung der Therapeutischen Intervention, Verbesserung der Arbeitsabläufe in der Klinik und die Sicherheit bei Entscheidungen. Die Frage: „Ich betrachte eine Supervisorin/einen Supervisor als“ wurde in folgender Reihenfolge beantwortet: Beistand, Förderer, Experte, Problemlöser, Coach, Vermittler, Psychotherapeut, Überprüfer, Lehrer.

Bei der Beantwortung der offenen Frage nach den Assoziationen zu Supervision stand vor allem das Team im Vordergrund. Dies ist bemerkenswert da bei der Auswertung der anderen Fragen, das „Wohlergehen“ des Teams nicht immer in Mittelpunkt stand und auch die Teamsupervision bei den Physiotherapeuten, die Supervision erhalten haben, nicht sehr verbreitet war. So scheint ein gut arbeitendes und harmonisches Team ein großer Wunsch zu sein. Problembearbeitung, Problemlösung, Reflexion und Hilfestellung waren weitere wichtige Erwartungen, die sich in den anderen Fragen nach den Erwartungen an Supervision widerspiegeln.

Sowohl die protektiven/präventiven Faktoren als auch die Risiken und Nebenwirkungen wurden für den Patienten seltener bewertet als für die Therapeutinnen/-Therapeuten. Insgesamt ist die Anzahl der Einträge der Risiken und Nebenwirkungen recht hoch. Eigene Ängste liegen darin, dass Eskalationen im Team erwartet werden. Des Weiteren werden eine Konflikt- und Problemverstärkung und die Konfrontation mit eigenen Schwächen, Fehlern und Gefühlen befürchtet. Recht oft wurde die Angst geäußert, dass die Supervisorin, der Supervisor inkompetent sein könnte und Entwertung eine Rolle spielt. Hinzu kommen der hohe Zeitaufwand und die Befürchtung, im Team zu viel persönliches mitzuteilen.

Die Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten wurden eher undifferenziert beschrieben. Genannt wurden folgende Punkte: Verunsicherung, Veränderungen der Therapie, der Struktur und/oder der Abläufe, das Übertragen von Stimmungen. Oft konnten die Nebenwirkungen auch nicht dem Patienten oder dem Behandelnden genau zugeordnet werden. Die Ursache dafür liegt in einem fehlenden Bewusstsein

der Wirkungen von Supervision auf den Patienten bzw. in der nicht vorhandenen Auseinandersetzung mit den Wirkungen.

Während der Supervision kann auch das Patientensystem ausgeblendet werden. Dies widerspricht dem Ziel der Supervision, stellt allerdings einen weiteren Grund dafür dar, dass die positiven und negativen Wirkungen so undifferenziert beschrieben werden.

Petzold (1998, 203) beschreibt eine Mehrebenenstruktur der Supervision, in der die Klienten/Familienangehörigen ein wichtiger Teil sind. Schadensforschungsbedarf (auch auf Patienten/Klientenebene) in der Supervision besteht jedoch immer noch, da in diesem Bereich noch nicht viel bekannt ist.

Bisher genanntes bedeutet für die Supervisoren, dass sie ein breites Spektrum an Kompetenzen mitbringen müssen - sowohl fachlich als auch sozial/emotional. Um berufliche Fähigkeiten verbessern zu können und um die Qualität der therapeutischen Interventionen zu steigern, müssen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Physiotherapie und im Gesundheitswesen vorliegen (Feldkompetenz). Es reicht nicht, mit einer generalisierten Supervisionskompetenz diese Zielgruppe zu supervidieren.

Petzold (1998, 63) stellt sogar fest, dass die Feldkompetenz des Supervisors in gewissem Umfang auch ein ethisches Postulat ist. Es können so negative Erfahrungen oder sogar Schädigungen vermieden werden. Diese negativen Erfahrungen liegen sowohl auf Therapeutenniveau als auch auf Patientenniveau. Dies bedeutet wiederum, dass Supervisoren dementsprechend ausgebildet sein müssen, um aus mehreren Perspektiven gleichzeitig auf verschiedene Ebenen schauen zu können.

Einige Befragte äußerten Ängste bezüglich der Verschwiegenheit der Gruppenmitglieder bzw. der Supervisorin/des Supervisors. Dies zeigt sich in Äußerungen wie: „Vertrauensmissbrauch im Team“, „Negativdarstellung an Vorgesetzten“, „Missbrauch von Anvertrautem und Kontrolle“ „evtl. Rückkopplung mit Arbeitgeber“, „weitere Austragung des Konfliktes auf indirekte Art, Gespräche bleiben nicht im Raum“. Hier ist zu bemerken, dass die Schweigepflicht ganz besonders von Bedeutung ist. Die hier von den Befragten beschriebenen Beispiele zielen sowohl auf die Schweigepflicht von Supervisanden untereinander als auch auf die berufliche Schweigepflicht des Supervisors selbst. Interessant ist, dass kein Befragter über die Schweigepflicht untereinander und gegenüber dem Supervisor bezüglich vertraulicher In-

formationen über Patienten spricht. Entweder ist dies selbstverständlich oder das Bewusstsein über die Konsequenzen eines Bruchs der Schweigepflicht ist nicht gegeben.

Die Regelung der Schweigepflicht wird in § 203 StGB festgelegt und ist der Schutz der Vertraulichkeit zwischen Hilfesuchenden und Angehörigen bestimmter Berufsgruppen. Ein Ausschnitt:

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatliche geregelte Ausbildung erfordert,.....anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafen bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Das bedeutet, dass in der Supervision die Patienten entweder völlig anonymisiert sind, was in der Praxis fast unmöglich und oft auch nicht förderlich ist (vgl. Petzold, Rodriguez-Petzold 1998, 209), oder man braucht eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten.

### **5.3 Die Supervision**

Bei 76% der Supervisanden fand die Supervision freiwillig statt, 53% haben die Supervision selbst initiiert. Dies zeigt eine hohe Motivation der Supervisanden. Möglicherweise ist die Ursache in Überlastung, Überforderung und eventuell in einer mangelnden Anerkennung zu sehen. Weiterhin kann vermutet werden, dass die fehlende eindeutige Beschreibung der beruflichen Identität bei Physiotherapeuten und somit die kaum vorhandene Möglichkeit, über die eigene berufliche Identität reflektieren zu können, dazu (möglicherweise unbewusst) führt, dass Physiotherapeuten sich mit ihrem Beruf auseinandersetzen wollen. Eine Weiterentwicklung der Behandelndenpersönlichkeit steht hier im Mittelpunkt. Das würdigt zum einen die alltägliche Beziehungsarbeit und stärkt zum anderen die Einsicht, dass erst die persönliche Weiterentwicklung der Theorien und Techniken in der Physiotherapie erfolgreich werden lässt.

Die große Motivation lässt sich nicht mit den Ängsten vor negativen Wirkungen vereinbaren. Allerdings erwarten die Personen, die eine Supervision erhalten haben,

mehr positive Wirkungen als diejenigen, die noch keine Supervision erhalten haben. Meine Erfahrung ist, dass viele Physiotherapeuten Widerstände und Ängste haben, sich zu reflektieren.

So soll die Supervision mit Feldkompetenz, Mehrperspektivität auf mehreren Ebenen stattfinden, und die Supervisorin/der Supervisor soll eine ausgeprägte soziale und fachliche Kompetenz besitzen. Unter diesen Umständen wäre es möglich, eine Atmosphäre der Sicherheit zu schaffen und Ängste abzubauen.

Bei den Supervisionsformen sind alle Formen benannt worden. Durch die Mehrfachnennung ist nicht nachvollziehbar, welche Form bei wem genau stattgefunden hat und wie dann die Wirkung war. Eine genaue Analyse wäre interessant, wenn die Effektivität der einzelnen Formen erforscht werden soll.

Das Durchschnittsalter der Supervisoren wurde auf 50,7 Jahre geschätzt, was ca. 10 Jahre über dem Durchschnittsalter der Befragten liegt. Als Grundberuf der Supervisoren wird hauptsächlich Psychologen angegeben, gefolgt von Ärzten. Die Zusatzausbildung/ Psychotherapieausbildung des Supervisors ist sehr heterogen. Hier ist außer einer Supervisionsausbildung keine andere Zusatzausbildung extrem vertreten.

#### **5.4 Die Wirkung der Supervision**

Mit einem Medianwert von 4 auf einer fünfer Skala wird der persönliche Nutzen, der eigene berufliche Nutzen, der patientenbezogene Nutzen und der teambezogene Nutzen als recht zufrieden stellend bewertet. Hier geht es um eine subjektive Zufriedenheit in den verschiedenen Bereichen. Der objektive Nutzen in den verschiedenen Bereichen sollte mit anderen, objektiveren Messinstrumenten bewertet werden. Der Nutzen der Supervision und die Einschätzung durch die Supervisanden bezüglich der Kompetenz des Supervisors sind ähnlich, wobei die Kompetenz des Supervisors in der Tendenz höher eingeschätzt wird.

##### *Negative Erfahrungen*

Hier gab es 16 Einträge bei 13 Personen, die negative Erfahrungen gemacht haben. Von diesen 13 Personen sind 2 Erfahrungen (= 15%) als schädigend einzustufen. Dies ist eine hohe Quote, wobei es möglich ist, dass andere negative Erfahrungen

auch als schädigend einzustufen sind, wenn die getroffenen Aussagen differenzierter wären.

Leider gibt es noch nicht viele Studien, die die Schäden in der Supervision untersuchen. In Untersuchungen zu Schadensfragen in der Supervision (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997) und zu Erhebungen im Dunkelfeld (Petzold, Orth et al. 2003, Ehrhardt et. al 2003) gibt es Hinweise auf Risiken und Schäden. Zurzeit wird an der „Donau Universität“ in Krems in dieser Richtung geforscht, wobei noch keine Ergebnisse bekannt sind. Bei den Menschen, die durch problematische oder missbräuchliche Supervision beschädigt, verletzt und beschämt wurden, gibt es keine Kooperationsbereitschaft für herkömmliche, empirische, soziologische bzw. sozialpsychologische Untersuchungen. Petzold (2002, 1) beschreibt weiter, dass man bei Fragebogenuntersuchungen, die nach der Qualität von Supervision fragen, davon ausgehen kann, dass die durch „schlechte Supervision“ schon „vergraulten“ Menschen nicht erreicht werden, weil die Population der Unzufriedenen nur zu einem geringen Teil noch zugänglich ist, dass weiterhin die Bereitschaft, an einer Untersuchung von genereller Thematik mitzuwirken, fehlt. Möglicherweise liegt auch bei dieser Studie eine „Dunkelziffer“ von Menschen vor, die durch schlechte Erfahrungen kein Interesse hatten mitzumachen, was eine alarmierend höhere Quote der negativen Erfahrungen ergeben kann.

Fragen, die man stellen kann, woran es gelegen hat, dass doch so viele negative Erfahrungen gemacht worden sind: Hat es an einer schlechten Supervision mit einem „schlechtem“ Supervisor gelegen? Lag es an einer negativen Teamdynamik oder an einer Verletzung der Schweigepflicht? Diese Fragen sind es wert, weiter untersucht zu werden.

#### *Positive Erfahrungen:*

59 von 78 Befragten (=75,6%) haben positive Erfahrungen mit Supervision gemacht. Wenn man davon ausgeht, dass Supervision eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performatorische Umsetzung zum Ziel hat, wäre eine höhere Quote zu erwarten. In Zusammenhang mit den negativen Erfahrungen könnte man vermuten, dass die Qualität der Supervision zu verbessern ist. Da es sich bei dieser Stichprobe von 78 Personen um Supervisanden handelt, die wahrscheinlich bei ebenso vielen unterschiedlichen Supervisoren eine Supervision erhalten haben, ist die Stichprobe repräsentativ.

## 5.5 Zusammenfassung an Hand der Fragestellungen

1. Wie verbreitet ist Supervision bei Physiotherapeuten?
2. Was erwarten Physiotherapeuten von der Supervision?
3. Welchen Nutzen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten die interdisziplinären Pflorgeteams in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?
4. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, bzw. positive Erfahrungen gemacht?
5. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, bzw. negative Erfahrungen gemacht?
6. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren konnten die Teilnehmer für sich benennen?
7. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision aus der Sicht der Teilnehmer für die Patientinnen und Patienten beinhalten?

Zu 1. Mehr als 31% der Befragten bekommen eine Supervision. Dies ist höher als erwartet, da Supervision in der Physiotherapie nicht üblich ist.

Zu 2: Insgesamt sind die Erwartungen an eine Supervision hoch. An erster Stelle steht die Problem- bzw. Konfliktlösung, dann folgen Kommunikation, Aufdecken unbewusster Prozesse, Verbesserung der Arbeitsabläufe im Team, Unterstützung/Entlastung, Verbesserung beruflicher /fachlicher Fähigkeiten, Verbesserung der therapeutischen Intervention, Verbesserung der Arbeitsabläufe in der Klinik und zum Schluss die Sicherheit bei Entscheidungen. Die Betrachtungen aus der Sicht der Supervisoren sehen folgendermaßen aus: Sie sehen sich als Beistand, Förderer, Experte und Problemlöser.

Zu 3: Mit einem Medianwert von 4 auf einer fünfer Skala werden der persönliche Nutzen, der eigene berufliche Nutzen, der patientenbezogene Nutzen und der teambezogene Nutzen als recht zufrieden stellend bewertet. Hier geht es um eine subjektive Zufriedenheit in den verschiedenen Bereichen. Den Nutzen ist fast so hoch wie auch die Kompetenz des Supervisors eingeschätzt wird

Zu 4 und 5: 59 von 78 Befragten (=75,6%) haben positive Erfahrungen mit Supervision gemacht, 13 Personen negative Erfahrungen. Von diesen 13 Personen sind 2 Erfahrungen (= 15%) als schädigend einzustufen. Diese Zahlen sind bedenklich, da Supervisanden keine schädigenden Erfahrungen machen dürfen.

Zu 6 und 7: Sowohl die protektiven/präventiven Faktoren als auch die Risiken und Nebenwirkungen wurden für den Patienten seltener bewertet als für die Therapeutinnen/Therapeuten. Trotzdem ist die Anzahl der Einträge bei den Risiken und Nebenwirkungen für beide Gruppen recht hoch. Die Qualitätsfrage der Supervision (und ihr Ruf bei den Physiotherapeuten) stehen hier im Mittelpunkt.

## **5.6 Ausblick**

Diese Studie im Bereich der Physiotherapie ist ein Anfang. Es ist sinnvoll weiterführende Studien anzuschließen, da diese Studie einige Fragen beantwortet, aber ebenso Fragen aufgeworfen hat.

Durch die Analyse wurde klar, dass Physiotherapeuten unterschiedliche Ansichten über die Supervision haben. Eine weitere Frage wäre, wie Physiotherapeuten die Supervision genau definieren, und ob dies teilweise eher einer Anleitung oder fachlichen Kontrolle zugeordnet ist. Wie sind hier die Erfahrungen? Auch Simader (2005) stellte in seiner Untersuchung fest, dass in seiner Studie eine Differenzierung zwischen physiotherapeutisch-fachlicher Supervision und psychologischer Supervision hätte erfolgen müssen, da die physiotherapeutisch-fachliche Supervision doch einen großer Teil ausmacht.

Petzold (2002, 1) sieht die Supervision verpflichtet, um einen Nachweis der Basiskriterien „Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit“ sicher zu stellen. In dieser Studie stellt sich die Frage nach der „Unbedenklichkeit“, bzw. die Frage nach den Nebenwirkungen und Schädigungen. Es wäre sinnvoll eine differenzierte Studie zu machen über negative Erfahrungen, und wie die Erfahrungen in Bezug stehen zur Qualität der Supervision (bzw. Ausbildung/Qualität des Supervisors) und Form/Setting der Supervision. Welche Methoden haben eine hohe Wirkung, welche nicht?

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach den Wirkungen für das Patientensystem, hier sollten auch die Patienten zu Wort kommen. In diesen Studien wurden nur die

Erwartungen und Erfahrungen der Therapeuten erforscht, wodurch einige wichtige Anhaltspunkte bekannt wurden.

Ein weiteres Thema in der Studie war die Schweigepflicht. Sinnvoll wäre es zu wissen, wie die verschiedenen Ebenen, wo die Schweigepflicht greift, bekannt sind und wie sie eingehalten werden und wo es nicht möglich ist.

Die Identifikationen und Identifizierungen sind ein bedeutender Ansatzpunkt für die Supervision. In Team- und Gruppensupervisionen können diese Fragen zur Identitätsklärung und Identitätsförderung beitragen. Eine weitere Forschungsfrage wäre die Frage, ob und wie Supervision die berufliche Identität des Physiotherapeuten verstärken und festigen kann, dies könnte erweiternd als „Organisationsidentität“ untersucht werden.

## 6 Literaturverzeichnis:

Conrad, G und Pühl, H.: Teamsupervision. Gruppenkonflikte erkennen und lösen. Berlin Marhold 1983

Grosch, G: Kurze Geschichte der Physiotherapie in Physiotherapie Lehrbuchreihe Band 3 Hrsg. Hüter-Becker et al. Thieme Verlag 1996

Haußer, K.: Identitätspsychologie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 1995

Heinz, W.R.: Berufliche und betriebliche Sozialisation. In Hurrelmann K./Ulich. D.: Handbuch der Sozialisationsforschung, Weinheim 1990

Heinz, W.R.: Arbeit, Beruf und Lebenslauf, München 1995

Hoff, E. H.: Identität und Arbeit. Psychosozial/13 1990, 7-25

Hüter-Becker, A.: Bewährtes erhalten - Zukunft gestalten Zeitschrift für Physiotherapeuten 4/2000, 606-622 Pflaum-Verlag 2000

Keupp, Heiner: Auf dem Weg zur Patchwork-Identität? In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 4/1988.

Keupp, Heiner u. a.: Identitätskonstruktionen, Das Patchwork der Identitäten der Spätmoderne. Reinbek bei Hamburg 1999

Köhler B.: Berufsqualifikationen Physiotherapie, Z. f. Physiotherapeuten, Pflaum Verlag 53/2002, 9f

Kostrzewa D.: Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis – ein handlungsorientierter Professionalisierungsansatz für die Physiotherapie, Z. f. Physiotherapeuten Pflaum Verlag, 2002

Lamnek, S: Qualitative Sozialforschung, Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995

Mariolaku A., Muthny F.A.: Arbeitszufriedenheit und Bedarf an psychosozialer Fortbildung von Physiotherapeuten in der Rehabilitation, Z. f. Physiotherapeuten Pflaum Verlag, 2002/8

Molling M.: Supervision für Physiotherapeuten – ein Praxisbericht, Z. f. Physiotherapeuten Pflaum Verlag, 1998/1

Orth, I.: Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. In: Integrative Therapie, Junfermann Verlag 3-4/2002

Petzold, H. und Orth, I.: Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „Mediengestützte Techniken“ in: Zeitschrift Integrative Therapie 4/1994 Junfermann Verlag, Paderborn 1994, 340-391

Petzold, H.: Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung, Junfermann Verlag, Paderborn, 1998

Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2002a): Mythos „Gütesiegel“ - „Supervision“, ein Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGSv – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis. Düsseldorf/Hückeswagen. In: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 04/2002

Petzold, H.G., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P.: Mythos Supervision?  
Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 05/2003

Raps, W., Melzer, W.: Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie Kommentar, Reha-Verlag 1995

Simader, R: Die Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur Physiotherapeutin. Z. f. Physiotherapeuten, 11/2005 Pflaum Verlag, 77-82

Wijnen, H. van, Petzold, H. G.: Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 15/2003

Waibel, M.: Integrative Supervision in der Ausbildung von Physiotherapeuten. Beiträge zu Unterricht und Ausbildung Z. f. Physiotherapeuten 12/2003

Winkel, D., Vleeming, A., Fischer, S., Meijer, O., Vroege, C.: Nichtoperative Orthopädie Teil 1: Anatomie in vivo, Fischer Verlag 1995, 3-6

ZVK: Informationsbroschüre zum Berufsbild des Physiotherapeuten, Köln 2002

<http://www.dgsv.de> Zugriff am 30.11.05

## 7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modell des Identitätsprozesses: Arbeit und Identität (Haußer 1995, 168) .....	8
Abbildung 2:	Anzahl Adressen und Fragebögen .....	46
Abbildung 3:	Altersverteilung .....	47
Abbildung 4:	Anzahl der verschiedenen Weiterbildungen in den Kategorien: „Technisch“, „Psychosomatisch“ und „Andere“. .....	49
Abbildung 5:	Verteilung nach Berufsjahren .....	50
Abbildung 6:	Tätigkeit, eingeteilt nach Institutionen .....	50
Abbildung 8:	Ort, wo Supervision stattgefunden hat .....	51
Abbildung 9:	Supervisionsform .....	52
Abbildung 10:	Freiwilligkeit der Teilnahme .....	52
Abbildung 11:	Zusammenstellung der Gruppe .....	53
Abbildung 12:	Initiator .....	53
Abbildung 13:	Dauer einer Sitzung .....	54
Abbildung 14:	Geschlecht der Supervisoren .....	55
Abbildung 15:	Grundberuf .....	56
Abbildung 16:	Zusatzausbildung .....	56
Abbildung 17:	Persönlicher Nutzen .....	57
Abbildung 18:	Eigener pers. Nutzen .....	57
Abbildung 19:	Patientenbezogener Nutzen .....	58
Abbildung 20:	Teambezogener Nutzen .....	58
Abbildung 21:	Verteilung positive bzw. negative Erfahrungen .....	59
Abbildung 22:	Kompetenz der Supervisoren .....	61
Abbildung 23:	Allgemeine Auswertung .....	61
Abbildung 24:	Auswertung nach Definition „Methode“ .....	62
Abbildung 25:	Auswertung nach Definition „Interaktionaler Prozess“ .....	62
Abbildung 26:	Auswertung nach Definition „Praxisstrategie“ .....	63
Abbildung 27:	Auswertung nach Definition „sozialphilosophisch fundierte Disziplin“ .. .....	63
Abbildung 28:	Auswertung nach vier Definitionen .....	64
Abbildung 29:	Verbesserung Arbeitsabläufe .....	64
Abbildung 30:	Arbeitsabläufe in Klinik .....	65
Abbildung 31:	Fähigkeiten .....	65
Abbildung 32:	Kommunikation .....	65

Abbildung 33:	Unterstützung/Entlastung .....	66
Abbildung 34:	Diagn. Entscheidungen .....	66
Abbildung 35:	Therapeutische Intervention .....	66
Abbildung 36:	Problem- und Konfliktlösung .....	67
Abbildung 37:	Aufdecken „unbewusster“ Prozesse .....	67
Abbildung 38:	Mittelwerte im Vergleich .....	68
Abbildung 39:	Mittelwerte im Vergleich .....	71
Abbildung 40:	Zusammenfassung "Protektive und präventive Faktoren" und "Risiken und Nebenwirkungen" .....	76

## 8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hauptthemen der Befragten .....	19
Tabelle 2:	Analyse an Hand „ZVK Merkmale“ .....	21
Tabelle 3:	Analyse an Hand „ZVK Merkmale“ .....	21
Tabelle 4:	Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung .....	24
Tabelle 5:	Analyse an Hand der Säule Arbeit und Leistung .....	25
Tabelle 6:	Zeitplanung .....	44
Tabelle 7:	Versand der Fragebögen .....	46
Tabelle 8:	Verteilung der Geschlechter .....	47
Tabelle 9:	Grundberufe mit Verteilung der Geschlechter .....	47
Tabelle 10:	Durchschnitt der Anzahl der Weiterbildung .....	48
Tabelle 11:	Verteilung nach Berufsjahren .....	49
Tabelle 12:	Verteilung der Befragten, mit und ohne Supervision .....	51
Tabelle 13:	Häufigkeit der Sitzungen .....	54
Tabelle 14:	Nutzen der Supervision .....	57
Tabelle 15:	negative Erfahrungen .....	59
Tabelle 16:	positive Erfahrungen .....	60
Tabelle 17:	Verbesserung Arbeitsabläufe .....	64
Tabelle 18:	Arbeitsabläufe in Klinik .....	65
Tabelle 19;	Fähigkeiten .....	65
Tabelle 20:	Kommunikation .....	65
Tabelle 21:	Unterstützung/Entlastung .....	66
Tabelle 22:	Diagn. Entscheidungen .....	66
Tabelle 23:	Therapeutische Intervention .....	66
Tabelle 24:	Problem- und Konfliktlösung .....	67
Tabelle 25:	Aufdecken „unbew.“ Proz. ....	67
Tabelle 26:	Mittelwerte mit und ohne Supervision .....	67
Tabelle 27:	Reihenfolge mit und ohne Supervision .....	68
Tabelle 28:	Beistand/Helfer .....	69
Tabelle 29:	Lehrer .....	69
Tabelle 30:	SpezialistIn/ExpertIn .....	69
Tabelle 31:	Förderer/Entwickler von Neuem .....	69
Tabelle 32:	Psychotherapeut .....	70
Tabelle 33:	Coach .....	70
Tabelle 34:	Vermittler .....	70

Tabelle 35:	Problemlöser .....	70
Tabelle 36:	Überprüfer .....	70
Tabelle 37:	Mittelwerte .....	71
Tabelle 38:	Reihenfolge mit und ohne Supervision .....	71
Tabelle 39:	Anzahl der Eintragungen: „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“	72
Tabelle 40:	Kategorisierung „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“ für den Therapeuten .....	73
Tabelle 41:	Kategorisierung „Mögliche Risiken und Nebenwirkungen“ für die Patienten .....	74
Tabelle 42:	Anzahl der Eintragungen: „Protektive und präventive Faktoren“ .....	74
Tabelle 43:	Kategorisierung „Protektive und präventive Faktoren“ für den Therapeuten .....	75
Tabelle 44:	Kategorisierung „Protektive und präventive Faktoren“ für die Patienten .....	76

## 9 Anhang

### 9.1 Anlage A: „Mails“

Subject:> Berufsidentität> From: "Hester van Wijnen" <[HestervanWijnen@web.de](mailto:HestervanWijnen@web.de)>

> Date:> Mon, 11 Nov 2002 18:14:31 +0100

> To:> <[gluer@uni-goettingen.de](mailto:gluer@uni-goettingen.de)>

>>> Sehr geehrter Hr. Prof. Gluer.

> Im Moment mache ich einen Ergänzungsstudiengang Supervision in  
> Amsterdam. Im Rahmen dieses Studiums möchte ich eine Untersuchung  
> machen nach der Berufsidentität von Physiotherapeuten. Ich bin jetzt  
> auf der Suche nach einem schon validen Fragebogen nach Berufsidentität  
> und werde nicht fündig. Können Sie mir vielleicht Informationen über  
> dieses Thema geben (Literatur oder andere Institute). Ich wäre für  
> jede Hilfe dankbar!!  
> Mit freundlichen Grüßen,  
> Hester van Wijnen

Hallo,

Herr Prof. Lür hat mir ihre Mail weitergeleitet mit der Bitte, sie zu  
beantworten. Es ist tatsächlich schwierig, Literatur und Fragebögen zum  
Thema zu finden. Nach meinem Wissen gibt es keine Fragebögen. Einen  
Literaturhinweis hätte ich:

Hoff, E.-H. (1990). Identität und Arbeit. *Psychosozial*, 13, 43. S.-  
7-25

Ich wünsche Ihnen für ihre Arbeit viel Erfolg.

Freundliche Grüße

Andrea Fischbach

---

Lieber Herr van Wijnen,

im deutschsprachigen Raum wurde in der Arbeitsgruppe um Seifert (1992) ein Instrument entwickelt,  
das unter anderem eine Skala Laufbahnunsicherheit umfasst, die ihrerseits Items zur (sicheren bzw.  
unsicheren) Berufsidentität enthält. Eine Modifikation dieser Skala wurde auch von Gerhard Blicke  
eingesetzt. Vielleicht werfen Sie einmal einen Blick in die folgenden Publikationen:

Blicke, G. (1997). Zur Laufbahnunsicherheit beim Übergang vom Studium in den Beruf. In L. v.  
Rosenstiel, T. Lang-von Wins & E. Sigl (Hrsg.), *Perspektiven der Karriere* (S. 215-224). Stuttgart:  
Schäffer-Poeschel.

Seifert, K. H. (1992). Entwicklung eines Verfahrens zur Messung der Laufbahnproblembelastung.  
*Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 13, 77-89.

Herzliche Grüße

Ihre  
Bettina Wiese

---

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Fred Müller [mailto:mueller@uni-landau.de]

Gesendet: Sonntag, 17. November 2002 08:40

An: HestervanWijnen@web.de

Cc: Bettina Wiese

Betreff: AW: Berufsidentität

hallo herr van wijnen, habe mich über ihre anfrage sehr gefreut, obwohl ich ihnen auf grund meiner eigenen forschungs- und arbeitsschwerpunkte selbst leider keine für sie interessanten tools zur verfügung stellen kann. ich habe meine kollegin bettina wiese über ihre anfrage informiert, die sich besser mit themen auskennt, die berufliche entwicklungen berühren, zudem könnten sie versuchen, bei gerhard blickle an der uni in mainz anzuklopfen, der ihnen vielleicht ebenfalls weiter helfen könnte ([blickle@psych.uni-mainz.de](mailto:blickle@psych.uni-mainz.de)). mit herzlichen grüßen, ihr g.f.m.

Prof. Dr. Günter F. Müller  
Universität Koblenz-Landau, Campus Landau  
Fachbereich Psychologie  
Psychologie des Arbeits- und Sozialverhaltens  
Im Fort 7, DE-76829 Landau  
Tel. ++49 (0)6341 280 232  
Fax ++49 (0)6341 280 483  
E-mail [mueller@uni-landau.de](mailto:mueller@uni-landau.de)  
<http://www.uni-landau.de/~fb8/abo.htm>

---

Sehr geehrter Herr Wijnen

Leider verfügen wir am Institut nicht über Fragebögen zur Berufsidentität. An Ihrer Stelle würde ich mich an Autoren im Bereich der Berufsidentität wenden, vielleicht können Ihnen diese weiterhelfen.

Mit freundlichen Grüßen

IfAP

Eidgenössische Technische Hochschule (ETH)

Institut für Arbeitspsychologie

Swiss Federal Institute of Technology Zurich

Institute of Work Psychology

Nelkenstrasse 11

8092 Zuerich

Switzerland

fax 0041-1-632 1186

---

From: "Hester van Wijnen" <[HestervanWijnen@web.de](mailto:HestervanWijnen@web.de)>  
To: Prof Dr Andrea Abele-Brehm <[abele@phil.uni-erlangen.de](mailto:abele@phil.uni-erlangen.de)>  
Subject: Projekt berufsidentität  
Date sent: Sat, 16 Nov 2002 10:55:32 +0100

Sehr geehrte Frau van Wijnen,  
über Berufsidentität habe ich nicht geforscht, aber über Berufslaufbahnen. Schauen Sie doch mal auf meiner homepage nach, da finden Sie infos über Veröffentlichungen.  
Viele Grüße A. Abele-Brehm.

> Sehr geehrte Fr. Prof. Adele.  
> Von der Tu-Chemnitz, habe ich gehört dass Sie an einem Projekt "Karriere und Berufsidentität" arbeiten.  
> Andrea Abele-Brehm  
Lehrstuhl Sozialpsychologie  
Bismarckstr. 6  
D 91054 Erlangen  
Phone: 0049(0)9131-852 2307  
Fax: 0049(0)9131-852 2951  
email: [abele@phil.uni-erlangen.de](mailto:abele@phil.uni-erlangen.de)  
internet: <http://www.rrze.uni-erlangen.de/sozialpsychologie>

---

christine uhlmann schrieb:

An der Universität Erlangen - Nürnberg (Leitung Prof. Andrea Abele)  
läuft ein Projekt zu Karriere und Berufsidentität, das relevant sein könnte.

A.S.

> ----- Original Message -----  
> Betreff: Berufsidentitätsfragebögen  
> Datum: Mon, 11 Nov 2002 18:10:41 +0100  
> Von: "Hester van Wijnen" <[HestervanWijnen@web.de](mailto:HestervanWijnen@web.de)>  
> An: <[christine.uhlmann@phil.tu-chemnitz.de](mailto:christine.uhlmann@phil.tu-chemnitz.de)>

---

Prof. Dr. Astrid Schütz  
TU Chemnitz  
Differentielle Psychologie und Diagnostik  
Wilhelm-Raabe-Str. 43  
D-09107 Chemnitz  
GERMANY  
E-Mail: [astrid.schuetz@phil.tu-chemnitz.de](mailto:astrid.schuetz@phil.tu-chemnitz.de)

Tel: ++49 371 531-6366/6365

Fax: ++49 371 531-6306

<http://www.tu-chemnitz.de/phil/psych/professuren/diffpsy/index.html>

---

Schönen guten Morgen,

Herr Musahl hat mich gebeten Ihre Anfrage zu beantworten:

Ich schlage Ihnen das Buch:

Sarges & Wottawa (2001). Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren. Lengerich: Pabst.vor.

In diesem Buch wird das ‚pro facts 360°-Assessment‘ vorgestellt, welches die Identifikation mit dem Beruf und Unternehmen (u.a.) erfasst. Darin sind noch drei weitere Literaturangaben zu finden.

Ansonsten werden Sie bestimmt in der Suchmaschine ‚Psyindex‘ Erfolg haben.

Mit freundlichem Gruß,

Christian Schwennen

Dipl.-Psych. Christian Schwennen

Gerhard-Mercator-Universität Duisburg

Institut für Kognition und Kommunikation

Methodologie & Arbeitspsychologie

Bismarckstr. 90

47048 Duisburg

(+49)203 379-2877 oder -1150 (Sek.)

---

Geachte mevr. Van Wijnen,

Als er een dergelijk instrument is, dan lijkt me de Vereniging voor Fysiotherapie de eerste optie. Wij hebben iets dergelijks niet en kennen het ook niet voor andere beroepsgroepen.

Succes met de speurtocht,

met vr.gr.

riet dekker ----- Original Message -----

From: [Hester van Wijnen](mailto:Hester van Wijnen)

To: [info@pits-online.nl](mailto:info@pits-online.nl)

Sent: Monday, November 11, 2002 6:31 PM

Subject: beroepsidentiteit

Geachte dames en heren.

Ik wil een onderzoek doen naar de bereopsidentiteit van fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Nu zoek ik al enige tijd naar een goed meetinstrument en kan dit helaas niet vinden. Kunt u mij daarbij helpen...

Met vriendelijke groeten,

Hester van Wijnen

---

tut mir sehr leid, das Thema Berufsidentitaet liegt ausserhalb meiner Forschungs- und Lehrgebiete.  
Mit freundlichen Gruessen

I. Grau

ina.grau@uni-bielefeld.de [ina.grau@uni-bielefeld.de](mailto:ina.grau@uni-bielefeld.de)

---

hallo herr van wijnen, habe mich über ihre anfrage sehr gefreut, obwohl ich ihnen auf grund meiner eigenen forschungs- und arbeitsschwerpunkte selbst leider keine für sie interessanten tools zur verfü- gung stellen kann. ich habe meine kollegin bettina wiese über ihre anfrage informiert, die sich besser mit themen auskennt, die berufliche entwicklungen berühren, zudem könnten sie versu- chen, bei gerhard blickle an der uni in mainz anzuklopfen, der ihnen vielleicht ebenfalls weiter helfen könnte ([blickle@psych.uni-mainz.de](mailto:blickle@psych.uni-mainz.de)). mit herzlichen grüßen, ihr g.f.m.

Prof. Dr. Günter F. Müller

Universität Koblenz-Landau, Campus Landau

Fachbereich Psychologie

Psychologie des Arbeits- und Sozialverhaltens

Im Fort 7, DE-76829 Landau

Tel. ++49 (0)6341 280 232

Fax ++49 (0)6341 280 483

E-mail [mueller@uni-landau.de](mailto:mueller@uni-landau.de)

<http://www.uni-landau.de/~fb8/abo.htm>

---

Von: HestervanWijnen@web.de [mailto:HestervanWijnen@web.de]

Gesendet: Samstag, 16. November 2002 11:24

An: [mueller@uni-landau.de](mailto:mueller@uni-landau.de)

Betreff: Berufsidentität

Michael Diehl hat mir Ihre Mail weitergeleitet, da ich in seinem Arbeitsbereich bin und auch selber Physiotherapeutin.

Ich weiß aber leider nicht, ob es etwas zur Berufsidentität schon gibt. Von Physiotherapeuten in Euro- pa wahrscheinlich nicht, ich denke, man müsste im amerikanischen Raum nach Literatur suchen, dort ist Forschung in und um Physiotherapie sehr viel ausgeprägter. Wenn Sie etwas finden, würde ich mich freuen, wenn Sie das an mich weiterleiten, ich bin auch immer interessiert an diesem Themen- gebiet.

Mit freundlichen Grüßen, Wiebke Göhner

---

Wiebke Goehner, Dipl.-Psych.

Graduiertenkolleg Lebensstile, soziale Differenzen und Gesundheitsförderung

Universität Tübingen

Friedrichstrasse 21

D-72072 Tuebingen

Phone: +49 7071 2978344

Fax: +49 7071 295899

---



### 1 In welchem Rahmen findet die Supervision statt?

- 1a) Innerhalb der Abteilung   
In einem anderen Raum in der Institution   
Institutionsextern
- 1b) Welche Form der Supervision haben Sie (Mehrfachnennung möglich)?  
Fallsupervision  Team-SV  Abteilung (gesamtes interdisziplinäres Team)
- 1c) Ist die Teilnahme an der Supervision freiwillig? Ja  Nein
- 1d) Wie oft fand die Supervision in den letzten 6 Monaten statt? |\_\_|\_\_| (Anzahl)
- 1e) Wie lange dauert eine Sitzung? |\_\_|\_\_|\_\_| (Minuten)
- 1f) Wie viele Teilnehmer gibt es in der Supervision (ohne Supervisor) .....
- 1g) Ist es eine feste (mit gleiche Teilnehmer) oder wechselnde (mit wechselnde Teilnehmer) Gruppe?  
Fest  Wechselnd
- 1h) Wer hat die Supervision initiiert? Die aktuellen Teilnehmer   
Die Abteilungsleitung   
Die Institutionsleitung   
Andere: .....
- 

### 2 Fragen zur Person der Supervisorin/ des Supervisors:

- 2a) Ungefähres Alter: |\_\_|\_\_|  
Geschlecht weiblich  männlich
- 2b) Über welchen Grundberuf verfügt ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor ?  
Ärztin/ Arzt   
Psychologin/ Psychologe   
SozialarbeiterIn, -pädagogIn   
Pflegerberuf   
Anderes
- 2c) Falls bekannt, über welche Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung verfügt ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor (Mehrfachnennungen möglich)?  
nicht bekannt  Psychoanalyse   
Gesprächstherapie  Verhaltenstherapie   
Integrative Therapie  Supervision   
Familientherapie (systemisch)  Organisationsentwicklung   
Gestalttherapie  Andere Richtung .....

### 3 Fragen zur Wirkung von Supervision:

3a) Welchen Nutzen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?

Bewertung	Sehr hoch	Hoch	Teils/teils	gering	Sehr gering
Persönlicher Nutzen					
Eigener beruflicher Nutzen					
Patientenbezogener Nutzen					
Teambezogener Nutzen					

3b) Haben Sie schon mal konkrete negative Erfahrungen in einer Supervision gemacht?

Nein  / Ja

Falls die Antwort „Ja“ ist, welche?

.....

.....

.....

3c) Haben Sie schon mal konkrete positive Erfahrungen (z.B. schützende, stützende, förderliche Anteile) in einer Supervision erlebt?

Nein  / Ja

Falls die Antwort „Ja“ ist, welche?

.....

.....

.....

3d) Wie schätzen Sie die Kompetenz der Supervisorin/des Supervisors ein?

Bewertung	Sehr hoch	Hoch	Teils/teils	gering	Sehr gering
fachlich					
Sozial (Kommunikation, Empathie usw.)					

### 4 Allgemeine Fragen zu Supervision

4a) Mit dem Begriff „Supervision“ verbinde ich (Stichworte):

.....

.....

.....

.....

.....

4b) Welche Erwartungen habe ich an eine Supervision?

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft zu	Teils/teils	Trifft nicht zu	Trifft gar nicht zu
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team					
Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik					
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten					
Verbesserung der Kommunikation im Team					
Unterstützung/ Entlastung					
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen					
Optimierung von therapeutischen Interventionen					
Bewertung	Trifft voll zu	Trifft zu	Teils/teils	Trifft nicht zu	Trifft gar nicht zu

Problem- u. Konfliktlösung					
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team					
Eigene Erwartungen					

4c) Ich betrachte eine Supervisorin/ einen Supervisor als:

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft zu	Teils/teils	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu
Beistand/ Helfer					
Lehrerin, Lehrer					
SpezialistIn/ExpertIn					
Förderer/ Entwickler von Neuem					
PsychotherapeutIn					
Coach					
Vermittler zwischen den Parteien					
Problemlöser					
Überprüfer					
Eigene Betrachtung					

4d) Welche möglichen negativen „Risiken und Nebenwirkungen“ beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach.

I. Für Sie?

.....

.....

.....

II. Für Ihre PatientInnen?

.....

.....

.....

4e) Welche positiven „protektiven und präventiven Faktoren“ (schützende, stützende, fördernde Anteile) beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach.

I. Für Sie?

.....

.....

.....

II. Für Ihre PatientInnen?

.....

.....

.....

**Besten Dank für Ihre Mitarbeit!**

### **Eidesstattliche Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Berufliche Identität und Supervision bei Physiotherapeuten“, selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet wurden.

Die Stellen der Arbeit, einschließlich der Tabellen und Abbildungen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

>Ort, Datum<

>Eigenhändige Unterschrift<