

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. **Hilarion G. Petzold**

Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf, Donau-Universität, Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a.M.

Dr. phil. **Robert Masten**, Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Ljubljana, Slovenia

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Fachhochschule Bern

Ireen Ruud, Høgskolen i Buskerud, Norwegen

Dr.phil. **Brigitte Schigl**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr.phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

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

www.fpi-publikationen.de/supervision

Supervision: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 05/2005

Supervision im Feld der Alten- hilfe in Deutschland – eine explorative Multicenter- studie

*Klaus-Josef Knaus*¹, Dietfurt, *Hilarion G. Petzold*², Düsseldorf, *Lotti Müller*³, Zürich

¹ *K.-J. Knaus*, MSc. in Supervision, Leiter eines Altenheims, Studiengang Supervision im Gesundheitswesen, Wissenschaftliche Leitung Univ.-Prof. Dr. H.G. Petzold, Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems. Supervisor.

² Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*, Studiengang Supervision im Gesundheitswesen, Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems und Freie Universität Amsterdam, Centrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences; Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG). Lehrsupervisor

³ lic. phil. *Lotti Müller*, klinische und Gerontopsychologin. Leiterin der Therapien, Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich, und Zentrum für Psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems, und Stiftung Europäische Akademie für Integrative Therapie (SEAG), Rorschach. Lehrtherapeutin, Supervisorin.

1. Supervisionsforschung im europäischen Kontext

Mit der Gründung einer ersten „Europäischen Gesellschaft für Supervision/European Association for Supervision (EAS)“ 1994, die schwerpunktmäßig eine wissenschaftliche Orientierung hatte, auf Initiative von H. Petzold und A. Schreyögg – beide führten auch die ersten beiden Europäischen Kongresse für Supervision in Leipzig und Bozen, organisiert von der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) durch – zeigte sich ein Bedürfnis im Feld der Supervision, auf europäischer Ebene intensiviert in Austausch zu treten. 1997 wurde in Wien dann auf noch breiterer, auch berufspolitisch orientierter Ebene ein europäischer Dachverband gegründet, die „Association of National Organizations for Supervision in Europe“ (ANSE) – die EAS wurde deshalb nicht weitergeführt⁴ sondern bettete sich in die ANSE ein. Beteiligt sind die nationalen Berufsverbände für Supervision aus der Schweiz (BSO), den Niederlanden (LVSB), Deutschland (DGSv), Österreich (ÖVS), Ungarn (MSZT), Kroatien, Slovenien, Italien/Südtirol, Norwegen. Die Mitglieder der (ANSE) repräsentieren mehr als 7000 qualifizierte SupervisorInnen und über achtzig anerkannte Ausbildungsstätten in zehn Europäischen Ländern⁵. Obgleich in Deutschland, Holland, Kroatien, Österreich, Norwegen, Slovenien, Ungarn universitäre Studiengänge für Supervision existieren, steht die Forschung im Felde der Supervision in den Anfängen und sind europäische Forschungs Kooperationen und -projekte noch selten. Das war für den Seniorautor, der in vier europäischen Ländern universitäre Studiengänge für Supervision verantwortlich leitet bzw. in der Leitung mitarbeitet (D, AU, NE, NO) ein Impetus, mit seinen MitarbeiterInnen und StudentInnen vermehrt Forschungsarbeiten in Angriff zu nehmen, in denen Fragen, die für das supervisorische Feld von übergreifendem Interesse sind, untersucht werden – und zwar in Multicenterstudien, die in verschiedenen europäischen Ländern mit den gleichen Fragestellungen und Erhebungsinstrumenten durchgeführt werden.

Es ist für das jeweilige Land, aber auch auf europäischer Ebene z.B. interessant und wichtig zu wissen, in welcher Weise Supervision in verschiedenen Feldern und mit spezifischen bzw. variierenden Aufgaben eingesetzt wird. Welche Erwartungen bestimmte Berufsgruppen an Supervision bzw. SupervisorInnen haben, welche Erfahrungen – positive wie negative – mit Supervision in der Sicht von SupervisionsnutzerInnen (SupervisandInnensystem) und ggf. in der Sicht von KlientInnen/ PatientInnen (KlientInnensystem, und das ist schwierig zu untersuchen, Oeltze, Ebert, Petzold 2001) vorliegen. Derartige *Feldexplorationen* bieten – neben der Dokumentation der nationalen und internationale Forschungsstände, wie wir sie unternommen hatten (Petzold, Schigl et al. 2003) - die notwendige Voraussetzung für zentrale, weiterführende Fragestellungen etwa nach der Wirkung von Supervision oder spezifischer Formen von Supervision oder von Supervisionsausbildungen (Schigl, Petzold 1997). Fragen die eine *empirisch explorierte Feldkenntnis* erfordern, will man nicht auf schlecht sondiertem Terrain mit unzureichend fundierten Problemstellungen forschen, wie dies häufig der Fall ist.

So wurden von Petzold und MitarbeiterInnen einige *feldorientierte* Forschungsschwerpunkte in Angriff genommen, die in Multicenterstudien exploriert werden. Folgende sind bislang ausgewiesen:

- Supervision in der Psychiatrie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003 CH abgeschlossen, AU, D, NO in Arbeit)
- Supervision in der Altenarbeit (Müller, Petzold, Schreiter 2005 CH abgeschlossen, Knaus 2005a; Knaus, Petzold, Müller 2005 D abgeschlossen, König, Petzold, Müller AU in Arbeit)
- Supervision in der Suchtkrankenarbeit (AU, CH, D in Arbeit NO vorgesehen)
- Supervision in der Krankenpflege (Brühlmann-Jecklin et al CH, abgeschlossen, D AU in Vorber.).

Es ist zu hoffen, dass auf Dauer auch in anderen europäischen Ländern diese Fragestellungen aufgegriffen und derartige Studien mit unserem Design und Matrixfragebogen – um Vergleichbarkeit zu erreichen – durchgeführt bzw. repliziert werden.

Die vorliegende Studie ist also in diesem Rahmen zu sehen. Zur Beurteilung der Lage „im Feld“ sollten deshalb auch die Ergebnisse der Studien von Müller, Petzold, Schreiter Gasser (2005) zur

⁴ vgl. www.supervision-eu.org/anse/

⁵ Sie verfolgt folgende Ziele: 1. Stimulierung von Informationsaustausch der nationalen Verbände und ihrer Mitglieder untereinander, der Ausbildungsstätten für Supervision und der Organisationen, die Supervision in Anspruch nehmen. 2. Förderung der Anwendung von Supervision in unterschiedlichen Arbeitsfeldern und unterschiedlichen Organisationstypen europaweit. 3. Förderung der Qualitätsentwicklung und -sicherung von Supervision u.a. durch Erarbeitung von Ausbildungsstandards und eines Berufscodexes auf europäischer Ebene. 4. Förderung der Weiterentwicklung von Supervisionstheorie und -methodologie, sowie von Forschung und Lehre. 5. Unterstützung von Ausbildungsinitiativen in europäischen Ländern, die bislang noch keine eigene Supervisionskultur entwickeln konnten. 6. Öffentlichkeitsarbeit und berufspolitische Initiativen auf übernationaler Ebene, insbesondere bei nationalen und europäischen Gremien. 7. Kontakte zu Berufsverbänden für Supervision in außereuropäischen Ländern (www.supervision-eu.org/anse)

Supervision in der Altenarbeit in der Schweiz und von *König, Petzold, Müller* (2005) in Österreich beigezogen werden.

Befasst man sich mit der Exploration eines „Feldes“ (*Petzold, Müller* 2005a, 29ff), so ist danach zu streben, Stichproben zu erreichen, die für das jeweilige Feld *repräsentativ* sind. Die Mehrzahl der Studien in der Supervisionsforschung erfüllt dieses „Kriterium Repräsentativität“ *nicht* – insbesondere die wenigen Studien zur *Wirksamkeit* von Supervision im deutschsprachigen Bereich leiden nicht nur daran, dass es sich praktisch ausschließlich um *nicht kontrollierte* und randomisierte Studien handelt, sondern auch daran, dass sie mit viel zu kleinen Untersuchungspopulationen nach der Wirksamkeit „der“ Supervision fragen, wo es doch nach Sichtung des gesamten Forschungsstandes als Ergebnis zu konkludieren gilt:

Es gibt „die“ Supervision nicht, sondern eine Vielzahl theoretisch, praxeologisch und methodisch höchst divergierende Supervisionsansätze (integrative, analytische, systemische etc. - die Situation ist ähnlich wie in der Psychotherapie), für die man jeweils spezifisch Wirkungs-/Nebenwirkungseffekte erheben müsste (*Petzold, Schigl* et al. 2003). Mit Blick auf dieses Kriterium muss man so weit gehen zu sagen:

Auch wenn man die Forderung nach *kontrollierten* Studien übergeht (was natürlich eigentlich nicht geht, denn das ist der „Goldstandard“), gibt es für die Wirkung „der“ Supervision⁶, wie sie etwa von den schulenpluralen Berufsverbänden repräsentiert wird, bislang **keinen übergreifenden**, d.h. für alle Supervisionsmethoden gültigen, **empirisch zuverlässigen Wirkungsnachweis** auf der Ebene des *SupervisandInnensystems* (Berater, Schwestern, SozialtherapeutInnen etc.), u.a. auch weil das „n“ für die in den Untersuchungen jeweils erfassten Verfahren viel zu klein ist. Auf der Ebene des *KlientInnensystems* – und das wiegt noch schwerer – fehlen bislang jedwede Wirkungsnachweise. Das heißt nun nicht, dass Supervision nicht wirkt! Es heißt, dass aufgrund der methodischen Heterogenität des supervisorischen Feldes generalisierbare und damit als „*repräsentativ*“ anzusehende Wirkungsnachweise fehlen. Damit liegt entsprechende Arbeit vor der „community of supervisors“ und vor den einzelnen Schulen und Richtungen, denn für einige wenige Supervisionsansätze liegen ja solche Wirkungsnachweise vor (*Oeltze, Ebert, Petzold* 2003).

Die vorliegende Untersuchung, eine empirische „Feldexploration“ durch eine Fragebogenerhebung, wie sie mit dem gleichen Instrument in der Schweiz (*Müller, Petzold, Schreiter* 2005) und in Österreich (*König, Petzold, Müller* 2005) durchgeführt wurde (Summaries siehe Anhang), kann vom Umfang und der Verteilung durchaus als eine repräsentative Stichprobe angesehen werden. Auf der Grundlage derartiger Feldexplorationen zur Verbreitung und Akzeptanz von Supervision in einem spezifischen Feld, die allerdings durch differentielle „Feldexplorationen“ des jeweiligen Feldes und etwaiger spezifischer Probleme ergänzt werden müssen (im Altenbereich wäre das das Problem der Gewalt gegenüber alten Menschen in der Heimsituation, *Petzold, Müller, Horn, Leitner* 2005), können dann Forschungsfragen generiert werden, die Wirkungen und Wirkungsmodalitäten von Supervision fach-, feld- und methodenspezifischer untersuchen können.

2. Vorannahmen zu einer Untersuchung über Supervision im Felde der Altenarbeit in Deutschland

In der vorliegenden Arbeit soll über eine Untersuchung berichtet werden (*Knaus* 2005a), die im Rahmen einer Multicenterstudie zur Situation von „Supervision im Felde der Altenarbeit“ in drei deutschsprachigen europäischen Ländern (D, CH, AU) mit dem gleichen Erhebungsinstrument (Matrixfragebogen von *Petzold*) unternommen wurde.

Die Studie wurde durch Explorationen zur Gesamtsituation alter Menschen in ihrer Betreuung (*Petzold* 2004a, 2005a), der Risikosituation für alte Menschen in Therapie und Betreuung (*Müller, Petzold* 2002; *Petzold, Müller* et al. 2005) und des Altenheimwesens in Deutschland (*Knaus* 2005) vorbereitet. Aus diesen Explorationen wurden Erkenntnisse und Vorannahmen generiert, die für die Untersuchung einen wichtigen Hintergrund bildeten und hier kurz dargestellt werden sollen.

⁶ Verstanden als „methodenheterogene Praxeologie reflexiver Thematisierung von Arbeitszusammenhängen durch die Mitarbeiter in diesen Kontexten unter Begleitung eines fachlich ausgebildeten Supervisors zum Zwecke der Qualitätssicherung und -optimierung“

2.1 Vorannahme: MitarbeiterInnen in Altenheimen besitzen eine hohe Arbeitsmoral und geben „ihr letztes“

„Wir geben doch wirklich unser Letztes!“ In diesem kleinen Satz liegt der Schlüssel zum Problem, denn wenn die MitarbeiterInnen (meistens sind es ja Mitarbeiterinnen, weil die emotionale Schwerstarbeit in unserer Gesellschaft ja ohnehin von Frauen geleistet wird - das muss man immer wieder einmal sagen) in Allgemeinkrankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen, insbesondere im Pflegebereich, in den Fokus genommen werden, dann entstehen mitunter Assoziationen – salopp formuliert – von MitarbeiterInnen, die „auf dem Zahnfleisch gehen“ vor Überanstrengung (*Pröll, Streich* 1984; *Herschbach* 1991a) und die dabei mit einem Minimum an gesellschaftlicher und finanzieller Gratifikation arbeiten müssen (*Petzold* 1991, S. 251). Die Annahme liegt nahe, dass MitarbeiterInnen und Führungskräften – aufgrund der persönlichen bzw. eingeforderten hohen Arbeitsmoral in diesem System – partiell gar nicht bewusst ist, welchen Belastungen sie in ihrem Arbeitsfeld ausgesetzt sind. Offensichtlich wird das aber an der Fluktuation der Pflegenden, die zeigt wie belastend der Beruf der Altenpflege wirklich ist, denn fünf Jahre nach dem Ende ihrer Berufsausbildung befinden sich nur noch etwa 18 Prozent der Altenpflegerinnen und Altenpfleger eines Ausbildungsjahrgangs in ihrem erlernten Beruf. Vier von fünf der AusbildungsabsolventInnen von 1992 stiegen bis 1997 aus der Altenpflege aus (*Pro ALTER* 1997). Das Magazin nennt die neuesten Ergebnisse der Längsschnittstudie „Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften“, die das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), teilweise mit Unterstützung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, durchgeführt hat. Die Berufsbildungsforscher hatten die AbsolventInnen von mehr als 300 westdeutschen Altenpflegesschulen – 85 Prozent waren Frauen – zwischen dem Ende ihrer Ausbildung (1992) und dem Ende ihrer ersten fünf Berufsjahre mehrfach befragt. Etwa ein Viertel der examinierten Altenpflegekräfte war schon im ersten Jahr aus dem gerade erlernten Beruf wieder ausgestiegen. Die dafür am häufigsten genannten Gründe waren „körperliche und psychische Überforderung“, schlechte Arbeitsbedingungen und bei den Frauen „Mutterschaft“. Während bei der Befragung 1994 noch etwa 65 Prozent auf die Frage, ob Altenpflege ein Lebensberuf sei, mit „Ja“ antworteten, hatte sich diese Zustimmung bis 1996 drastisch reduziert. Am Ende des vierten Berufsjahres wollte diesen Beruf nur noch knapp ein Drittel auf Dauer ausüben (*Pro Alter* 1997). Die MitarbeiterInnen im Altenbereich mit dem eben genannten hohen Maß an Arbeitsmoral sehen sich einem sehr hohen, z. T. zu hohen Maß an Anforderungen gegenüber.

2.2 Es herrscht ein „globaler“ Zeitmangel vor

Aufgrund von Zeitmangel, den im Durchschnitt 70 Prozent der Pflegekräfte der Altenhilfe als größtes Problem ihrer Profession ansehen (*Pro Alter* 1997), kommt es immer wieder zu Beschneidungen in wichtigen Aufgaben, insbesondere bei der Zuwendung gegenüber den KlientInnen und letztendlich immer auch zu Beschneidungen der Ansprüche von Pflegekräften.

Der alte Mensch braucht wirklich ein Heim. Es heißt ja deswegen nicht „Asyl“, nicht Aufbewahrungsstätte, sondern es soll ein Ort sein, wo man sich „heimisch“ fühlt.

Das erfordert Zeit und Raum und Pflegenden, welche die Möglichkeit haben, sich mit den dort wohnenden (nicht aufbewahrten) Bewohnerinnen auseinander zu setzen und zu befassen, die nicht als Pflegeroboter die Funktionspflege in einem „Affenzahn herunterhackeln“ müssen, weil sie mit der Grundpflege sonst nicht durchkommen (*Petzold* 1991, S. 254). Wie bereits erwähnt, bemängelten 1997 (*Pro Alter*) 70 Prozent der MitarbeiterInnen in Altenpflegeheimen, dass sie zu wenig Zeit für ihre Pflegearbeit – insbesondere auch für Gespräche mit älteren Menschen – hätten (vgl. auch die Tiroler Interviews, *Petzold, Müller et al.* 2005). Mit durchschnittlich 17 Personen waren nach Auskunft der befragten AltenpflegerInnen 1997 durchschnittlich fünf Personen pro Schicht (in stationären Alteinrichtungen) mehr zu pflegen als noch 1993, vor Einführung der Pflegeversicherung (ebenda). Letztendlich dient die Aufrechterhaltung (bzw. Wiedergewinnung) von Kommunikationszeit beiden „Gruppen“, den MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen (*Petzold* 1991). Im Durchschnitt standen 1997 gerade 26 Minuten Pflegezeit je Pflegebedürftigen zur Verfügung. Um verantwortlich und bedürfnisgerecht pflegen zu können, wären nach den Antworten der befragten Pflegekräfte aber 48 Minuten – und damit fast doppelt so viel Zeit – notwendig gewesen. 82 Prozent der AltenpflegerInnen fühlten sich aufgrund der Belastungen in ihrem Beruf in ihren sozialen Kontakten „massiv gestört und beeinträchtigt“. „Ich kann nicht mehr abschalten“, lautete eine häufig genannte Klage, und für mehr als 70 Prozent der Befragten war dies der wichtigste Grund, um einen beruflichen Umstieg vorzunehmen. Von denjenigen, die für die unmittelbare Zukunft einen Um- oder Ausstieg planten, wollten 30 Prozent die Altenpflege in Richtung eines „therapeutischen Berufs“ (Ergo- und Beschäftigungstherapie) verlassen. Ein Viertel sah in der Krankengymnastik eine berufliche Zukunft, und

knapp 15 Prozent wollten studieren (meist Sozialpädagogik, Psychologie, Gerontopsychiatrie oder Pflegewissenschaft). Eine so hohe Aussteigerrate wie in der Altenpflege gebe es wohl in keinem anderen (Frauen) Beruf, meinen die Verfasser in *Pro Alter*. Selbst Verkäuferinnen blieben im Schnitt wesentlich länger ihrer Profession treu: 65 Prozent von ihnen arbeiteten fünf Jahre nach dem Start noch immer in ihrem Beruf arbeiteten, bei den ausgebildeten Altenpflegekräften waren es gerade einmal 18 Prozent (*Pro Alter* 1997).

2.3 Immer noch (zu) viele Heime sind nicht „altengerecht“

Verschiedenste Wohnformen in Altenpflegeeinrichtungen lassen sich in Deutschland finden. Das Einzelzimmer mit Dusche und Toilette für alle SeniorInnen ist nicht annähernd umgesetzt, und sozialhilfebedürftigen BewohnerInnen wird seit 01.04.2005 das Einzelzimmer durch die Sozialhilfeträger nicht mehr refinanziert. Das heißt, auch wenn die BewohnerInnen bereits seit Jahrzehnten in diesem Einzelzimmer wohnen und dort alt geworden sind, müssen sie – außer der Träger verzichtet auf die höhere Einzelzimmerpauschale – in ein Doppelzimmer verlegt werden (*Altenheim* 08/04). Die durchschnittliche Heimgröße mit 72 Heimplätzen erscheint als gute, überschaubare, wirtschaftlich rentable und vor allem noch familiär strukturierte Einheit. Bedauerlicherweise gibt es noch immer Heime mit einer Größe von über 300 Plätzen (*KDA*, 2003, S. 112) und überdimensioniertem, klinikähnlichem Charakter.

Diese großen Einrichtungen finden sich jedoch zumeist in Ballungszentren, und es kann vermutet werden, dass es den Gästen nicht so fremd ist, in größeren Wohneinheiten zu leben. Sehr deutlich und unverblümt äußert *Petzold* sich über große und überdimensionierte Heime: „Das strukturelle Erbe von Großeinrichtungen, deren Herkommen und Dynamik *Michel Foucault* (1973, 1978) am Beispiel des Gefängniswesens und der Psychiatrie analysiert hat, wird sich nicht durch die Kosmetik an Personalschlüsseln und auch nicht durch Supervision und Weiterbildungsmaßnahmen ändern lassen“ (*Petzold* 1991, S. 249). Diese Situation hat sich wahrscheinlich nicht gravierend verbessert, vor allem lassen die „sozialen Sparzwänge“ der Bundesregierung auch mittelfristig keine Verbesserung erkennen. Zu welchen dramatischen Auswirkungen überdimensionierte bzw. nicht altengerechte Einrichtungen mitunter führen können, erkennt man im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Mega-Einrichtung Lainz, die im Zeitaum der bekannt gewordenen Zwischenfälle über 3000 Plätze hatte –(Pflegeheim und geriatrisches Krankenhaus, Lainz, vgl. *Petzold* 1985d). Es soll aber auch erwähnt sein, dass es möglich ist, in Altenhilfeeinrichtungen mit 300 - 400 Plätzen Wohngruppenkonzepte zu implementieren, dies stellt aber alle Beteiligten vor einen jahrelangen Prozess der Veränderungen. Überdimensionierte Heime mit 300 und mehr Plätzen haben zweifelsohne einen Verwehrcharakter. Hier eine wirkliche Verbesserung zu erzielen, stellt eine sehr große Herausforderung dar. Aber auch in den ideal erscheinenden (kleineren) Heimen ist die Architektur oft unangemessen. Es fehlen Aufenthaltsräume, „kommunikative Flächen“ für HeimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen, und die räumliche Einteilung verhindert das Implementieren von therapeutischen Wohnkonzepten (*Petzold* 2005c; *Kremer-Preiß, Narten* 2004). Die baulichen Rahmenbedingungen der älteren (leider oft auch neuen) Einrichtungen (Gänge mit wenig Tageslicht und ungenügender Belüftung, nicht seniorengerechte Farbgestaltung u.v.m) erschweren den Alltag der BewohnerInnen in deren neuen Umgebung. In noch nicht sanierten Einrichtungen kämpfen die Beschäftigten mit nicht pflegegerechten Zimmern und den nicht barrierefreien Nassbereichen. Einerseits stellen die baulichen Rahmenbedingungen der älteren Heime mitunter unzumutbare Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen dar, andererseits lässt die Heimmindestbauverordnung – welche die baulichen Mindestanforderungen für Senioreneinrichtungen vorgibt – keine luxuriösen Verbesserungen vermuten. Den schon das Erfüllen dieser (Mindest)Anforderungen bereitet vor allem Trägern von Heimen der „Generationen 1-2“ Probleme. Die immense Kostenbelastung, ein zu spätes Erkennen des offensichtlichen Handlungsbedarfes und die immer häufiger fehlende Unterstützung durch öffentliche Instanzen zwingen die Eigentümer zu oft halbherzigen Umbaumaßnahmen. Die nachfolgenden Auszüge aus der Heimmindestbauverordnung verdeutlichen den als nicht luxuriösen zu bezeichnenden Standard für die deutschen SeniorInnen:

„Wohnplätze für eine Person müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Wohnfläche von 12 m², Wohnplätze für zwei Personen einen solchen mit einer Wohnfläche von 18 m² umfassen. Wohnplätze für mehr als zwei Personen sind nur ausnahmsweise mit Zustimmung der zuständigen Behörde, Wohnplätze für mehr als vier Personen sind nicht zulässig. Für die dritte oder vierte Person muss die zusätzliche Wohnfläche wenigstens je 6 m² betragen“ (*BGBI* 2000).

2.4 Immer noch zu viele ungelernete Arbeitskräfte sind in Altenheimen beschäftigt, und eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht vorhanden

Der bundeseinheitliche Standard der Mindestfachkraftquote, welche einen Fachkraftanteil von 50 Prozent vorschreibt, stellt keine optimale, kontinuierliche und professionelle Begleitung der BewohnerInnen sicher. Absichten, die Fachkraftquote zu minimieren (das Bundesland Baden-Württemberg refinanziert nur noch eine 33 1/3 Prozent Fachkraftquote), lassen düster in die Zukunft blicken. Mit dem Bundesratsbeschluss vom 26.11.2004 bleibt es aber vorerst bei der Fachkraftquote von 50 Prozent, da der Antrag keine mehrheitliche Zustimmung in den anderen Bundesländern fand.

Dazu ein Kommentar von Kabinet- Redakteurin *Elke Bartz*:

„Es ist schon Uebelkeit erregend, mit welchen Bundesratsinitiativen sich die süddeutschen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg im Wettbewerb um den ersten Rang der unsozialsten Bundesländer der Republik überschlagen. Es ist erst wenige Wochen her, dass von Bayern die Bundesratsinitiative ausging, nach der künftig die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von den kommunalen Haushaltslagen abhängig gemacht werden sollen.

Nun fordert Baden-Württemberg in der wohlklingenden «Entschließung zum Bürokratieabbau» eine Absenkung der Fachpflegequote in Pflegeheimen. Wie die Bürokratisierung abgebaut werden kann, wenn statt Fachkräften unqualifiziertes Personal eingesetzt wird, kann wohl nur derjenige erklären, der seine Hosen mit der Kneifzange anzieht. Besser lässt sich erklären, dass mit der Absenkung der Fachkraftquote ausschließlich Kosten reduziert werden sollen, mit der Folge, dass die ohnehin nicht überragende Versorgungsqualität in Einrichtungen noch weiter leidet. Gleichzeitig bekommt man auf diese Art und Weise (unmotiviert) Hartz IV-Opfer schneller in Lohn und Brot; und für «Ein-Euro-Jobber» werden die Heimtüren und -tore weit geöffnet.

Da sich Hessen nicht selten bemüht, den «Schwestern im unsozialen Geiste» Baden-Württemberg und Bayern nicht nachzustehen, bleibt mit Spannung zu erwarten, was sich die Hessen einfallen lassen, um im Wettbewerb der Grausamkeiten mitzuhalten.“ (<http://www.kobinet-nachrichten.de>, 2005)

Das Bild der Altenheime mit den rüstigen VorzeigeseniorInnen ist eine Illusion. Die Klientel in den Altenheimen stellt die MitarbeiterInnen vor eine multiprofessionelle Herausforderung (unterschiedlichste Demenzformen, schwere multimorbide Krankheitsbilder, tumortoxische Endstadien, psychiatrische Erkrankungen, behinderte SeniorInnen, u.v.m). Diesen immensen Anforderungen gilt es in der Zukunft gerecht zu werden, und es kann vermutet werden, dass SupervisorInnen, die nicht das nötige sozial- und gerontologische Wissen beherrschen, den Bedürfnissen der SupervisandInnen nicht gerecht werden. Es gilt, diese komplexen Aufgaben zu (er)kennen und die entsprechende Pflege und Betreuungsqualität anzubieten. Die Zeit der „strickenden, volksliedersingenden Altenfachkräfte“ ist beendet (falls sie je bestand), und das inhomogene KlientInnen-system fordert die Verknüpfung von professionellem Fachwissen mit sozialen Kompetenzen. Die zwingend erforderliche biografische und strukturierende Betreuung der dementiell erkrankten KlientInnen erfordert ein hohes Maß an Kompetenzen, Performanz- und Fachwissen um eben diese Veränderungen, und es wird bezweifelt, dass ein vierwöchiger „SchwesternhelferInnen- Lehrgang“⁷ diese Notwendigkeiten auch nur annähernd erfüllen kann. Die weitverbreitete Sichtweise: „gute Mutter“ ist auch „gute Altenpflegerin“ oder „Kindererziehung berechtigt zum Einsatz in einem Altenheim“ ist eine sehr beständige Fehlannahme, denn genau hier verbirgt sich die Gefahr unangebrachter Rollenverschiebungen der MitarbeiterInnen: unangepasster Gesprächsführungsstil und bevormundendes Verhalten sind mögliche Auswirkungen. Die Fachkräfte in den Altenheimen sind meist Altenpflegekräfte und/oder Gesundheits/krankenpflegekräfte. MitarbeiterInnen mit therapeutischen Grundberufen sind ein Rarität (*Petzold 2005c*). Die Ausbildung zur Fachkraft in der Altenarbeit dauert seit 2003 drei Jahre, und die Lehrinhalte haben sich deutlich erweitert. Die Anleitung durch ausgebildete Mentoren wird gefordert, und detaillierte Zugangsvoraussetzungen an den Berufsfachschulen fördern eine sehr professionelle Ausbildung. Die in den letzten Jahren verbesserte Ausbildungssituation täuscht aber nicht darüber hinweg, dass viele Angestellte in den Heimen ungelernete oder nicht ausreichend ausgebildet sind. Je schlechter die Mitarbeiter ausgebildet, d. h. auch für ihre Tätigkeit ausgerüstet sind, desto anfälliger sind sie für Burnout-Reaktionen, denn die MitarbeiterInnen fühlen sich ständig überfordert. Sie haben zwar die Motivation zu helfen, fühlen sich aber von ihrer fachlichen Vorbildung her nicht kompetent genug (*Petzold Ch. 1996*). Probleme, bei denen sie nicht Bescheid wissen, werden dann einfach ausgeblendet - zu Lasten der PatientInnen. Aber auch gut ausgebildete Kräfte geraten in Schwierigkeiten, wenn die Institution ihnen keine Möglichkeiten gibt,

⁷ Ein „vierwöchiger SchwesternhelferInnenlehrgang“: Ein etwa 150 Std. umfassender Lehrgang, der den Anspruch hat, Grundkompetenzen der Altenpflege zu vermitteln. Meist wurde (wird) dieser Lehrgang von Frauen nach der Familienphase genutzt, um im Bereich der Altenpflege tätig zu werden. Ein sozial-pflegerischer Grundberuf ist keine Voraussetzung.

ihr Wissen und Können zu gebrauchen, ja wenn sie sogar daran gehindert werden, das zu tun, was eigentlich für die Patienten notwendig wäre (Petzold 1991, S. 265). Zu spät erkannte Pflegekomplikationen, nicht fachgerechte Dokumentation und unsachgemäß ausgeführte Behandlungspflege sind laut Angaben der Heimaufsichten immer wieder zu beobachten. Unausgebildete Beschäftigte bringen sehr oft ein hohes Maß an Motivation mit und den Willen „etwas Gutes zu tun“, doch werden diese MitarbeiterInnen aufgrund von mangelnden Kompetenzen, fehlender Begleitung und Einarbeitung rasch demotiviert, ja geradezu „verschliessen“ (Breitscheidel 2005; Petzold, Müller et al 2005). Der mangelnde Ausbildungsstand in den Altenheimen betrifft nicht nur den Pflegesektor.

2.5 Es zeigen sich mitunter alltägliche „Gewaltformen“ in Heimen - gegenüber BewohnerInnen, aber auch gegenüber den Beschäftigten

Mit „Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe“ soll nicht (nur) die herkömmliche Gewalt an den BewohnerInnen beschrieben werden. Regelmäßig auftretende Missstände und Skandale (Beine 1998; Maisch 1996; Müller, Petzold 2002; Petzold 1985d/2005a, EFH- Bochum 2005; Petzold, Müller et al. 2005; Breitscheidel 2005), Berichte über Gewalt und auch Tötungen in Altenheimen haben langsam die Bemühungen nach Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung mit sich gebracht. Jedoch bringen die mitunter fachlich nicht hinreichend fundierten Berichterstattungen der Medien – ohne hinlängliche Darstellungsmöglichkeit für die Heimtrügerschaft – eine weitere Verstärkung der vorherrschenden negativen Alterstereotype. Hier wäre eine sachlichere Berichterstattung und eine Darstellung der Heimträger wünschenswert, die allerdings auch für eine seriöse Öffentlichkeitsarbeit Anstrengungen unternehmen müsste.

Es erscheint sehr schwierig, die Gewalt in Heimen zu untersuchen, denn im Hinblick auf versteckte Gewalthandlungen an den KlientInnen zeigt sich deutlich, dass die sichere Implementierung eines Beschwerdemanagements in vielen Heimen nicht umgesetzt ist. Verbesserungsvorschläge von MitarbeiterInnen, BewohnerInnen-reklamationen und MitarbeiterInnenbeurteilungen an die Einrichtung weisen immer wieder unter anderem auf versteckte Gewalthandlungen hin. Und in übler Regelmäßigkeit „fliegen skandalöse Zustände auf“. In jüngster Zeit konnten Petzold, Müller et al. (2005) mit der Publikation der sogenannten „Tiroler Interviews“ und einer damit verbundenen sozialwissenschaftlichen Felderkundung unter „supervisorischem Blick“ den „alltäglichen Skandal in Triol und allüberall“ aufzeigen. Praktisch zeitgleich kam das bedrückende Buch von Markus Breitscheidel (2005 mit 4 Auflagen in wenigen Monaten) auf den Markt: „Abgezockt und Totgepflegt“, eingeleitet von Günter Wallraff. Breitscheidel hatte mit der Wallraff-Methode der verdeckten Recherche vor Ort „entsetzliche Zustände und menschenunwürdige Betreuung“ aus verschiedenen Heimen dokumentiert und das „allüberall“ von Petzold und Müller (et al. 2005) wieder einmal bestätigt. „Seit Jahren fordern Gesetzgeber im Pflegequalitätssicherungsgesetz entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung (SGBXI 2003). Das Gesetz verpflichtet zur Implementierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, und das erwähnte Beschwerdemanagement stellt eine mögliche Massnahme zur Sicherung und Weiterentwicklung der „Qualität“ im Heim dar. Die Interessen vieler HeimbewohnerInnen werden nur noch über Dritte wahrgenommen: die Angehörigen oder die gesetzlichen BetreuerInnen. Die PflegemitarbeiterInnen sind für einen korrekten Ablauf der Dienstleistung verantwortlich. Diese kritische Prüfung der Dienstleistung und ein immer wiederkehrender Diskurs über die aktuellen Bedürfnisse, Veränderungen und eine Reflexion der Arbeitsleistung helfen auch, versteckte Gewalt aufzudecken. Die steigende Anzahl der dementen BewohnerInnen, die oft hohe Autoritätsgläubigkeit „der Alten“ fordert eine Unterstützung durch „Dritte“, denn viel zu oft werden Signale aus prekären Situationen nicht wahrgenommen oder ausgeblendet. Die HeimbewohnerInnen ziehen sich plötzlich zurück, werden unruhig, schrecken verängstigt zurück und verweigern die Nahrungsaufnahme. Es ist deshalb zu prüfen: Wie geht das Heim mit konstruktiver Kritik um, sind alle MitarbeiterInnen im Umgang mit Beschwerden fortgebildet, werden Beschwerden statistisch ausgewertet, und dienen diese Ergebnisse als regelmäßige Anregungen und Grundlagen für Besprechungen, Fortbildungspläne und Korrekturmaßnahmen. Wirklich rohe Gewalt wird nicht offen dargelegt, sie spielt sich hinter „verschlossenen Türen“ ab, (meist) verborgen vor KollegInnen, Vorgesetzten und Angehörigen. Gewalt in Heimen beginnt aber nicht erst bei offensichtlichen verbalen und körperlichen Gewaltakten in Heimen. Gewalt an BewohnerInnen beginnt schon in klassischen Arbeitsabläufen, welche selbstverständlich installiert sind. Die Durchsetzung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (Bettgitter, Bettgurt u. ä.) müsste noch kontrollierter erfolgen, jedoch dürfte das Vorliegen einer gerichtlichen Genehmigung inzwischen mittels verstärkter Überprüfung durch die Heimaufsichtsbehörden gesichert sein. Beachtet man sogenannte „kleinere“ alltägliche Formen der Vernachlässigungen – und schon ein solcher Sprachgebrauch ist unzulässig – bei den Bewoh-

nerInnen, so findet man etwa Folgendes: Insgesamt ist die Zahl der Stürze in den Einrichtungen sehr hoch, obgleich entsprechende ExpertInnenstandards zur Vermeidung von Stürzen vorliegen. Es ist jedoch anzumerken, dass anscheinend die Umsetzung nicht praktikabel und bei der momentanen Personalbesetzung nicht durchführbar ist⁸. Ein erkennbarer Mobilisierungsbedarf sollte aber gerade im Hinblick auf die hohe Anzahl von Stürzen noch verstärkter umgesetzt werden. Kurative Rehabilitationsmaßnahmen bei SeniorInnen im hohen Alter werden reduziert genehmigt. Es macht den Anschein, dass Pflegekräfte in Altenheimen mit den Wiederherstellungsmaßnahmen überfordert sind und deren Wichtigkeit nicht immer sofort erfassen.

Das Risiko von Psychopharmaka wird oft unterschätzt, ihr Einsatz ist nicht immer fachgerecht gewährleistet (*Unruh 1993; Kemper, Lehmann 1993; Lehmann 1996*). Zugegebenermaßen gibt es Verlaufsformen von Demenzen, die medikamentöse Interventionen unerlässlich machen. Falls andere Betreuungs- und Beschäftigungspotentiale keine Hilfe anbieten, kann ein korrekter, sehr bewusster Einsatz von Psychopharmaka entlastend sein, darf aber nicht als Ersatz für notwendige aktivierende Pflege oder Mobilisierungsmaßnahmen stehen. Das regelmäßige Konsultieren von Fachärzten der Neurologie und Psychiatrie würde die Hausärzte hier deutlich entlasten. Es ist aber zu befürchten, dass MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Altenhilfe, die im Nachtdienst für durchschnittliche 50 BewohnerInnen zuständig sind, gelegentlich keine andere Möglichkeit sehen, als demente BewohnerInnen „medikamentös schlafenzulegen“ (obwohl sie, wenn sie nicht als Krankenschwestern auf ärztliche Anordnung handeln, das gar nicht dürfen, dennoch geschieht das sehr häufig). Dass nämlich die Zeit für eine begleitende und beruhigende Nachtarbeit mit den BewohnerInnen unter solchen personalsdefizienten Pflegesituationen nicht vorhanden ist, liegt auf der Hand. Dieses ganze Thema der Nachtdienste ist bislang völlig unzureichend untersucht, denn „Nachts scheint der Mond auch nicht immer“ (*Hotz 2004*) und es geschehen immer wieder schlimme Dinge (*Breitscheidel 2005; Petzold, Müller et al. 2005*). Bei einer Darstellung der Gewalt in Heimen zeigt sich aber deutlich, dass 'Gewalt' bereits bei der Kommunikation mit den BewohnerInnen beginnen kann. Die Pflegeverrichtungen werden nicht immer angekündigt, MitarbeiterInnen wirken „bemutternd“ und „verkindlichen“ die BewohnerInnen, die Beschäftigten agieren wortkarg und die Information der HeimbewohnerInnen fehlt teilweise. Nicht immer ist die Wertschätzung gegenüber den KlientInnen erkennbar, und gerade eine Beschneidung von kommunikativen Feldern beschreiben auch *Petzold (1991)* und *Johnson (1986)* bereits als Missbrauch und als (strukturelle) Gewalt, weil ein gewisses Maß an Kommunikationsintensität für die seelische Gesundheit notwendig ist (*Petzold 1991, S. 254*). Gewalt in den Heimen heißt aber auch, dass Bedürfnisse des Umfeldes vorrangig erfüllt werden. Die Angehörigen beschwerten sich bei StationsmitarbeiterInnen über Pflegeleistungen, und teils stehen bei Beschwerden über Kleidung und Ordnung in den Zimmern nicht die Interessen der BewohnerInnen im Vordergrund, sondern es kommen dabei Wertvorstellungen der Angehörigen zum Tragen. Die Erklärungsversuche, dass zum Beispiel der Bewohner heute lieber am Abend rasiert werden möchte, einfach ausschlafen wollte, werden oft als „faule Ausreden“ klassifiziert. Die Erfahrungen zeigen zu oft: Die Dienstleistung ist nicht immer mit den BewohnerInnen abgesprochen, zu oft stehen die Interessen der Vorgesetzten, Angehörigen und Betreuer im Fokus der LeistungserbringerInnen.

Es stellt sich nun die berechtigte Frage: Was fördert Gewaltformen in Altenheimen? Welche Bedingungen verhindern die Gewalt in Altenheimen? Noch haben sich die Rahmenbedingungen der Altenhilfe nicht wesentlich gebessert, denn es ist allzu oft festzustellen, dass die Politiker, dass die Öffentlichkeit die alten Menschen, die Pflegebedürftigen und das Personal alleine lassen, dass Sonderzonen geschaffen werden, die aufgrund ihres Ausgrenzungscharakters Entfremdungsphänomene hervorbringen müssen (*Petzold 1991*). Es stellt sich hier auch die Frage, wo die Gerontologen sind, die Wissenschaftler, die sich mit dem Alter beschäftigen. Sie dürfen zur „Inhumanen Situation alter Menschen“ (*ders. 1979*) und zur Überlastung von Mitarbeitern nicht schweigen, sind verpflichtet, „das Elend der alten Leute“ (*Schenda 1972*) aufzuzeigen, ja sie müssten ein besonderes Forschungsinteresse für die mikrosoziologischen und -ökologischen Lebensbedingungen alter Menschen entwickeln: Wie entsteht Gewalt in Heimen und im Alltag gegenüber alten Menschen? Was kann man tun, um destruktive Lebenswelten zu verhindern? Welche Faktoren kennzeichnen benigne Lebenswelten, und wie lassen sich Lebensbedingungen für alte Menschen und Arbeitszusammenhänge für das Personal optimieren (*Petzold 1991, S. 249*)? Weitere Untersuchungen zu

⁸ Die Projektphase, die als Eingabepotential für die ExpertInnen der Sturzprophylaxe diente, wurde in einer geriatrischen Rehaeinrichtung durchgeführt, und die Rahmenbedingungen (Stellenschlüssel, Fördermittel des Landes Bayern) sind mit den normalen Rahmenbedingungen der Altenheime nicht vergleichbar.

diesen Fragestellungen sind zwingend erforderlich, denn es lassen aktuelle Studien erkennen, dass (immer) wieder von Tötungen und massiver Gewalt an BewohnerInnen und PatientInnen (EFH Bochum 2005; *Petzold, Müller et al. 2005*) berichtet wird. Man muss, um den obengenannten Ausführungen zu folgen, die Bedingungen so verändern, dass jede Art von Gewalt verhindert wird, denn Insider, ehemalige Leitungskräfte und MitarbeiterInnen berichten immer noch über Gewalt in Heimen (ebenda 2005).

Zu schneller Einsatz von Dauerkathetern, mangelhafte Ernährung, ungenügende Flüssigkeitszufuhr, Druckgeschwüre, zu lange Wartezeiten auf den Toiletten und der Einsatz von Ernährungs sonden sind nicht akzeptable Zustände (*Schulz, 2004*).

Es zeigen sich wichtige Fragen für SupervisorInnen im Bereich der Altenhilfe: Inwieweit sind an solchen Auswüchsen die schlechten Rahmenbedingungen schuld? Was treibt Beschäftigte und deren Vorgesetzte zu solchen Gewaltakten (vgl. *EFH Bochum 2005*)?

Gewalt in Altenheimen findet man nicht nur den BewohnerInnen gegenüber. Verschiedenste Macht- und Konkurrenz dynamiken bestimmen oft den Alltag der Teams und interdisziplinärer Gruppen. *Mobbing* in verschiedensten Formen, unberechtigte Kritik, Einschränkung der Möglichkeiten sich zu äußern, Kontaktverweigerung, ständige Beleidigungen und Verleumdungen finden sich keineswegs selten wieder in Teams und Belegschaften. Oft handelt es sich um den Ausdruck Überlastungssituationen und inhumanen Arbeitsbedingungen, die „Inhumanität nach allen Seiten“ produzieren. Es sind Themen, denen SupervisorInnen in Altenheimen immer wieder begegnen. Der Dienstplan ist beispielsweise ein bedeutendes Machtinstrument in den Altenheimen. So wird angenommen, dass Urlaubsplan, die Wochenend- und Feiertageinteilung, Verteilung der Nachtdienststunden zum Teil immer noch nach Sympathie und Antipathie erstellt werden. Sexuelle Belästigung wird immer wieder thematisiert. Ein Frauenberuf, in dem die Leitungsebene überwiegend mit männlichen Kollegen besetzt ist, lässt die Problematik von Abhängigkeit und Macht – auch in dieser Form – erwarten.

Ein Bewusstwerden der täglichen sogenannten „kleinen“ Gewalteinwirkungen (wobei sich jede Form der Bagatellisierung verbietet) und eine Durchleuchtung von deren Ursachen muss Teil der Altenarbeit werden. Hier könnte Supervision helfen, maligne Entgleisungen zu verhindern, wenn sie sich zu ihrer Kontrollfunktion (und auch diese ist ja faktisch gegeben, *Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001*) bekennt. Begleitung der Pflegenden in Form von Supervision sollte prophylaktisch wirken, denn eine schlechte Behandlung der BewohnerInnen und Angehörigen wird häufig durch Aggressionen hervorgerufen. Abgrenzungstechniken, Entspannungsübungen und weitere Entlastungen können in Team- bzw. Gruppen- und Einzelsupervision erlernt und geübt werden. Die Kompetenz, dass Teams sich gegenseitig informieren und entlasten, durch einen auf fachlicher Ebene geführten Austausch, könnte die Situation der Beschäftigten verbessern.

2.6. Die Institution Altenheim und der „Frauenberuf Altenpflegekraft“ stehen immer noch der geringen Wertschätzung des Umfeldes gegenüber

Die Lebenswelt der Schwachen und Benachteiligten war stets bedroht. Die Schwachen und Benachteiligten, das sind in unserer Gesellschaft die Kinder – die Zahl der Misshandlungen lässt erschrecken – und die alten Menschen. Auch hier begegnet uns der „alltägliche Schrecken“ zu oft. Die Benachteiligten sind auch die MitarbeiterInnen. Sie partizipieren an der Lebenswelt der „Abgeschobenen“, „Abgeschriebenen“. Die Stigmatisierung „der Alten“ trifft auch die Institutionen der Altenarbeit und die Mitarbeiter (*Belardi 1992; Petzold 1991, S. 248*).

Es bestätigt sich in Gesprächen mit Angehörigen immer wieder, dass die MitarbeiterInnen in vielen Einrichtungen hervorragende Arbeit leisten. Die Angehörigen bestätigen aber auch, dass ihre Einstellung vor einer bewussten Auseinandersetzung mit der Institution Altenheim negativ war, und dies zeigt wieder einmal die mangelnde gesellschaftliche Gratifikation (*Petzold 1991*). Der Frauenberuf „Pflegekraft im Altenheim“ stellt FührungsmitarbeiterInnen, KollegInnen und SupervisorInnen vor das Problem der häufig auftretenden Doppelbelastung von Frauen in solchen Unternehmen. Altenpflegerin und Mutter – Rollen, die beide vollen Einsatz abverlangen –, diese Doppelbelastung stellt die Mitarbeiterinnen vor oft nicht erfüllbare Aufgaben. Hohe Krankheitsanfälligkeit, Aggression, Resignation und psychosomatische Beschwerden können Ausdruck dieser enormen Belastung sein. Gezwungen durch finanzielle Engpässe (allein erziehend etc.) sehen die Frauen oft keinen Ausweg aus ihrer prekären Lage. Viele Mitarbeiterinnen berichten andererseits auch, dass sie ihren Beruf nicht aufgeben wollen, sie die KollegInnen schätzen und ihnen diese Tätigkeit „gut tue“. Hier ist es wichtig, den MitarbeiterInnen Entlastungsmöglichkeiten durch Supervision aufzuzeigen, sofern qualifizierte und *feldkompetente* Supervision diese auch gewährleistet, was keineswegs immer der Fall ist (*Müller, Petzold; Schreiter Gasser 2005; Schreiter, Steiner 1999*). Und dann kann Supervisi-

on zum Risikofaktor werden (*Leitner, Petzold et al. 2004*). Es liegt nahe zu behaupten, dass die Hauptverantwortung bei der „Erziehung der Kinder“ immer noch „Frauensache“ ist, und das kostet die Betroffenen Kraft und Zeit. Die praxeologischen Erkenntnisse in den Altenheimen sollen aber nicht nur auf der MitarbeiterInnenebene dargestellt sein. Alle in diesem Abschnitt vorgestellten Erfahrungsbeispiele finden sich auch in den Leitungsebenen.

Die Auswirkung von „multiplem Stress“, enormer Arbeitsbelastung, geringer sozialer Wertschätzung, nicht immer leistungsgerechter Bezahlung, internalen/externalen Belastungen, nicht oder schlecht wahrgenommene Führungsaufgaben (*Schmidbauer 2000*) und eine Arbeitsmoral bis zur Selbstaufgabe stellen Supervisorinnen und Supervisoren vor eine spannende und hochbrisante Aufgabe. Dass Supervision im Altenbereich Chancen, aber auch deutliche Grenzen (*Petzold Ch. 1996*) hat und deren Wirksamkeit nicht immer bestätigt wird (*Leitner, Petzold et al. 2004*), ist ein wichtiger Hinweis für SupervisorInnen in diesem Feld, um nicht als „Kompensator und Katalysator“ der Einrichtung missbraucht zu werden.

3. Supervision in der deutschen Altenhilfe, ein Ueberblick mit möglichen Anforderungen an SupervisorInnen

Supervision ist in deutschen Altenheimen keine selbstverständliche Methode der professionellen Beratung und Praxisbegleitung. Diese Hypothese begleitet die Studie bereits in den einleitenden Sätzen. Es kann sogar vermutet werden, dass Supervision in den Altenheimen selten eingesetzt wird und nur in Fort- und Weiterbildungsinstituten als selbstverständlich implementiert ist. Bereits 1977 (*Petzold 1977e*) hat der Seniorautor Supervision im Bereich der Altenarbeit gefordert und eingeführt. In einem Bereich, in dem die gesellschaftlichen Investitionen schon immer gering waren, der die immensen Auswirkungen demografischer Entwicklungen (*Schirmacher 2004*) mit am deutlichsten spürt und in dem die mangelnde Ausbildung der MitarbeiterInnen (*Petzold Ch. 1996*) das Risiko „bedrohter Lebenswelten“ und „prekärer Lebenslagen“ deutlich erhöhen (*Petzold 1991j, 2000h*). Misshandlungen und Tötungen von HeimbewohnerInnen und PatientInnen finden sich vor allem in den geriatrischen Bereichen (*Petzold 1985c/2005a*). Nur selten findet man Gewalthandlungen – wie zum Beispiel die Tötungsserie im Pflegeheim Lainz (Österreich) – in diesem Ausmaß in anderen medizinisch-pflegerischen Kontexten (ggf. noch in der Intensivmedizin, vgl. *Beine 1998, EFH Bochum 2005*). Gerade diese Entwicklungen fordern ein hohes Maß an Weiterbildung und **feld- und fachkompetenter** Supervision in diesem Bereich (vgl. Pflegeheim Lainz und dazu die Ausführungen von *Rosenmayr 1989; Petzold 1985d, 1994a; Petzold, Müller et al. 2005*). In einem Feld in welchem MitarbeiterInnen tagtäglich Krankheit, Alter und Elend begegnet und die MitarbeiterInnen in einem sehr persönlichem Konnex zu den KlientInnen stehen, sollte Supervision eine feste Methode zur Praxisbegleitung- und Beratung sein – vorausgesetzt die SupervisorInnen verfügen über das nötige, sozialgerontologische Know-How und projizieren nicht eigene, negative Altersstereotype auf das ohnehin schon ressourcenschwache Feld. Gerade für SupervisorInnen stellt die Arbeit mit den SupervisandInnen der Altenarbeit eine hohe Herausforderung dar, und um diesen Bedürfnissen und Erwartungen gerecht zu werden, sollten sich SupervisorInnen bewusst mit dem eigenen Alterungsprozess und den eigenen „inneren Bildern“ zu Alter, Altern und Tod auseinandersetzen (*Petzold 1985u; Varevics, Petzold 2005*).

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben, seinem Verlauf und seinen Rahmenbedingungen, die Rückschau und die Antizipation im Lebensvollzug, der lebendige Kontakt mit den Menschen eines vollständigen sozialen Kontextes mit Kindern und Alten, das Erfahren und Miterleben der Grenzpunkte menschlicher Existenz, Geburt und Tod – all das führt dazu, „sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen“ (ders. 2004a) und eine prägnante Identität (ders. 2001p) auszubilden. Die Partizipation an den Lebensvollzügen anderer Menschen und die daraus erwachsende Sensibilität und Bewusstheit (awareness, *Perls 1980*) für die eigene Lebensspanne ist idealiter mit der Vorbereitung auf das Alter gleichbedeutend. Die „Diskontinuitäten“ im Lebensverlauf (*Benedict 1938*), die Quantelung der Zeit und der Verlust von Sozialisationserfahrungen mit dem Alter, die für unsere Situation (unsere Gesellschaft) kennzeichnend sind, führen zu einem Vakuum, es sei denn, man nimmt die „Lebensspanne“ in den Blick, wie dies für den „**Integrativen Ansatz**“, der in Psychotherapie, Soziotherapie, Agogik und Supervision eine Vorreiterrolle für den Altenbereich hatte und hat, charakteristisch ist (*Petzold 1977e, 1985a, 1999b, 2004a, S. 219*).

In unserer Kultur ist das Zusammenleben mit den Alten und den Kranken eben nicht mehr üblich. Diese Aufgabe übernehmen die entsprechenden Einrichtungen, und so kommt es zum vormals ge-

nannten Vakuum. Die Vorbereitung auf das Alter ist als Auseinandersetzung mit dem Lebensganzen (life span) zu erkennen (Petzold 2004, S. 226) und inkludiert die Antizipation von Kräfteabbau, Infirmität, Tod, Verlust von Arbeit und die Antizipation von Leer- und Freiräumen (ebenda, S. 226-230). Gerade die Integrative Intervention in der Altersvorbereitung arbeitet hier mit erlebnisaktivierenden Verfahren (Panoramatechnik, psychodramatisches Rollenspiel und Gestaltmethoden etc., vgl. ebenda S. 231ff), um Menschen dabei zu unterstützen, sich im Lebensganzen besser verstehen zu lernen. Dieses Verstehen hilft, Kraft, Integrität und Würde für das Altern und Sterben zu gewinnen. Diese Verfahren sollten nicht nur die KlientInnen in den Altenheimen unterstützen, auch die MitarbeiterInnen und die SupervisorInnen (um ihr eigenes Tun und Handeln mit Alter besser zu verstehen) müssen diese Aufgabenstellung als Chance nutzen.

Die Forderung, dass SupervisorInnen in der Altenarbeit **Feld-** und **Fachkompetenz** benötigen, um gute Supervision leisten zu können, wurde (wird) häufig erhoben (Petzold 1990g, 1998a; Petzold Chr. 1996; Schreyögg 1991). Zusätzlich zu der geforderten **Feldkompetenz** erscheint eine hohe Anforderung an die **Fachkompetenz**, hier das sozial-gerontologische Wissen, unverzichtbar und die damit ständig verbundene Fort- und Weiterbildung der SupervisorInnen.

„Neben dem Konzept der **Feldkompetenz** (Kenntnisse der Institutionen, Arbeitszusammenhänge, Klientensysteme, Mitarbeiterstrukturen) möchte ich das der **Fachkompetenz** (fachwissenschaftliche und spezifische methodische bzw. praxeologische Kenntnisse) einführen, denn man kann ein Feld kennen, aber überhaupt nicht auf dem Stand des fachlichen Wissens oder der Forschung oder aktuellen Praxis sein, der erforderlich ist, um feld- und fachspezifisch gute Supervision zu machen, die den Patienten/Klienten wirklich zugute kommt und der *Weiterbildungsfunktion von Supervision* gerecht wird. Eigentlich muss es **Fachsupervisoren** geben, die das jeweilige Feld aus *langjähriger eigener Praxis* kennen und über vertiefende *wissenschaftliche Weiterbildung* und Studium verfügen sowie über die jeweiligen aktuellen Feldentwicklungen, Gesetzeslagen, Theorie- und Forschungsstände bestens informiert und 'auf dem Laufenden' sind. Für die „Felder“ Altenarbeit/Krankenhaus/Hospiz, Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendlichenarbeit/-therapie, Behindertenarbeit, Forensik ist das gänzlich unerlässlich, um qualitativ gute Supervision zu machen, da genügen *allgemeinsupervisorische* Kompetenz und Performanz nicht“ (Petzold 1990g). Diese Position wird heute durch die Forschung (König et al. 2005; Knaus 2005a; Müller et al. 2005; Brühlmann-Jecklin et al. 2005) vollauf bestätigt.

Die Gerontologie war lange Zeit ein unbeachtetes Feld und ist es noch, obwohl bereits 1977 (Petzold 1977e) die mangelnde Kompetenz und Performanz der MitarbeiterInnen in diesem Bereich angemahnt wurde. Um sinnvolle und effektive Altenarbeit zu gewährleisten, wurden schon damals die Ansprüche einer agogischen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen dargestellt (Petzold 1977e, S. 237). Erst die in den letzten Jahren genauer explorierten strukturellen Hintergründe von Skandalen im Pflegebereich (Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005) bringen qualitätssichernde und qualitätssteigernde Maßnahmen mit sich. Hier geht es aber nicht (nur) um die gewonnenen Erkenntnisse aus den Tötungsdelikten und Gewaltakten im Altenpflegebereich, auch medizinische Erkenntnisse der Gerontologie (Pathologien, Hirnforschung, anatomische Veränderungen) zeigen deutlich den Bedarf neuer Methoden und Verfahren, wie man besser mit und für „die Alten“ arbeitet. Biografiearbeit, erlebnisaktivierende Methoden (Petzold 2003g, 2004a, 2005a), Verhinderung von Segregation der Alten (Stadtteilarbeit mit alten Menschen, Petzold, Zander 2004) und Partnerschaftlichkeit sind nur einige Begriffe der neuen Arbeit mit „den Alten“.

Behandlung, Beratung, Bildungsarbeit, Betreuung und Begleitung, die „fünf großen Bs“ in der „Grundregel für die Arbeit mit alten Menschen“ (ders. 2004p) als kooperatives Unterfangen finden im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt, einer menschlichen und einer fachlichen: Es ist eine Qualität der *Konvivialität* (ein gutes Miteinander, Petzold 2004a, 362) erforderlich – die MitarbeiterInnen in den Altenheimen bieten einen „gastlichen Raum“, in dem die BewohnerInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können. In ihm können *Affiliationen* (Nahbeziehungen, Petzold, Müller 2005) möglich werden und „Ployloge“, Gespräche nach vielen Seiten stattfinden (Petzold 2004, S. 362). Es muss leider davon ausgegangen werden, dass diese Atmosphäre nicht in allen Altenheimen gelebt und erlebt werden kann. Die zweite Qualität ist eine pflegewissenschaftlich und gerontologisch fundierte *Fachlichkeit* ausgebildeter Mitarbeiter und die ist keineswegs überall und vor allen Dingen nicht in ausreichendem Umfang vorhanden. SupervisorInnen sollten MitarbeiterInnen in diesem Feld Qualitäten und Ziele der Arbeit mit alten Menschen aufzeigen und

sie hierbei kompetent unterstützen. Diese Unterstützung erfordert aber eben dieses hohe Maß an Wissen um dieses Feld und ein Wissen um gerontologische Aspekte.

Hier stellt sich die Frage: Wie viel **Feld-** und **Fachkompetenz**, wie viel sozialgerontologisches Wissen und wie viel an *allgemeinsupervisorischer* Kompetenz ist notwendig, um den Bereich der Altenhilfe kompetent, qualitätssichernd und qualitätssteigernd zu beraten. Hier ist die Konnektivierung von Wissensbeständen in besonderem Maße gefordert, ohne erneut Dogmatismen zu kreieren.

Bei der Darstellung der Supervision in der Altenhilfe zeigt eine Erhebung zur Literatur speziell zur „Supervision in der Altenhilfe“ ein ähnlich überschaubares Ergebnis wie die internationale Literaturrecherche zur Supervisionsforschung (Petzold, Schigl et al. 2003). Es gibt wenig explizite Lektüre zu diesem Thema und meist sind es Praxisberichte von einzelnen Autorinnen und Autoren (Schmidbauer 2000, Koch- Straube 1999; Petzold 1994a; Petzold Ch. 1996). – Ausnahme sind Texte von Hirsch (2002) und Petzold (1998a). Vermutlich findet sich auch kaum Literatur zur Supervision in der Altenhilfe (Petzold, Schigl 2003, S. 136), da es wenig Supervision in der Altenarbeit gibt. Das Verständnis der MitarbeiterInnen-/ LeiterInnen dieser Einrichtungen, Supervision als selbstverständliche professionelle Begleitung in einem Prozess reflektierter Professionalität zu sehen, ist vermutlich noch wenig ausgeprägt. Rahmenbedingungen, die kaum Freiraum zur „Pflege der Pflegenden“ zulassen, jahrzehntelange Sozialisierungsprozesse der Pflegenden hin zu einem „Berufsbild des Selbstverzichts“, Systeme, die unter dem zunehmenden Wegfallen der personal- und kostengünstigen Ordensschwwestern (www.caritas-eichstaett.de, 2004) zerbrechen, hindern sich möglicherweise die MitarbeiterInnen selbst daran, sich den nötigen Raum für ein kreatives Reflektieren des eigenen Verhaltens zu gestatten. Die Perspektive, neben den teilweise unzumutbaren Rahmenbedingungen den „Dämon des Alters“, der tagtäglich hinter der Türe wartet und es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Senioreneinrichtungen so schwer macht, als Grund für das „Ausgebranntsein“ in Pflegeheimen zu sehen (Schmidbauer 2000, S.106), lässt ein mangelndes gerontologisches Wissen beim Autor vermuten. Hier kommt möglicherweise eine Übertragung von negativen Alterstereotypen auf das SupervisandInnensystem zum Ausdruck. Zweifelsohne gibt es mitunter Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die diesen negativen Alterstereotypen entsprechen, aber es gibt auch genügend Beispiele für positiven und freudigen Umgang mit dem Alter, trotz aller Beschwerden.

Als problematisch wird von SupervisorInnen zum Teil geschildert, dass von Supervision im Bereich der (Alten-)Pflege gelegentlich erwartet wird, sie könne vorhandene Führungsschwächen kompensieren (Schmidbauer 2000, S.100). Es würden bei Pflgeteams im Altenbereich oft passive Erwartungen dominieren, die – zusammen mit den ohnehin schwierigen Rahmenbedingungen und Überforderungsgefühlen – das Risiko verstärken, in der Supervision ein Wunder- und Allheilmittel zu sehen (ebenda, S.101). Solche überhöhte Erwartungen können tatsächlich zu einem frühzeitigem Abbruch einer Supervision führen, wenn es nicht gelingt, mit einem Team im Rahmen von realistischen Zielen erfolgreich zu arbeiten.

Die Grenzen der Supervision liegen immer dort, wo sich ein nicht veränderbarer Ressourcenmangel, schlechte MitarbeiterInnenstruktur und institutioneller Widerstand gegen Veränderung auf der Träger- und Leitungsebene findet (Petzold, Müller et al. 2005; Petzold Ch. 1996, S. 102). Ziele und Aufgaben der Supervision, speziell im klinischen und sozialgerontologischen Arbeitskontext, sollen die Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen, die Förderung der Kommunikation und Kooperation untereinander, somit die *sozialtherapeutischen Aspekte* von Supervision sein (ebenda 1996, S. 104). Supervision unterstützt Einzelpersonen und Teams darin, unbewusste Dynamiken und Verstrickungen aufzuhellen und so gemeinsam mit den Supervisanden nach Problemlösungen zu suchen – ein *psychohygienisches Moment* von Supervision. Die Supervision soll Möglichkeiten zur emotionalen Entlastung geben und die Förderung der Kollegialität unterstützen. Darin ist die *supportive* und *teamdynamische Seite* von Supervision zu sehen. Als letzter Aspekt der Möglichkeiten der Supervision sei die *Organisationsberatung* genannt (ebenda), was vor allem in Altenheimen mit traditionellen Arbeitsabläufen wichtig erscheint. Für ein gesundes Gedeihen „guter“ Supervision ist die Kooperation aller Beteiligten – Träger, Organisation, Leitung, Mitarbeiter – nötig. Der Beratungsauftrag für den Supervisor kann nur heißen: Wir wollen untereinander mit ihrer Unterstützung in Ko-respondenz, in einen Dialog darüber treten, wie wir die Probleme lösen können, und wir möchten sie dazu als externen Experten konsultieren (ebenda).

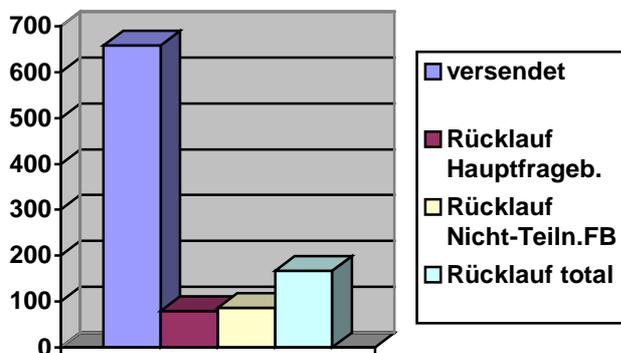
Es kann angenommen werden, dass Supervision in der Altenhilfe in Deutschland eine selten genutzte Maßnahme zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung darstellt. SupervisorInnen in diesem Feld benötigen ein hohes Maß an gerontologischem, sozialgerontologischem und supervisorischem Wissen und die entsprechende Performanz, was die Umsetzung solchen Wissens in Praxis

anbelangt. SupervisorInnen in diesem Feld sehen sich einem großen Aufgabenspektrum gegenüber und die Notwendigkeit von Supervision in diesem Feld ist schon seit langem (*Schenda 1972, Petzold 1977*) formuliert. Was sind die Gründe für die dennoch vorfindliche, mangelnde Akzeptanz der Supervision? Oder ist Supervision im Altenheimbereich bereits – wie in anderen psychosozialen Feldern (*Petzold, Schigl et.al.2003*) – zur Selbstverständlichkeit geworden? Diese Studie soll einen Beitrag zu diesen Fragen leisten, will Informationen zum Thema Feldkompetenz von SupervisorInnen und zu spezifischen Supervisionsbedarfen eruieren.

4. Die Studie

Nachstehend sollen wesentliche Ergebnisse der Studie (*Knaus 2005a*) vorgestellt werden. Sie wurde von August 2004 (Aussendung) bis Oktober 2004 (Abschluss des Rücklaufs) durchgeführt. Es wurde mit Blick auf die Schweizer Studie von *Müller, Petzold, Schreiter Gasser (2005)* mit einem Rücklauf von 40 Prozent gerechnet. Die bereits in dieser Studie durchgeführte Erweiterung der Befragung mittels dem „Nicht-Nutzern- Fragebogen“ hat sich bewährt. Der Rücklauf der Fragebögen war etwa gleich auf den Hauptfragebogen und den „Zusatzfragebogen“ verteilt. Die Gesamtrücklaufquote mit 25,4 Prozent ist für die vorausgegangene Information – alle Einrichtungen (N: 658) wurden von ihrem Dachträgerverband schriftlich zur Unterstützung der Studie aufgefordert, und zusätzlich wurden alle LeiterInnen der bayerischen Altenpflegeeinrichtungen mündlich durch die direkten Vorgesetzten informiert – mittelmäßig. Es kann nun darüber spekuliert werden, inwieweit die Caritas Einrichtungen in Deutschland den sogenannten Info-Dienst (schriftliche Information des Dachverbandes, welche 4x jährlich erscheint) wirklich nutzen, denn im Anschreiben wurde auf die Unterstützung des Dachverbandes hingewiesen. Des Weiteren gibt es keine nähere Information, wie mit welcher Prägnanz diese Studie in den mündlichen Informationen an die EinrichtungsleiterInnen (Bayern) weitergegeben wurde. Der Rücklauf des „Zusatzfragebogens“ mit einem Anteil von 52 Prozent am Gesamtrücklauf, würde auf die Gesamtpopulation hochgerechnet bedeuten, dass über die Hälfte der Einrichtungen keine Supervision haben bzw. diese Form der Beratung nicht mehr in Anspruch nehmen.

Abbildung 1: Rücklaufquote



Nun zu den einzelnen Erhebungsbereichen:

4.1 Die SupervisorInnen

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe war mit 42 Jahren nicht überraschend (s. Abb.2). In Deutschland war der Beruf der Altenpflege lange Jahre ein sogenannter „Wiedereinsteigerberuf“, das heißt nach abgeschlossener Familienphase nutzten Frauen den Beruf der Altenpflegerin als neuen Berufsweg. Die natürliche „Verjüngung“ der MitarbeiterInnenstruktur durch Mutterschaft ist somit entsprechend gering. Der geringe Anteil der Befragten mit einer Berufserfahrung unter einem Jahr (6,3%) und ein Anteil von 17,5 Prozent mit Berufserfahrung von 11-15 Jahren und der hohe Anteil von MitarbeiterInnen mit über 15 Jahren Berufserfahrung (32%) bestätigt dies (s. Tab.1). 56 Prozent der Befragten waren in leitender Position, was wahrscheinlich in einem Zusammenhang steht mit der durchschnittlich langen Berufserfahrung. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Änderungen in den Ausbildungsvorschriften für die Altenpflege die Altersstruktur mittelfristig verjün-

gen werden. Der sehr hohe Anteil der weiblichen Mitarbeiter (76,3%) ist für diesen Bereich repräsentativ und entspricht dem Durchschnitt des Frauenanteils in sozialpflegerischen Berufen (ca. 76%), aber liegt 10 Prozent unter dem bundesdurchschnittlichen Anteil weiblicher Mitarbeiter in Altenheimen.

Abbildung 2: Alter der Befragten

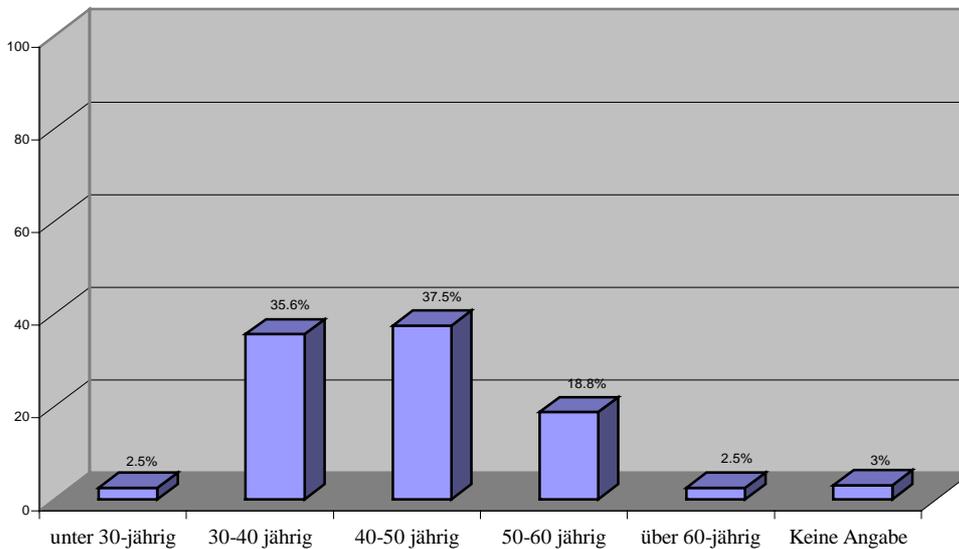


Tabelle 1: Berufserfahrung der Befragten

Anzahl Jahre Berufserfahrung	Häufigkeit in %
weniger als 1 Jahr	6.3
1-3 Jahre	13.8
4-6 Jahre	10.0
7-10 Jahre	15.0
11-15 Jahre	17.5
über 15 Jahre	32.5
Missings	5.0

Dass der größte Anteil der Befragten (73,8%) aus dem pflegerischen Bereich und der zweitgrößte Anteil (11,3%) aus dem sozialen Bereich kommt, wurde erwartet (s. Tab.2). Das Ergebnis lässt vermuten, dass in Alteneinrichtungen Deutschlands die interdisziplinäre Zusammenarbeit – zwischen pflegerischem, ärztlichem, psychotherapeutischem und soziotherapeutischem bzw. sozialpädagogischem Fachpersonal – eher eine Rarität (Petzold 2005c, S. 19) ist und hier eine Verbesserung anzustreben wäre.

Tabelle 2: Grundberuf der Befragten

Grundberuf	Häufigkeit in %
Pflegeberuf	73.8
Arzt/Ärztin	0.0
Psychologe/in	1.3
SozialarbeiterIn / -pädagogIn	11.3
Therapeutischer Beruf	1.3
anderes	12.5

4.2. Die SupervisorInnen

Dem sehr hohen Anteil der weiblichen MitarbeiterInnen steht eine gleichmäßige Verteilung männlich/weiblich der SupervisorInnen (42% / 42%) gegenüber. Dieses Ergebnis überrascht, da in der vergleichbaren Studie in der Schweiz der Frauenanteil bei SupervisorInnen deutlich höher liegt (63,9%) und ein ähnliches Ergebnis auch für Deutschland erwartet wurde. Ob die gleichmäßige Geschlechterverteilung ein Abbild des „Berufsstandes“ der SupervisorInnen in Deutschland darstellt, kann nicht belegt werden. Nur 21,3 Prozent der SupervisorInnen kommen aus dem pflegerischen Bereich, was im Gegensatz zu den überwiegend pflegerisch ausgebildeten bzw. pflegerisch tätigen

SupervisandInnen gering erscheint. Es wurde vermutet (und die Ergebnisse der Studien bestätigen dies), dass die MitarbeiterInnen einen hohen Anspruch an die gerontologische Feldkompetenz der SupervisorInnen haben. Dass es unter den SupervisorInnen wenig Pflegefachleute gibt (s. Tab 3), lässt sich möglicherweise mit den Zulassungsbedingungen der Ausbildungs- und Studiengänge erklären: Die Voraussetzung für die Zulassung zu einer Supervisionsausbildung ist in der Regel ein Fachhochschulabschluss bzw. ein abgeschlossenes universitäres Studium. Diese Situation zeigt sich auch im Ergebnis dieser Stichprobe, denn ein sehr hoher Anteil der SupervisorInnen hat einen Grundberuf mit Studiumsabschluss (nahezu 50 %). Mittelfristig wird hier die Etablierung der Pflegewissenschaft eine Veränderung mit sich bringen, jedoch sind dann Pflegekräfte, welche die „Basics“ kennen, trotzdem nicht repräsentativ vertreten. PflegewissenschaftlerInnen finden ihr Tätigkeitsfeld überwiegend in leitenden und lehrenden Funktionen (Heimleitung, Pflegedienstleitungen, LehrerInnen für Pflegeberufe etc.).

Tabelle 3: Grundberuf des Supervisors / der Supervisorin

N = 64

Missings = 16

Grundberuf des Supervisors	Häufigkeit in %
Ärztin / Arzt	1.3
Psychologe/in	31.3
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	16.3
Pflegeberuf	21.3
anderes	10.0
keine Angabe	20.0

57 Prozent der SupervisorInnen verfügen über eine therapeutische Zusatzausbildung, 40 Prozent über eine supervisorische Zusatzausbildung und 17,5 Prozent haben eine Zusatzausbildung im Bereich Organisationsentwicklung (s. Tab. 4) absolviert. Es können aber keine verlässlichen Aussagen über die methodenspezifischen Wirkungen der Supervision gemacht werden, da die Informationen der SupervisandInnen nicht als ausreichend erschienen (23,8 % war die Zusatzausbildung ihres Supervisors gar nicht bekannt).

Tabelle 4: Zusatzausbildung Supervisor/in

N = 80

Mehrfachantworten möglich

Zusatzausbildung des Supervisors	Häufigkeit in %
Psychoanalyse	15.0
Gesprächstherapie	15.0
Verhaltenstherapie	10.0
Integrative Therapie	10.0
Supervision	40.0
Familientherapie	10.0
Organisationsentwicklung	17.5
Gestalttherapie	7.5
andere Richtung	7.5
nicht bekannt	23.8

Ebenso ist anhand der Ergebnisse dieser Studie (Design des Fragebogens) nicht rückschließbar, in welchem Supervisionsansatz (integrativ, systemisch, analytisch etc.) sich der Supervisor ausbilden ließ. **Der größte Teil der 40% supervisorisch ausgebildeter SupervisorInnen gehört dem führenden Dachverband in der BRD, der DGSv an.**

Das tatsächliche Durchschnittsalter der SupervisorInnen und die Erwartung an das Idealalter entsprechen sich in etwa (Tab. 5).

Tabelle 5: Alter SupervisorIn

N = 66

Missings = 14

Mittelwert (SD) = 37 ± 19

Min. – Max. = 28 - 60

Alter Supervisor/in	Häufigkeit in %
Unter 30-jährig	1.3
30-40jährig	21.3
40-50 jährig	35.0
50-60jährig	20.0
über 60-jährig	5.0
keine Angabe	17.5

Bedenklich ist, dass nur 21,3 Prozent der SupervisorInnen im Bereich der Altenhilfe aus dem geriatrischen und pflegerischen Bereich kommen, obgleich 70 Prozent der SupervisandInnen klar die Wichtigkeit des gerontologischen Fachwissens betonen (s. Tab 6).

Tabelle 6: Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens

N = 66

Missings = 14

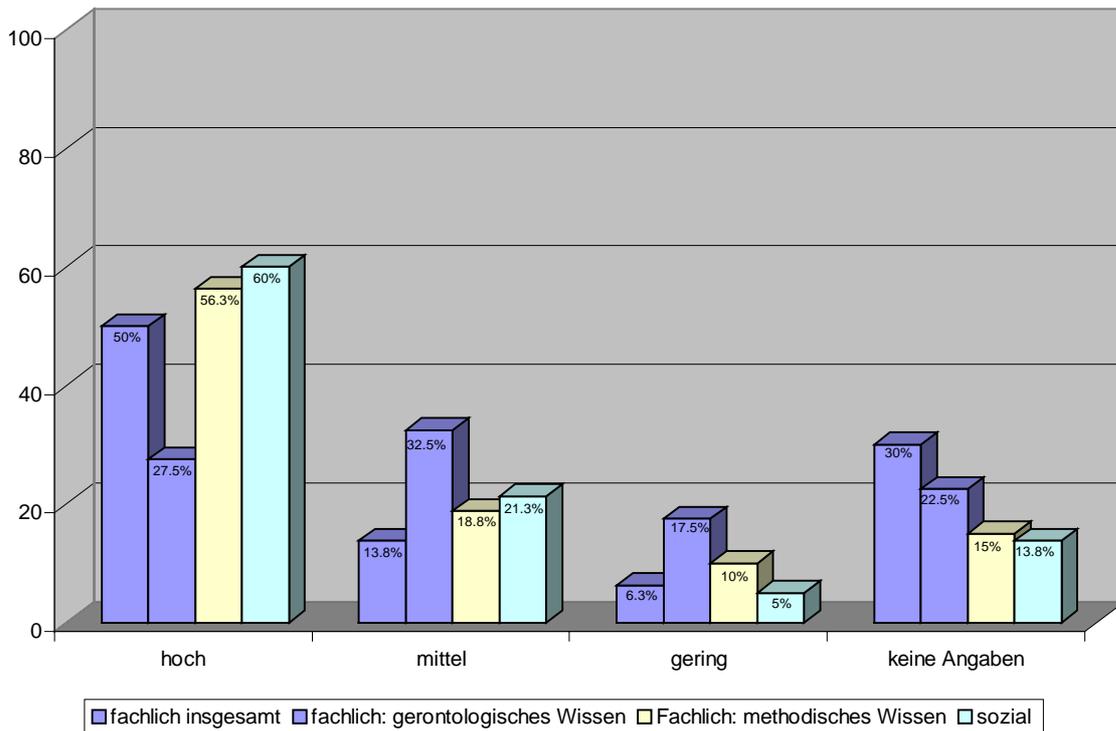
Einschätzung der Wichtigkeit des gerontologischen Fachwissens	Häufigkeit in %
sehr wichtig	41.3
eher wichtig	27.5
neutral	8.8
eher nicht wichtig	2.5
nicht wichtig	2.5
keine Angabe	17.5

Die Einschätzung der SupervisandInnen bestätigt dies, indem nur 27 Prozent der Gesamtstichprobe das gerontologische Wissen ihrer Supervisorin mit 'hoch' beurteilten (s. Tab. 7). Eine bedenkliche Situation, da zusätzlich immerhin 17,5 Prozent der SupervisandInnen das Wissen des Supervisors um soziogerontologische Aspekte sogar als 'gering' beurteilen. Zieht man des weiteren in Betracht, dass ca. 30 Prozent der Befragten auch das methodische Geschick als 'mittelmäßig' einschätzen, stellt sich die Frage, ob SupervisorInnen im Feld der Altenheime die Bedürfnisse und Anforderungen dieses Feldes erfüllen (s. Tab. 7 und Abb. 3). Die Hypothese, dass die SupervisandInnen Feld- und Fachkompetenz fordern, wurde von der Gesamtstichprobe bestätigt, und die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass SupervisorInnen im Altenhilfebereich diese Feld- und Fachkompetenz leider bei weitem nicht immer haben. **Erfährt man dann, dass ein großer Supervisionsverband, die DGSv, sich angemaßt hat, beim „Deutschen Kuratorium für Altenhilfe“, die für den Altenbereich erforderliche Kompetenz im Supervisionsbereich nur für die fachverbandlich ausgebildeten Supervisoren zu beansprucht, ein Anspruch, der durch die Multicenterstudien in allen drei deutschsprachigen Ländern klar widerlegt wird, und dass als Folge dieses Anspruches und des ausgeübten Druckes vorhandene Mittel nicht mehr zur Verfügung gestellt wurden, ist das durchaus ein sehr ärgerliches Faktum.**

Tabelle 7: Einschätzung Kompetenz SupervisorIn

Bewertung	Hoch	mittel	gering	keine Angabe
fachlich insgesamt	50.0	13.8	6.3	30.0
fachlich: gerontologisches Wissen	27.5	32.5	17.5	22.5
fachlich: methodisches Geschick	56.3	18.8	10.0	15.0
Sozial	60.0	21.3	5.0	13.8

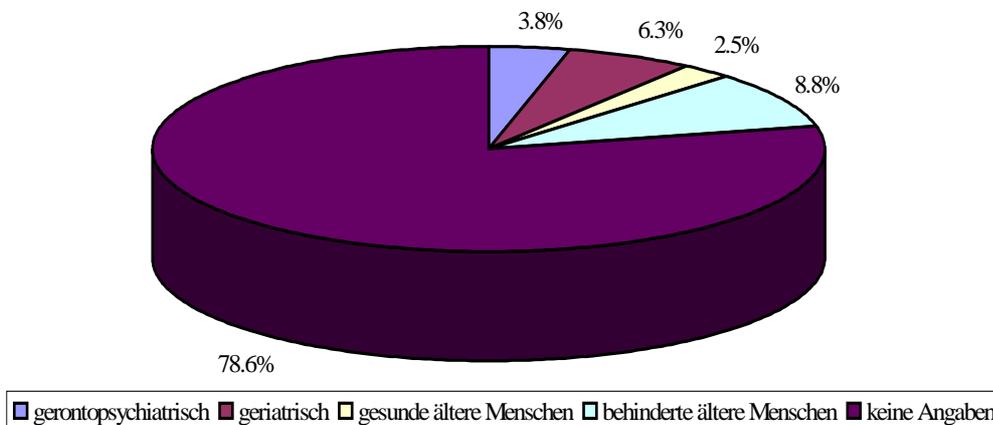
Abbildung 3: Einschätzung Kompetenz des Supervisors



4.3. Die Einrichtungen:

Ein verhältnismäßig hoher Anteil der Befragten (50% bis 80%) machte keine Angaben zu einzelnen Kontextfaktoren der Einrichtung (Art, Versorgungsform, Hierarchie), somit sind Rückschlüsse kaum möglich (s. Abb. 4). Es stellt sich die Frage, welche Formen und Arten von Einrichtungen Supervision gehäuft nutzen und welche Arten und Formen von Einrichtungen Supervision (eher) gar nicht nutzen. Die Nennungen zu den einzelnen Items waren zu gering und der Anteil der Befragten, die keine Angaben gemacht haben, zu groß, um hier repräsentative Rückschlüsse zu ziehen. Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde bereits die Hypothese aufgestellt, dass trotz der anonymisierten Form der Fragebogen evt. eine Rückverfolgbarkeit bzw. Rückschlüsse auf die Einrichtungen befürchtet wurden. Ferner stellt sich in Deutschland die Altenheimstruktur sehr inhomogen dar. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Anzahl der Einrichtungen keine expliziten Betreuungsschwerpunkte hat. In vielen Einrichtungen wird ein gemischtes Klientel betreut (gesunde SeniorInnen, pflegebedürftige und auch behinderte und psychiatrisch erkrankte BewohnerInnen).

Abbildung 4: Art bzw. Betreuungsschwerpunkt der Einrichtung



4.4. Die Supervision

In dieser Studie wird folgenden Fragestellungen nachgegangen: Welchen Nutzen, welche positiven und schädigenden Wirkungen, welche Risikofaktoren für SupervisandInnen und KlientInnen kann Supervision beinhalten, welche Erwartungen hat das SupervisandInnensystem und, wenn es in einer Einrichtung keine Supervision (mehr) gibt, warum?

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Supervisionsstunden schätzen 25 Prozent der Nutzer als zu gering ein, 53.8% als ausreichend. (s. Tab. 8). 36 Prozent gaben an, in den letzten 6 Monaten keine Supervisionsstunden gehabt zu haben und 16 Prozent hatten nur 1- 2 Supervisionsstunden in dieser Zeitspanne (s. Tab 9). Da wundert es nicht, dass 25% dies unzureichend finden!

Tabelle 8: Frage: Sind die Supervisionsstunden ausreichend?

N = 63 Missings = 17

Anzahl Supervisionsstunden	Häufigkeit in %
ausreichend	53.8
nicht ausreichend	25.0
keine Angabe	21.3

Tabelle 9: Frage Anzahl Supervisionsstunden in den letzten 6 Monaten

N = 80 Missings = 0 Mittelwert (SD) = 2.6 ± 2 min. – max. = 1-12

Anzahl Supervisionsstunden während der letzten 6 Monate	Häufigkeit in %
1	12.5
2	3.8
3	11.3
4	8.8
5	10.0
6	13.8
7	1.3
9	1.3
12	1.3
0	36.3

Wird der Rücklauf von N=167 auf die Gesamtpopulation (N: 658) hochgerechnet, ergibt sich folgendes Bild: Wenn 36% der BeantworterInnen des Hauptfragebogens (N: 80) in den letzten 6 Monaten keine Supervision und 15 Prozent nur 1-2 Supervisionsstunden hatten, entspricht dies in etwa 25 Prozent der Gesamtstichprobe. Die hochgerechnete Auswertung der „Nicht- Nutzer-Fragebögen“ (N= 87) ergab, dass 50 Prozent aller Einrichtungen keine Supervision (mehr) in Anspruch nahmen. Das bedeutet zusammengerechnet, dass 75 Prozent der Alteneinrichtungen keine Supervision bzw. in unzureichendem Maß Supervision in Anspruch nehmen können. Die Hypothese, dass es in deutschen Altenheimen kaum Supervision gibt (*Knaus 2005*), ist somit weitgehend bestätigt.

Bei den durchgeführten Supervisionen wurden die Teilnehmenden in 81,3 % der Fälle auf die Verschwiegenheitspflicht hingewiesen. 5 % gaben an, *nicht* auf die Verschwiegenheitspflicht hingewiesen worden zu sein (N = 69, M = 11). Die Befragten gaben in 48,8 % der Fällen an, dass die Zustimmung der KlientInnen bzw. deren ges. BetreuerInnen zur Bearbeitung ihrer Probleme in einer Supervision nicht eingeholt wurde. Nur 13,8 % der Befragten gaben an, dass die KlientInnen bzw. deren gesetzliche BetreuerInnen vor der Supervision zugestimmt hatten. (N = 50, M = 30). In der vergleichbaren Studie in der Schweiz (*Müller et al. 2005*) wurden ebenfalls nur ein geringer Anteil der KlientInnen bzw. BetreuerInnen vor der Supervision um Zustimmung gebeten (9%). Das ist eine bedenkliche Situation und ein eindeutiger Rechtsverstoß. Es ist zwar nicht immer absehbar ist, welche KlientInnen in die Supervisionsprozesse einbezogen werden, geschied das jedoch ohne vorausgegangene Freistellung durch den Klienten, muss eine strikte Anonymisierung eingehalten werden. Eine Studie von *Oeltze, Ebert, Petzold (2002)* zeigt beunruhigende Schweigepflichtsverletzungen auf. Gerade diese Studie ist aber auch eine der wenigen (die einzige deutschsprachige), in der auch die Wirksamkeit Supervision im KlientInnensystem (mit) in den Fokus genommen wird (hier die Integrative Supervision mit guten Ergebnissen). Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die KlientInnen durch Information besser in das Supervisionsgeschehen einbezogen werden müssen, wie im Integrativen Ansatz, und so erst Wirkungen wahrgenommen werden können (*Leitner, Petzold, Orth, Sieper, Telsemeyer, 2004, S. 7*).

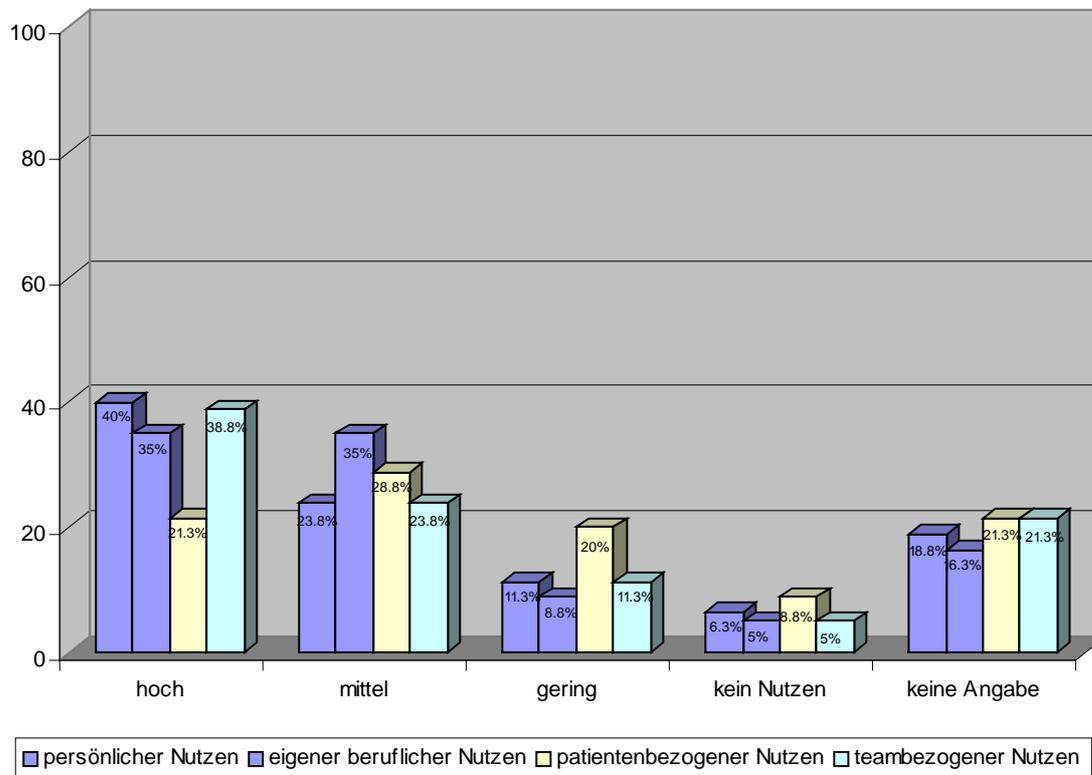
Die Wirkung der Supervision im SupervisandInnensystem wird von ca. 40 Prozent der Befragten als hoch eingeschätzt. Obgleich der persönliche Nutzen der Supervision im SupervisandInnensystem noch am höchsten eingeschätzt wurde, muss klar herausgestellt sein, dass es nicht einmal die

Hälfte der MitarbeiterInnen sind, die diesen als hoch einstufen. Etwa 15 Prozent der Befragten erkennen nur einen geringen bzw. gar keinen Nutzen für die persönliche, eigene berufliche und teambezogene Ebene. Die Effizienz der Supervision auf der SupervisandInnenebene ist damit teilweise bestätigt, jedoch insgesamt als zu gering zu bewerten (Tab. 10, Abb. 6). Die Wirkung von Supervision auf der KlientInnenebene wurde von der Gesamtstichprobe signifikant schlechter beurteilt. Nur 1/5 der Befragten erkennt einen hohen Nutzen für das KlientInnensystem, also für die betreuten alten Menschen. Kritisch zu beachten ist, dass 30 Prozent der SupervisandInnen keinen bzw. nur einen geringen Nutzen für die KlientInnen erkennen (Tab. 10, Abb. 5).

Tabelle 10 Frage: Nutzen von Supervision

Bewertung	hoch	Mittel	Gering	kein Nutzen	keine Angabe
persönlicher Nutzen	40.0	23.8	11.3	6.3	18.8
eigener beruflicher Nutzen	35.0	35.0	8.8	5.0	16.3
patientenbezogener Nutzen	21.3	28.8	20.0	8.8	21.3
Teambezogener Nutzen	38.8	23.8	11.3	5.0	21.3

Abbildung 5 Frage: Wirkung von Supervision



Der deutlich geringer eingeschätzte Nutzen der Supervision im KlientInnensystem lässt sich möglicherweise durch die in der Supervision behandelten Fragestellungen des SupervisandInnensystems erklären. Supervisionsprozesse auf der Teamebene (z. B. Konfliktbewältigung im Team, Verbesserung der Zusammenarbeit im Team) und auf der persönlich-beruflichen Ebene (z. B. Steigerung der Kompetenz und Performanz der MitarbeiterInnen) dürften häufiger vorkommen als Fallbesprechungen über KlientInnen. Das Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt dies deutlich: 79% der Antwortenden nennen Team- und Gruppensupervision als Schwerpunkt und 22,5 % Fallsupervision. Außerdem zeigt die mangelnde Information der KlientInnen, dass mögliche Auswirkungen der Supervision von den KlientInnen nicht mitbesprochen bzw. mitreflektiert werden können. Das schmälert Wirkungsmöglichkeiten beträchtlich.

Für die Supervision wird zum Teil als hochprofessionelle Beratungsform 'von ExpertInnen für ExpertInnen' geworben. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen eine eher mittelmäßige Wirkung der Supervision: ca. 60 % der Befragten klassifizieren den Nutzen auf der KlientInnenebene mit 'mittel' bis 'gar kein Nutzen', und 50 % schätzen den Nutzen auf der SupervisandInnenebene als 'mittel' bis 'gar nicht vorhanden' ein [Tab. 10 und Abb. 5]). Als qualitätssichernde bzw. qualitätsfördernde Beratungsform „Supervision“ ist eine mittelmäßige Wirkkraft, wenn man hohe Qualität als Ergebnis haben will, *nicht befriedigend*. Professionalität beruht auf hohem spezialisiertem Können und einer

nachgewiesenen Qualifikation (Buer 1998, S. 5). „Nachweis“ bedeutet aber keineswegs nur das Absolvieren einer verbandlich anerkannten Ausbildung, sondern müsste bedeuten, dass die in der Ausbildung vermittelte Form der Supervision tatsächlich objektivierbare Effekte auf der Ebene des SupervisandInnen und des KlientInnensystems hat. Nicht jede Form der Supervision hat solche Effekte. Den berechtigten Ansprüchen an die Qualität durch die SupervisionsnutzerInnen und der von den Supervisionsverbänden behaupteten Qualität ihrer Verbandsmitglieder, der „Supervisoren mit Markenzeichen“ und „Gütesiegelqualität“ (Weigand 1999) steht aber (immer) noch zu wenig an elaborierter Theorie, feldspezifischem Fachwissen und noch weniger an Wirksamkeitsforschung gegenüber (Petzold 1998, S. 2).

Das Argument, dass „gute Wirkung“ von Supervision auf der SupervisandInnenebene auch den KlientInnen diene, ist nicht belegt (Petzold, Schigl et al. 2003; Frank 1999), und Ergebnisse zeigen, dass es auch unerwünschte Auswirkungen auf das KlientInnensystem gibt (Leitner, Petzold et al. 2004, S. 6). In den Antworten auf die Frage nach den Erwartungen an die Supervision und die SupervisorInnen zeigt sich deutlich, dass von den SupervisandInnen Wirkungen für das KlientInnensystem erwartet werden. An erster Stelle steht hier die Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz (s. Tab. 11).

Tabelle 11: Erwartungen an die Supervision

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

Im „Nicht-Nutzer-Fragebogen“ (Tab. 12) wird als häufigste Ursache für fehlende Supervision erwähnt, dass MitarbeiterInnen Supervision ablehnen (N: 25; 19%). Bei differenzierter Analyse kann man einen Teil dieser Nennungen als Hinweis auf den geringen Nutzen der durchgeführten Supervision verstehen. Interessanterweise kommt unter diesen Nennungen im „Zusatzfragebogen“, also von Befragten, die *keine* Supervision haben, auch das Argument der fehlenden Beweise für die Wirkung der Supervision (Kategorie 2, N: 5) vor.

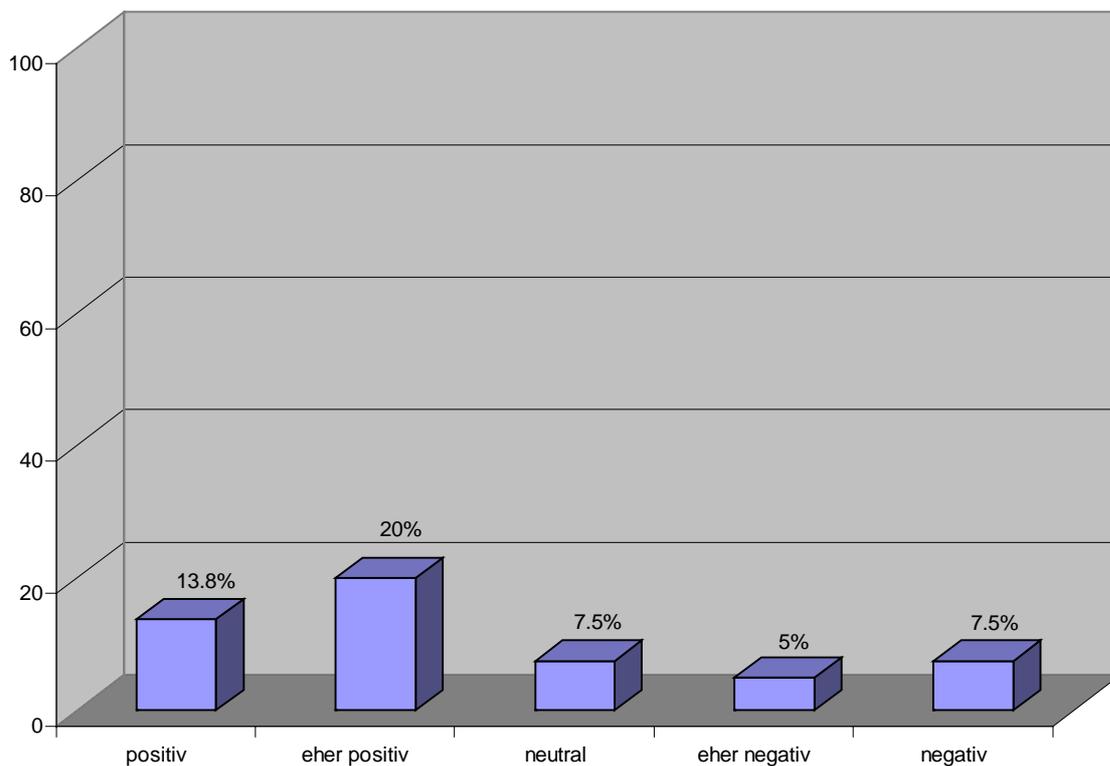
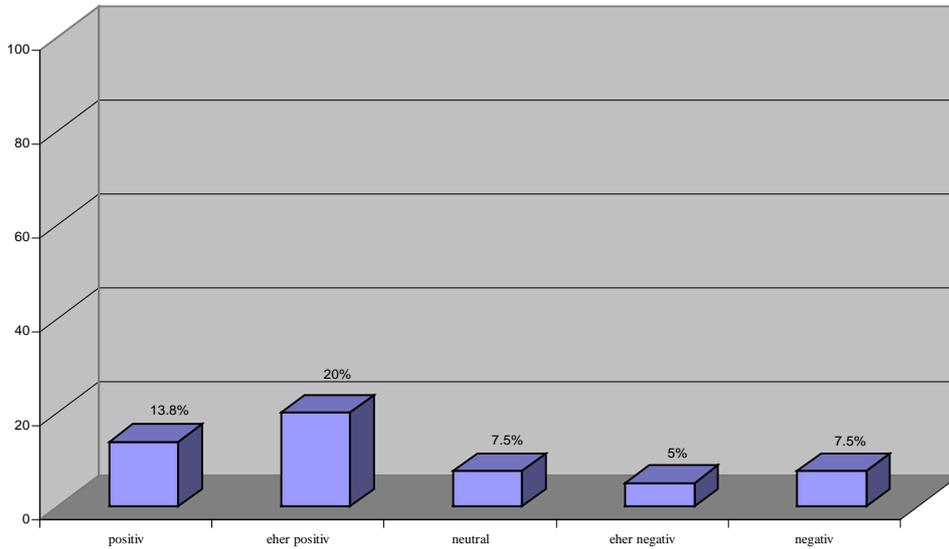
Tabelle 12: Summarische Betrachtung aller Textantworten (Nicht-Nutzer-Fragebogen)

Nr.	Kategorie	Nennungen
1	Hausleitung/Träger lehnt Supervision ab	2
2	Fehlende Beweise der Wirkung von Supervision	5
3	Angebot an passenden SupervisorInnen fehlt	2
4	Angst vor Supervision	3
5	schlechte Erfahrungen	8
6	Kontext Einrichtung (zu klein, Umbau etc.)	7
7	Einrichtungsinterne Kommunikations- und Reflexionsformen sind ausreichend (Institutionspsychohygiene)	13
8	Probleme werden einrichtungs- und abteilungsintern ohne externe Unterstützung gelöst	8
9	fehlende Zeit bzw. Zeitmangel	17
10	MitarbeiterInnen lehnen Supervision ab	25
11	Kostengründe	17
12	Es wird keine Notwendigkeit zur Supervision erkannt	13
13	Hauptfragebogen	5
14	Man kennt Supervision nicht	3

4.5 Positive und negative Erfahrungen in der Supervision

13,8% Prozent der befragten SupervisandInnen im Altenbereich gab an, „positive“ und 20% „eher positive“ (und das ist schon nicht mehr Top-Qualität) Supervisionserfahrung gemacht zu haben. Demgegenüber bewerteten 12,5 Prozent der Befragten die vorgängige Supervisionserfahrung mit „eher negativ“ bzw. „negativ“ (Abb. 6). Es ist bedenklich, dass eine Methode, die einen so hohen Anspruch an die Qualität vertritt (Weigand 1999, 2001), von 12,5 % mit „eher negativ“ bzw. „negativ“ und von 7,5 Prozent neutral erlebt wurde.

Abbildung 6: Frage: Vorgängige Erfahrungen mit Supervision



32 Prozent der negativen Erfahrungen (Tab. 13) werden mit mangelnden Kompetenzen des Supervisors begründet, und zwar mit einem Mangel an „allgemeinsupervisorischen und feldspezifischen Kompetenzen“, aber auch – und das macht nachdenklich – an sozialen Kompetenzen. Es ist fraglich, ob eine Beratungsmethode mit dem Anspruch, eine anwendungsbezogene Sozialwissenschaft (Petzold, 1998) zu sein, sich soziale Inkompetenz wie „allmächtige SupervisorInnen“ die teilweise (20% der Aussagen zu negativen Erfahrungen) arrogant und voreingenommen beschrieben werden, leisten kann. Immerhin erwarten 39 Prozent der Befragten – die eine Aussage zu Erwartungen an die Supervision getroffen haben – persönliche Unterstützung, die mit Anerkennung und empathischem Verstehen einher gehen sollte (Tab. 11).

Tabelle 13: Negative Erfahrungen

Kategorie	Nennungen
mangelnde (Feld)Kompetenz der SupervisorInnen	8
soziale Inkompetenz der SupervisorInnen	5
teambezogene Ursachen	5
Sanktionen	3
fehlende Wirkung/Veränderung	3
Teilnahme nicht freiwillig	1

Zusätzlich zu den an der Hauptstudie teilnehmenden Befragten, sind an dieser Stelle auch 11 Personen der „Nicht-Nutzer-Fragebögen“ hinzuzuziehen (Tab. 12), denn 9 Prozent der nicht an der Hauptstudie Teilnehmenden gaben als Gründe für fehlende Supervision Angst und schlechte Erfahrungen mit Supervision an. Die Perspektive, dass „supervisionsunerfahrene Teams“ vielleicht komplexe Erwartungshaltungen an Supervision (Müller, Petzold 2005) und vielleicht in der Supervision ein „Wunder- und Allheilmittel“ sehen (Schmidbauer 2000), soll nicht unerwähnt bleiben. Vermutlich liegt hier ein großes Verbesserungspotential, dass Erwartungen abgeklärt und die multiplen und komplexen Wirkungsweisen der Supervision (in einer in diesem Feld verständlichen Sprache) dargestellt werden müssen. Genau hier liegt auch die Anforderung an die Feldkompetenz, die in dieser Studie immer wieder als wichtiges Kriterium für „gute Supervision“ im Feld der Altenarbeit genannt wurde. Eine in diesem Feld verständliche Sprache und Ausdrucksform fördert einen kokreativen Prozess, der möglicherweise eine Assoziation mit „Allmacht“ und „SUPER-visoren“ vermeidet. Es gilt eben auch, die Grenzen der derzeit vorwiegend praktizierten Supervisionsmethodik, der „reported supervision“ (verbale Falldarstellung), und damit auch die Grenzen der derzeit hauptsächlich gelehrteten Supervisionsformen (Leitner, Petzold et al. 2004) aufzuzeigen. Die Aussagen zu negativen Erfahrungen zeigen aber auch sehr deutlich, dass SupervisorInnen in diesem Feld über beides, *Feld- und Fachkompetenz* und über *allgemeinsupervisorische* Kompetenz verfügen müssen. Feldkompetente SupervisorInnen brauchen neben sozialgerontologischen Kompetenzen einen soliden Fundus an supervisorischem Wissen.

Bei den konkreten positiven Erfahrungen (Tab. 14) der Befragten mit Supervision (34%) handelt es sich überwiegend um sozial-kommunikative Verbesserungen auf der persönlichen, der Team- und der institutionellen Ebene. Nur 8 Prozent der positiven Erfahrungen beziehen sich auf eine wahrgenommene Verbesserung im KlientInnensystem. Die Erfahrungen der Befragten Nutzer von Supervision zeigen, dass im KlientInnensystem deutlich weniger Verbesserungen wahrgenommen werden, und auch nur 8,5 Prozent (6 Nennungen) der Befragten assoziieren den Begriff Supervision (Tab. 15) mit einer Verbesserung oder einem Nutzen für die HeimbewohnerInnen. Nach dem Rosenthalphänomen ist auch davon auszugehen, dass Effekte, die nicht erwartet werden, eine höhere Chance haben, nicht einzutreffen.

Tabelle 14: Positive Erfahrungen

Kategorie	Nennungen
Persönlicher Nutzen	25
Teambezogener Nutzen	22
Problem- und Konfliktbewältigung	21
Verbesserung der Kommunikation	10
KlientInnenbezogener Nutzen	7
Organisationsbezogener Nutzen	4

Tabelle 15: Begriff Supervision

Kategorie	Nennungen
Klären und Lösen von Konflikten	27
Persönliche Unterstützung (fachlich und sozial)	27
Nutzen für KlientInnen	6
Nutzen für das Team	4
Kontrolle und Aufsicht	3
Negative Assoziationen	3

Etwas kontrovers erscheint dieses Ergebnis im Vergleich zu dem an anderer Stelle eingeschätzten Nutzen für das KlientInnensystem, denn 50 Prozent der Befragten schätzten die Wirkung von Supervision auf das Klientensystem hier als 'hoch' bis 'mittel' ein. Kontrollierte empirische Studien zu den tatsächlichen Wirkungen von Supervision auf der Ebene des KlientInnensystems fehlen jedoch leider fast gänzlich (vgl. aber *Schigl, Petzold et al. 2003*, vgl. auch zur fehlenden Wirksamkeit für KlientInnen in der Drogentherapie die kontrollierte Studie von *Schay, Petzold et al. 2005*). Die Ergebnisse der Schweizer und Österreichischen Parallel-Studien im gerontologischen Bereich (*Müller, Petzold, Schreiter Gasser 2005; König, Petzold, Müller 2005*) und der vorliegenden Studie sowie einer großen Studie über Supervision im Krankenhausbereich (*Brühlmann-Jecklin et al. 2005*) zeigen durchweg kein sehr positives Bild. Zu klein sind die als eindeutig positiv attribuierten Wirkungen von Supervision im Urteil ihrer NutzerInnen. Diese Studien sind – auch wenn sie keine „Superperformanz“ von Supervisorinnen, die die herkömmlichen Supervisionsansätze praktizieren, ausweisen – wichtig, denn wie sonst will man Qualität sichern? Sie leisten damit erste Beiträge zu dem sehr komplexen Thema der Wirkungsweisen von Supervision im KlientInnen-System.

4.6 Erwartungen an die Supervision und an die Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen

Die Mehrheit der Befragten (66%) sieht das Idealalter der SupervisorInnen zwischen 35 und 55 Jahren und betrachtet die Feld- und Fachkompetenz (Tab. 17) der SupervisorInnen als 'sehr wichtig' bzw. 'eher wichtig' (70%).

Tabelle 16: Idealalter Supervisor

N = 65

Missings = 15

Idealalter des Supervisors	Häufigkeit in %
bis 35 Jahre	1.3
35-40 Jahre	30.0
45-55 Jahre	36.3
55-65 Jahre	2.5
über 65 Jahre	0.0
unabhängig von Altersfrage	11.3
keine Angabe	18.8

Diese Zahlen müssen nun problematisiert werden. Wie kommt es, dass ausgerechnet MitarbeiterInnen im Feld der Altenarbeit offenbar Altersstereotype (*Filipp, Mayer 1999*) und -vorurteile reproduzieren? Bei längeren Lebensarbeitszeiten sollten ältere Supervisoren nicht nur 2.5 % oder – sind sie über 65 Jahre – 0% Nennungen erhalten. Ältere SupervisorInnen, die näher am Alter der Zielgruppe auf der KlientInnenebene sind, wären vielleicht durchaus interessant, um „intergenerationale Kompetenz“ (*Petzold 2004a*) zu vermitteln.

Tabelle 17: Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens

N = 66

Missings = 14

Wichtigkeit: Gerontologisches Fachwissen	Häufigkeit in %
sehr wichtig	41.3
eher wichtig	27.5
neutral	8.8
eher nicht wichtig	2.5
nicht wichtig	2.5
keine Angabe	17.5

Die SupervisandInnen stimmen der Hypothese, dass SupervisorInnen im Feld der Altenarbeit (Altenheime, Gerontopsychiatrische Einrichtung, Gerontologische Kliniken) Feld- und Fachkompetenz benötigen, weitgehend zu. Die Auswertung der Frage nach den konkreten Erwartungen der SupervisandInnen an die Supervision bestärkt dies, denn ein Großteil der Befragten erwartet eine Verbesserung der eigenen fachlichen Kompetenz und Performanz durch die Supervision. Die Klärung und Lösung von Konflikten stellt den zweiten Schwerpunkt der Erwartungen (Tab. 11) an die SupervisorInnen dar. Insgesamt assoziieren 85 Prozent der Befragten die Supervision mit sozialen und kommunikativen Verbesserungen (Tab. 15), und die konkreten positiven Erfahrungen (Tab. 14) der SupervisandInnen bestätigen dies. Es ist deutlich zu erkennen, dass Supervision vor allem auf der persönlichen und teamdynamischen Ebene wirkt, und zwar mit einer allgemeinen Verbesserung der sozialen und kommunikativen Situation im Team, was keineswegs bedeutet, dass diese Qualität auch in die Arbeit mit KlientInnen oder mit Angehörigen übertragen werden muss. Das wäre zu untersuchen.

4.7 Protektive Faktoren und Risikofaktoren der Supervision für das KlientInnensystem (HeimbewohnerInnen)

Hier fällt zunächst der hohe Anteil derer ins Auge, die die Frage nach möglichen protektiven und möglichen schädigenden Wirkungen der Supervision im Bezug auf die HeimbewohnerInnen bzw. die Betreuten *nicht* aufgriffen. Möglicherweise sank die Motivation der „Ausfüllenden“ bei den letzten Fragen, zumal diese noch in offener Fragestellung gehalten sind. Auch kann vermutet werden, dass die Frage nicht immer verstanden wurde (vereinzelte Antworten weisen darauf hin). Ein Konnex kann aber vielleicht auch zu dem geringer wahrgenommenen Nutzen der Supervision für die BewohnerInnen hergestellt werden. Ein großer Teil (30%) der untersuchten SupervisandInnen schätzte den Nutzen mit 'gering' ein bzw. sieht 'keinen Nutzen', und 21 % der Befragten machten keine Angabe (Abb. 5 und Tab. 10). Jedoch beurteilten 50 Prozent der Personen den Nutzen für das KlientInnensystem mit hoch und mittel, die Hälfte der Befragten glaubt also, dass es durch Supervision positive Wirkungen für die HeimbewohnerInnen geben *könnte*. Wenn Angehörige „helfender Berufe“ Supervision nutzen, geschieht dies vielfach mit der Erwartung, dass es dadurch zu Entlastungen kommt und dass ihre Arbeit mit den BewohnerInnen unterstützt und optimiert werde (Leitner, Petzold et al. 2004). Vielleicht verbirgt sich hinter der Einschätzung, dass Supervision für die KlientInnen Nutzen bringen könnte, auch der Wunsch und das Bedürfnis nach Verbesserungen im KlientInnensystem durch die Supervision (Müller, Petzold 2005, dieselben 2004). Sollte hier vielleicht auch eine weitere Aufgabe der Supervision liegen? Anscheinend ist es vielen SupervisandInnen nicht bewusst, wie und wodurch Supervision im KlientInnensystem wirken kann. Tatsächlich hat die Supervision einen breiten Wirkungsbereich in mehreren Ebenen, wenn es gelingt, ebenenübergreifend wirksam zu werden (Petzold, Oeltze, Ebert 2001), was wohl eine Veränderung der herkömmlichen Supervisionsmethodik bzw. -technik verlangt.

Die Frage, ob Supervision möglicherweise unerwünschte, schädigende Wirkungen auf das KlientInnensystem haben kann, wurde noch weitaus weniger häufig beantwortet. Nur 13,75 Prozent der Befragten machen Aussagen über mögliche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen der Supervision. Als möglicherweise schädigend wird die fehlende Information und der fehlende Einbezug der BewohnerInnen gesehen. Es werden Verletzungen der Schweigepflicht (Weitergabe von PatientInnendaten und Dienstangelegenheiten, vgl. Leitner, Petzold et al. 2004), Interessenskonflikte (für die MitarbeiterInnen gegen die HeimbewohnerInnen) und der fehlende Fokus auf die KlientInnen genannt. Weiterhin wird erwähnt, dass fachliche Fehlentscheidungen und Fehleinschätzungen durch Supervision verstärkt werden können, indem sie durch die Autorität des Supervisors legitimiert werden.

4.8 Protektive Faktoren und Risikofaktoren der Supervision für das SupervisandInnensystem

Ein deutlich größerer Anteil der Befragten machte eine Aussage zu potentiell protektiven und präventiven Wirkungen der Supervision für das SupervisandInnensystem. Auch hier zeigt sich – wie bei den Erwartungen an die Supervision –, dass die schützenden und fördernden Anteile der Supervision für das SupervisandInnensystem vor allem in einer Verbesserung der sozial-kommunikativen Kompetenzen und Performanzen bei den Betreuenden und den Teams der Heime gesehen wird. Es bestätigt sich überdies, dass die Befragten die Fort- und Weiterbildungsfunktion (Schreyögg 1991;

Petzold 1998a) und die Kontrollfunktion (Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001) der Supervision erkennen und anerkennen.

Zu möglichen negativen Auswirkungen der Supervision wurde ebenfalls von mehr als der Hälfte der Befragten eine Aussage gemacht. Es wird hier deutlich, dass viele SupervisandInnen mit Supervision persönliche Verletzungen verbinden (*mobbing by supervision*), was wiederum den Blick auf die allgemein supervisorische Kompetenz und auch die soziale Kompetenz von SupervisorInnen richtet, mit der etwas nicht in Ordnung sein kann, denn wie sonst kommen MitarbeiterInnen in diesem Feld zu einer solchen Einschätzung? Die weiteren Aussagen der Befragten bestärken diese unerfreuliche Vermutung. Die SupervisandInnen sehen gefährliche Nebenwirkungen durch Kompetenz- und Performanzmangel, insbesondere auch durch mangelnde Feldkompetenz, und befürchten Risiken durch soziale Inkompetenz der SupervisorInnen. Bei den SupervisorInnen findet sich, so Äußerungen, eine „Tendenz zur Selbstbestätigung“ der eigenen Konzepte und des eigenen Tuns, die so stark zu sein scheint, dass sie deren kritische Reflexion offenbar nur schwer möglich macht (Leitner, Petzold et al. 2004). Es kann nur an einem mangelnden Risiko- und Schwachstellenbewusstsein der SupervisorInnen liegen, dass SupervisandInnen über „Allmachtsphantasien“ und „narzisstische Charaktere“ ihrer SupervisorInnen berichten. Für die Aussage der „*professional community of supervisors*“, dass nach fachverbandlichen Standards ausgebildete SupervisorInnen eine Garantie für Qualität seien, fehlen bislang solide wissenschaftliche Nachweise (ebenda). Die vorliegende Untersuchung bestätigt das leider für den Bereich der Altenarbeit.

5. Ausblick

Diese Studie kann nur einen Anfang bilden und hoffentlich eine Motivation für weitere Studien im Bereich „Supervision in der Altenarbeit Deutschland“ sein. Sie stellt einen ersten Überblick dar und zeigt deutlich den Bedarf für weitere Studien im Bereich Supervision. Was muss Supervision im Feld der Altenarbeit bzw. überhaupt in spezifischen Feldern leisten? Was müssen SupervisorInnen im Feld der Altenhilfe an gerontologischem Wissen vermitteln können, und von welchen Methoden der Theorienvermittlung profitieren die SupervisandInnen im Altenbereich am besten? Wie kann die Wirkung auf das SupervisandInnensystem verbessert und im KlientInnensystem verstärkt werden? Wie kann und muss der Einbezug der KlientInnen aussehen, und welche Unterstützung brauchen die SupervisorInnen und die SupervisandInnen, um den Nutzen der Supervision für das KlientInnensystem zu optimieren?

Die vorliegende Studie hat neue Fragestellungen entwickelt, jedoch auch Ergebnisse anderer Studien, Untersuchungen und Hypothesen (z.B. Forderung nach Feld- und Fachkompetenz, Weiterbildungs- und Kontrollfunktion der Supervision) bestätigt. Deutlich zeigt sie aber auch ein Handlungspotential im Feld der Altenhilfe. Will sich Supervision als qualitätssichernde und qualitätsfördernde Maßnahme in diesem hochsensiblen Bereich etablieren, so müssen die SupervisorInnen die entsprechende Feld- und Fachkompetenz einbringen und diese durch eigene, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung erhalten und neuen Anforderungen anpassen. Explizit zeigen begleitende Projekte und die vorliegende Studie auf, dass Supervision in der Altenhilfe eine noch sehr geringe Anwendung und Akzeptanz findet. Hier gilt es, weitere Ergebnisse zu gewinnen, um die Hintergründe für diese mangelnde Akzeptanz zu durchleuchten. Es stellt sich aber auch die berechnete Frage, ob die Behauptung, dass die MitarbeiterInnen, die im Feld der Altenarbeit Supervision fordern, nicht eher die Interessen der Supervisionsverbände, Supervisionsschulen und der SupervisorInnen darstellt. Ein Bedürfnis von MitarbeiterInnen in diesem Feld liegt zweifelsohne vor, jedoch ist die Forderung bei weitem nicht so hoch wie von den SupervisorInnen angenommen wird (vgl. die Studie des ÖVS 2003 mit ihren entsprechend präventiven Schlussfolgerungen), denn der häufigste Grund für die Beendigung einer Supervision ist der, dass die MitarbeiterInnen keine Supervision (mehr) wollen – und dies nicht zuletzt aufgrund unbefriedigender Erfahrungen mit Supervision.

Die Komplexität der Supervisionsforschung und die Reichhaltigkeit supervisionsrelevanter Forschungsfragestellungen (Petzold, Schigl et al. 2003) lassen sich heute nur durch länder- und schulenübergreifende Projekte angehen. Und gerade hier liegt die Chance der Supervisionsforschung, weil eine verstärkte *Kommunikation* zwischen Supervisionsschulen und Supervisionsverbänden, ein polylogischer Austausch zu Forschungsfragen und Forschungsnotwendigkeiten, einen wichtigen Effekt (Buer 1998, S. 250) für supervisorische Theorie- und Methodenentwicklung haben und Qua-

litätssicherung durch forschungsgestützte, wirksame Formen von Supervision fördern könnte – zum Wohle der PatientInnen und der MitarbeiterInnen im Felde der Altenarbeit.

Zusammenfassung:

In dieser explorativen Fragebogenuntersuchung (Nutzer von Supervision: N=80 / Nicht-Nutzer: N=87 von Supervision) im Kontext von durch *H. G. Petzold* initiierten Europäischen Multicenterstudien über Supervision im Feld klinischer und sozialer Gerontologie (CH: *Müller, Petzold, Schreiter* 2005; AU: *König, Petzold, Müller* 2005) wurden Ergebnisse zu Erfahrungen mit und Erwartungen an Supervision und an SupervisorInnen im Feld der Altenarbeit in Deutschland gewonnen. Die Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland in der Altenarbeit die Supervision wenig genutzt wird. Der oft vermutete hohe Bedarf an Supervision in diesem Feld stellt nicht unbedingt ein Bedürfnis der dort tätigen MitarbeiterInnen und Fachkräfte dar. Dies zeigen auch die Daten der Nicht-Nutzer, denn die Supervision wird meist durch die MitarbeiterInnen beendet bzw. abgelehnt. Diejenigen Nicht-Nutzer, die Supervision nicht *mehr* nutzen, geben dafür meist Mangel an Zeit oder Geld an. Die Nutzer geben zudem in 20 % an, dass die Erfahrungen mit Supervision neutral bis negativ waren, und nur in 33,8 % beurteilen die Nutzer ihre vorgängigen Erfahrungen als 'positiv' bis 'eher positiv'. Die Erwartungen in Supervision wurden nur zum Teil erfüllt. Durchschnittliche Einschätzung des Nutzens: 34% hoch, 28% mittel, 13 % gering, 6 % kein Nutzen; Der hohe Anteil mittlerer und geringer Bewertungen kontrastiert den Anspruch von Supervisoren als „Experten für Experten“ – auch bei fachverbandlich approbierter Ausbildung. Dem Wunsch der SupervisandInnen nach **feld- und fach-kompetentem, gerontologischem Wissen** auf Seiten ihres Supervisors können nur 27 % der SupervisorInnen hinreichend entsprechen. Negative Erfahrungen mit Supervision und die eingeschätzten Risiken und Nebenwirkungen für SupervisandIn oder PatientIn deuten auf Lücken und Schwachstellen bei den Kompetenzen und Performanzen der SupervisorInnen hin, die angegangen werden müssen. Dem gegenüber stehen aber mehr gute, gewinnbringende Wirkungserfahrungen, die das Potential von 'qualifizierter Supervision' und 'guten SupervisorInnen' aufzeigen.

Summary

This “exploratory field survey” in the context of European Multicenter Studies on supervision in the field of clinical and social gerontology (CH: *Müller, Petzold, Schreiter* 2005; Au: *König, Petzold, Müller* 2005) has questioned 80 users and 87 non-users of supervision in gerontologic institutions and services. The results are showing: Supervision is not very much used in this field in Germany. The average judgement showed supervision to be for the users with 34% of high, 28 % of medium, 13% of low and 6% of no benefit. Mostly supervision has been ended by the supervisees, which considered with 20% their experience with supervision from being insignificant to negative. Only 33,8% classified their experience as positive or rather positive. The demand of the supervisees in this domain for **field-competence** and **task-competence**, i. e. expertise in gerontology has been met by only 27% of the supervisors. Negative experiences and apprehensions point to weaknesses in competence and performance of supervisors in that field notwithstanding their approved professional training. On the other hand there are also a lot of good and beneficial experiences that underlines the potential of ‘qualified supervision’ and ‘well trained supervisors’.

Keywords: Clinical supervision, field research, geriatric clinics and services, effectivity of supervision

Anhang: Zusammenfassung der Multicenterstudien für die Schweiz und Österreich

Die Studien wurden mit dem gleichen Matrixfragebogen in den drei Ländern D, CH, AU durchgeführt, so dass die Ergebnisse vergleichbar sind. Nur in der österreichischen Studie wurde kein Fragebogen für Nicht-Nutzer von Supervision versandt. Die Zusammenfassungen wurden hier auch im gleichen Rahmen erstellt, damit ein Vergleich unmittelbar ersichtlich werden kann. Es ist beeindruckend und spiegelt die Gesamtsituation im Feld der Altenarbeit wieder, dass in der Tendenz alle drei Studien in den wichtigen Eckpunkte übereinstimmen. Auch die *ÖVS-Studie* (2003), die mit einem weitaus größeren n = 960 und offenbar institutionell weiter ausgreifend ähnliche Fragen gestellt hat, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: Von Teilnehmern mit Supervisionserfahrung halten 5% sie für 'unverzichtbar', für weitere 37,5% ist sie 'sehr wichtig', für 44% 'teils hilfreich, teils verlorene Kilometer', und 13,44% haben 'eher schlechte Erfahrungen' gemacht. Mehr als die Hälfte der Befragten lassen also ein zwiespältiges oder negatives Ergebnis erkennen.

Die nachstehend zusammengefassten Studien werden 2005 erscheinen bei: www.fpi-publikationen.de/supervision - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005.

Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter Gasser, U. (2005): Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz, *Integrative Therapie* 1-2, 181-214.

Zusammenfassung:

In dieser explorativen Fragebogenuntersuchung (Supervisionsnutzer n = 155 / Nicht-Nutzer n = 244) wurden Daten zu Erfahrungen mit und Erwartungen an Supervision und an SupervisorInnen im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit gewonnen. Die Ergebnisse geben Grund zur Annahme, dass der oft vermutete hohe Bedarf an Supervision in diesem Feld nicht unbedingt einem Bedürfnis der dort tätigen MitarbeiterInnen und Fachkräfte entspricht. Dem gegenüber stehen aber auch Nicht-Nutzer, denen die Supervision - meist aus Kostengründen - nicht zur Verfügung steht, obwohl sie es gerne hätten. Die Nutzer sehen ihre Erwartungen in Supervision nur zum Teil erfüllt.

Professioneller Nutzen: 41.9 hoch, 36.1 mittel, 14.2 gering, 3.9 kein Nutzen. *Patientenbezogener Nutzen:* 31.6 hoch, 36.1 mittel, 16.8 gering, 5.8 kein Nutzen. *Vorerfahrungen mit Supervision* wurden positiv beurteilt (bei 26.4%), eher positiv (bei 31.4%), neutral (bei 25.6%), eher negativ (bei 12.4%) bzw. negativ (bei 4.1%).

Der hohe Anteil mittlerer und geringer Bewertungen kontrastiert den Anspruch von Supervisoren als „Experten für Experten“. Dem Wunsch der SupervisandInnen nach **feldkompetentem, gerontologischem Fachwissen** auf Seiten ihres Supervisors können nur 37.4% von jenen hinreichend entsprechen. Negative Erfahrungen mit Supervision und die eingeschätzten Risiken und Nebenwirkungen für SupervisandIn oder PatientIn deuten auf Lücken und Schwachstellen bei den Kompetenzen und Performanzen der SupervisorInnen hin, die angegangen werden müssen. Dem gegenüber stehen aber auch gute, gewinnbringende Wirkungserfahrungen, die das Potential von 'guter Supervision' und 'guten SupervisorInnen' aufzeigen.

König, M., Petzold, H. G., Müller, L. (2005): Supervision im Feld der Altenhilfe in Österreich – eine explorative Multicenterstudie, pp. 28.

Zusammenfassung:

In dieser explorativen Fragebogenuntersuchung (Supervisionsnutzer n = 119) wurden Daten zu Erfahrungen mit und Erwartungen an Supervision und an SupervisorInnen im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit in Österreich gewonnen. Die Nutzer sehen ihre Erwartungen in Supervision nur zum Teil erfüllt.

Der *professionelle Nutzen* wurde von 33.6% *hoch eingeschätzt*, von 42.9% *mittel*, von 14.3% *gering*, und 2.5% *sehen gar keinen Nutzen*. Den patientenbezogenen Nutzen gaben 33.6% als hoch an, 37.8% mittel, 9.2% als gering, 9.2% sahen keinen patientenbezogenen Nutzen. Vorerfahrungen mit

Supervision wurden bei 31.1% positiv beurteilt, bei 15.1% eher positiv, neutral bei 16%, eher negativ bei 8.4% bzw. negativ bei 6.7% der Nutzer.

Der hohe Anteil mittlerer und geringer Bewertungen kontrastiert den Anspruch von Supervisoren als „Experten für Experten“. Dem Wunsch einer Mehrheit der SupervisandInnen (58%) nach **Feldkompetenz und gerontologischem Fachwissen** auf Seiten ihres Supervisors können nur 28% von jenen hinreichend entsprechen. Negative Erfahrungen mit Supervision (bei immerhin 15.1% der Antwortenden) und die eingeschätzten Risiken und Nebenwirkungen für SupervisandIn oder PatientIn deuten auf Lücken und Schwachstellen bei den Kompetenzen und Performanzen der SupervisorInnen hin, die angegangen werden müssen. Dem gegenüber stehen aber auch gute, gewinnbringende Wirkungserfahrungen (bei 46.2% der Nutzer), die das Potential von 'guter Supervision' und 'guten SupervisorInnen' aufzeigen.

Literaturverzeichnis:

- Altenheim*, (2004): Zeitschrift für das Altenhilfemanagement, 8.2004, 43. Jahrgang, Hannover: Vinzentz Verlag
- Beine, K.-H.*, (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus
- Belardi, N.*, (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann
- BGBI.*, (2000): Öffentliches Recht 2000/2001, 9. Auflage, Baden Baden: Nomos
- Breitscheidel, M.* (2005): Abgezockt und Totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Econ.
- Brühlmann-Jecklin et al.* (2005): Supervision bei Pflegefachleuten. Eine Studie zur Situation in der Schweiz. Master of Science These. Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems.
- Buer F. (Hrsg.), Berker P.*, (1998): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder-Designs-Ergebnisse, Münster: Votum Verlag
- Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (EFH Bochum)*, (2005): Täter in Weiß - Gewalt und Tötungen in Krankenhäusern und Heimen. Hintergründe, Zusammenhänge und Klassifikation von Gewalt- und Tötungsdelikten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer und psychologischer Aspekte. Schriftliche Ausarbeitung für die integrierte Fachprüfung in den Prüfungsfächern „Psychologie“ und „Sozialmedizin“ im Fachbereich I Sozialarbeit, in: www.fledisoft.de/html, 2005
- Fatzer G.*, (1990): Supervision und Beratung - Ein Handbuch-, Köln: Verlag Edition Humanistische Psychologie
- Filipp, S.-H., Mayer, A.-K.* (1999): Bilder des Alterns, Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart: Kohlhammer
- Foucault, M.*, (1973): Die Geburt der Klinik, Hanser, München
- Frank, R.*, (1999): Die Relevanz der Supervisionsforschung für die Praxis der Psychotherapie. In: *Petzold, Märtens* (Hrsg.) (1999a)
- Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold H. G.*, (2003): Supervision in der Psychiatrie – Wirkungen und Probleme, in: *Petzold, Schigl et al.* (2003)
- Herschbach, P.*, (1991b): Stress im Krankenhaus. Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen, *Psychoth. Psychosom. med Psychol.* 41, 176-186
- Hirsch, R.D.* (2002): Supervision, Teambesprechung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hotz, A.* (2004): Nachts scheint der Mond auch nicht immer. Analyse der Nachtarbeit im Alters- und Pflegeheim. Zürich: SBK-Bildungszentrum. Management Langzeitpflege
- Johnson, T.*, (1986): Critical issues in the definition of elder mistreatment, in: *Pillemer, K. A. et al.*, Elder abuse, Conflict in the family, Auburn House, Dover
- KDA, Kuratorium Deutsche Altenhilfe*, (2003): Kleine Datensammlung Altenhilfe, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Kempker, K., Lehmann, P.*, (1993): Statt Psychiatrie, Berlin: Lehmann, Antipsychiatrieverlag
- Knaus, K.-J.* (2005): Zur Situation der Altenheime in Deutschland. *Integrative Therapie* 1-2, 7-27.
- Knaus, K. J.* (2005a): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland - eine explorative Multicenterstudie. Master of Science-These, Zentrum für psychosoziale Medizin. Donau-Universität Krems.
- Koch-Straube, U.* (1999): Ich weiß nicht, was soll das bedeuten? Supervision im Altenpflegeheim. In: *OSC* 6/3, Leverkusen: Leske + Budrich
- König, M, Petzold H. G., Müller L.*, (2005) Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung (in Vorber.)

- Kremer-Preiß U., Narten, R., (2004): Wohnen und Leben im Alter, Fallsbeispiele und Adresslisten, Gütersloh und Köln: Bertelsmann und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.)
- Lehmann, P., (1996): Wie Psychopharmaka den Körper verändern, in: *Schöne neue Psychiatrie*, Band 2, S. 11ff und 466ff, Berlin: Lehmann, Antipsychiatrieverlag
- Leitner A., Petzold H. G., Orth S., Sieper J., Telsemeyer P., (2004): Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis, in: www.fpi-publikationen.de/supervision
- Maisch, H., (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205
- Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter Gasser, U., (2005): Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit – eine explorative Multicenterstudie – in der Deutschschweiz, in: *Integrative Therapie* 1-2, 181-214.
- ÖVS-Studie (2003): Supervision für MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung. Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS), *Arbeitsgruppe Altenbetreuung*, Regionalgruppe für Oberösterreich.
- Perls, F. S., (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Hrsg. H. Petzold, Paderborn: Junfermann
- Petzold Ch., (1996): Chancen und Grenzen der Supervision als Praxis- und Organisationsberatung in Einrichtungen der Altenarbeit, *Zeitschrift für Supervision* 1, 41-47, München: Votum Verlag
- Petzold, H. G., (1977e): Integrative Geragogik - Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Brown*, 214-246; repr. (1985a) 31-68
- Petzold, H. G., (1985c): Gestalttherapeutische Perspektiven zu einer "engagierten Thanatotherapie", erw. repr. von 1982n, in: (1985a) 538-552
- Petzold, H. G., (1985d): Die Verletzung der Alterswürde – Zu den Hintergründen der Misshandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, in: *Petzold* (1985a) 553—572; repr. idem 2005a
- Petzold, H.G. (1985u): Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden als persönliche Erfahrung. Ein Interview. *Jahrbuch der Zeitschr. f. Humanistische Psychologie*, DGHP, Eschweiler Jg. 8 (1985) 35-50.
- Petzold, H.G., (1990g). Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen, Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg.
- Petzold G. H., (1991): Bedrohte Lebenswelten, Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen
- Petzold, H. G., (1991j): Bedrohte Lebenswelten, in: *Petzold, Petzold* (1991) 248-293, erw. von (1989b)
- Petzold, H. G., (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97 – 174
- Petzold G. H., (1998/1998a): Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung, Paderborn: Junfermann, 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold, H. G., (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne, *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46
- Petzold, H. G., (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001
- Petzold, H. G., (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Petzold, H. G. (2004p): Die "Grundregel" im Integrativen Ansatz der Arbeit und Zusammenarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold* (2004a) 361-366.
- Petzold, H.G., (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2. Stuttgart/Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Petzold, H. G., (2005c u. 1980e): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptionelle dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihre Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen. In: www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 01/2005
- Petzold, H. G., Ebert, W., Sieper, J., (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“—transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Überarbeitete Fassung 2001
- Petzold, H. G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal – Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. *Integrative Therapie* 1-2, 28-117.
- Petzold, H. G., Müller, M. (2005): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: *Petzold, H. G.*, Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (in Vorber.)
- Petzold, H. G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. G., Oeltze, H.-J., Ebert, W., (2001):* Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGSv – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit
- Petzold, H. G., Oeltze, H.-J., Ebert, W., (2002):* 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, FPI- Publikationen, in: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm: SUPERVISION. Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet- Zeitschrift – 04/2002
- Petzold G. H., Schigl B., Fischer M., Höfner C., (2003):* Supervision auf dem Prüfstand, Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation, Verlag Leske+Budrich
- Petzold, H. G., Zander, B. (1985):* Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: *Petzold (1985a)* 159-201; repr. in: *Petzold (2004a)*
- Petzold, H. G., Zander, B., (2004):* Stadtteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: *Petzold H. G. 2004*, S. 321-360, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Pro Alter (1997):* Fachmagazin des Deutschen Kuratoriums Altershilfe, Ausgabe Nr. 4/ 1997, Köln
- Pröll, U., Streich, W., (1984):* Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Nr. 386
- Rosenmayr, L., (1996):* Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Vandenhoeck & Ruprecht
- Schay, P., Petzold, H. G., Dreger, G., Siegele, F., (2005):* Die Wirksamkeit von Supervision für die Klienten. Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Klientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
- Schenda, R., (1972):* Das Elend der Alten Leute, Patmos, Düsseldorf
- Schigl, B.; Petzold, H. G. (1997):* Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich – ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie*, 1-2, S. 85-145
- Schirrmacher, F., (2004):* Das Methusalem-Komplott. München: Blessing
- Schmidbauer W., (2000):* Das Ringen mit dem Alter—Der Supervisor und das Pflegeheim, erschienen in Forum Supervision, *Zeitschrift für Supervision und Organisation*, Heft 15, März 2000, Fachhochschulverlag 60318 Frankfurt
- Schreiter Gasser U., Steiner, M. (1999):* Gerontopsychiatrie als Spezialgebiet. *Geriatric Praxis* 3, 31-36.
- Schreyögg, A., (1991):* Supervision. Ein Integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie & Praxis. Paderborn: Junfermann
- Schulz, W., (2004):* Gewalt in Heimen, in: www.alzheimerforum.de
- SGB XI, (2003):* Soziale Pflegeversicherung, Sozialgesetzbuch I Allgemeiner Teil, IV Gemeinsame Vorschriften, XI Soziale Pflegeversicherung, Pflegeversicherungsg., 5. Auflage, Verlag: C.H.Beck
- Unruh, T., (1993):* Alte gegen Psychiatrie: „Vormund und Pillen oder eigener Willen“, in: *Kempker, K., Lehmann, P., (Hrsg.) (1993)* Berlin: Antipsychiatrieverlag S. 68- 77
- Varevics, P., Petzold, H. G. (2005):* Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn – Hilfen für therapeutische, beraterische und supervisorische Suchbewegungen in der Lebensspanne, *Integrative Therapie* 1-2, 129-161.
- Weigand, W., (1999):* Qualität statt Quantität – Die DGSv im 10. Jahr ihres Bestehens. *DGSv aktuell*, 2/99, S. 4-5
- www.caritas-eichstaett.de