

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

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

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

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

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

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

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. (emer.) **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen. Supervision ISSN 2511-2740.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 08/2019

Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit

Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz (2003)

*Lotti Müller*¹, Zürich; *Hilarion G. Petzold*², Düsseldorf/Amsterdam;
*Ursula Schreiter-Gasser*³, Zürich *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>.

¹ Neueinstellung von 2003. Zugehörigkeiten vom Jahr 2003: Lic. phil. Lotti Müller, MSc klinische und Gerontopsychologin. Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach (Leitung PD Dr. med. U. Schreiter Gasser, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; Zentrum für Psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems; Stiftung Euro-päische Akademie für Integrative Therapie (SEAG), St. Gallen.

² Zentrum für Psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Donau-Universität Krems; Freie Universität Amsterdam, Centrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences; Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG).

³ PD Dr. med. Ursula Schreiter Gasser, Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

1. Einleitung

Vor dreißig Jahren war Supervision in vielen klinischen und psychosozialen Feldern noch eine Seltenheit. Ihr wurde oft genug mit Misstrauen und Befremden begegnet. Heute indes ist sie in vielen Einrichtungen in psychosozialen Arbeitsfeldern zu einer Selbstverständlichkeit geworden (Petzold 2003, 2005j): Disziplinhomogene und interdisziplinäre Teams sowie Einzelpersonen ziehen – meist externe, also nicht in der gleichen Institution arbeitende – SupervisorInnen bei, um ihre Arbeit auf fachlicher Ebene und mit Blick auf kommunikative und kooperative Effektivität zu reflektieren und um die Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966) ihrer Dienstleistungen zu optimieren (Petzold 1998a; Schreyögg 2004) sowie die Vorgaben der Strukturqualität zu reflektieren, damit ggf. Strukturverbesserungen in Angriff genommen werden können. Dabei werden selten im Vorfeld Kriterien diskutiert, die eine „gute Supervision“ ausmachen (Möller 2003), oder die Ziele festgelegt, welche mit ihrer Hilfe erreicht werden sollen. Das bloße Faktum, dass Supervision in einer Einrichtung angeboten wird, wird meist schon als *Qualitätsmerkmal* interpretiert (z.B. in Stellenausschreibungen), ungeachtet der Qualität der angebotenen Supervision – und die kann erheblich differieren (Schay/Petzold et al. 2005). Zwar werden – allein schon aus vertragstechnischen Gründen – von Seiten der Auftraggeber (Institutionen, Verwaltungen) zuweilen Kriterien festgelegt, die ein Supervisor/eine Supervisorin erfüllen muss, um einen Auftrag zu erhalten. Diese Kriterien beziehen sich dann aber meist auf Ausbildungs- und/oder Erfahrungshintergrund des Bewerbers für einen Supervisionsauftrag. Oft genug wird auch heute noch nicht nach einer spezifischen Qualifikation als SupervisorIn, wie sie etwa durch eine Supervisionsausbildung vermittelt wird, gefragt. Das ist, gemessen an den erheblichen Kosten, die durch Supervision verursacht werden (Leitner et al. 2004), eigentlich verwunderlich, besonders in Zeiten erhöhter Spärzwänge.

1.1 Supervision in der Altenarbeit – Kontext und Hintergründe der Studie

Was hier für den psychosozialen Bereich im Allgemeinen gesagt wird, trifft in noch höherem Maße für den speziellen Bereich der Altenarbeit zu, da sich hier das Bestreben nach Qualitätssicherung und Professionalisierung mit einer leider nicht unüblichen und nicht

zufälligen Verzögerung entwickelt. Die gesellschaftlichen Investitionen in diesen Sektor waren schon immer gering. Die gravierenden demographischen Veränderungen (*Schirrmacher* 2004) durch den rasant gestiegenen Anteil alter Mitbürger in der Bevölkerung „*gerontotropher Gesellschaften*“ und die weitgehend mangelhafte oder fehlende „*intergenerationale Kompetenz*“ (*Petzold/Müller* 2004b) haben für alte Menschen insgesamt und spezifisch für ihre Situation in institutionellen Kontexten der Betreuung und Pflege das Risiko „bedrohter Lebenswelten“ und „prekärer Lebenslagen“ (*Petzold* 1991j, 2000h; *Petzold, Müller et al.* dieser Band) erhöht. Der durch diese Situation entstandene Druck in der Öffentlichkeit sowie die regelhaft aufkommenden Skandale und Missstände (*Beine* 1998; *Maisch* 1996; *Müller/Petzold* 2002; *Petzold* 1985d/2005a) haben allmählich größere Bemühungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung auf den Weg gebracht (*Hirsch* 2002). Der „Jahrhundertskandal“, der mit der über Jahre unentdeckt laufenden Tötungsserie von PatientInnen im Wiener Pflegeheim Lainz durch einige Hilfsschwestern 1989, als er schließlich aufgedeckt wurde, europaweit Wellen schlug, hat auch die Fragen nach Prävention solcher schlimmen Ereignisse aufgeworfen. PatientInnenmisshandlungen oder gar -tötungen (*Petzold* 1985c/2005a) finden sich bedrückenderweise nur in diesen Bereichen der Gerontopsychiatrie, der geriatrischen Pflege und gelegentlich in der Intensivmedizin (*Beine* 1998). Dort kommt es immer wieder zu „riskanter und gefährlicher Pflege“, die den Bemühungen um eine personenzentrierte, humane PatientInnenbetreuung und Pflege diametral entgegensteht (*Petzold/Petzold* 1993; *Petzold* 2005a). Ein *Dunkelfeld* besteht bei der häuslichen Pflege, ein Bereich, für den es bislang kaum Kontrollmöglichkeiten gibt und wo in die „riskante Pflege“ auch die kommunikative Vernachlässigung einbezogen werden muss (in der Institution gibt es immerhin ein Mindestmaß von Ansprache), denn „Einsamkeit macht krank“ (*Stöckler* 1989a), und eine erlebnisaktivierende, kommunikationsorientierte Pflege und Betreuung (*Petzold* 1988f) ist mehr als ein Qualitätsmerkmal, sie ist eine unabdingbare Notwendigkeit. Durch extreme Entgleisungen wie Tötungsdelikte entsteht eine Herausforderung für alle Verantwortlichen und jede Mitarbeiterin, jeden Mitarbeiter, wie solchen Problemen begegnet werden kann. Weiterbildung und auch Supervision werden in diesen Zusammenhängen als Mittel der Wahl genannt (vgl. im Kontext von Lainz *Rosenmayr* 1989; *Petzold* 1994a). Und da die Arbeit in gerontologischen Einrichtungen schon immer auch belastende Seiten hatte und besondere fachliche Kompetenzen erforderte, hat der Seniorautor schon 1977 „Supervision im Bereich der Altenarbeit“ gefordert und eingeführt, als ein Lernen durch professionelle Selbsterfahrung „am Stoff“ konkreter Patientensituationen:

„Um eine sinnvolle und effektive Altenarbeit zu gewährleisten, ist nicht nur ein institutioneller Rahmen erforderlich, sondern es müssen auch Mitarbeiter vorhanden sein, die über eine besondere Kompetenz und Performanz verfügen, mit alten Menschen agogisch, soziotherapeutisch und psychotherapeutisch umzugehen. Das Mitarbeiterproblem ist für die derzeitige [1977!] ohnehin nicht rosige Situation der Altenarbeit das schwerwiegendste“ (*Petzold* 1977e, 237). „In jeder psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen bzw. geragogischen Arbeit ist Supervision ein unbedingtes Erfordernis. In der Arbeit mit alten Menschen wird eine regelmäßige *Kontrolle* und *Begleitung* besonders notwendig, weil die Mitarbeiter erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt sind und weil durch eine ständige Reflexion der Praxis erst konsistente Konzeptionen für psychotherapeutische, soziotherapeutische und geragogische Altenarbeit erarbeitet werden müssen“ (ibid. 239) und zwar, wie der Seniorautor damals ausführte, in der „Bearbeitung von

- Problemen der Mitarbeiter;
- Problemen von Klienten;
- Problemen der Beziehung;
- des Mitarbeiterteams;
- Problemen der Institution“ (ibid. 239ff).

Aus dieser komplexen, *mehrperspektivischen* Sicht wurde dann eine differenzierte Definition von Supervision erarbeitet und praxeologisch konkretisiert (Petzold et al. 1999/2001), die jetzt – nach bald dreißig Jahren – noch höchst aktuell, ja in ihrer Umsetzung von vielen Supervisionsansätzen noch nicht erreicht ist (Petzold/Schigl et al. 2003): „Supervision ist ein interaktionaler Prozess, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen (z.B. Personen und Institutionen) bewusst, transparent und damit veränderbar gemacht werden, mit dem Ziel, die persönliche, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervidierten Personen durch die Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervidierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der ‚relevanten Umwelt‘ entsprechend verändert werden.

Supervision erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Struktur, ihrer Ganzheit, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben, wobei der Supervisor auf Grund seiner fachlichen Kompetenz als Feedback-Instanz, Katalysator, Berater in persönlicher Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen“ (Petzold 1977e, 242).

Supervision ist also eine differenzielle Sozialintervention. Sie kann Prozessoptimierungen erreichen, Strukturverbesserungen allerdings, die die Grundlage für eine gute *Strukturqualität* und damit auch für sichere Pflegebedingungen bilden, nicht ersetzen. Zu diesen wurde und wird bislang wenig geforscht. Offenbar bestand und besteht kein sehr großes öffentliches Interesse, in diese Bereiche zu investieren, was einerseits ein Verändern überkommener Modelle erfordern würde, etwa neue Wohn- und Lebensformen (Petzold 2005c) – und da tut man sich schwer – und was auch immer Investitionen – oft kostenaufwändige – in die Infrastruktur der Einrichtungen der Altenarbeit nach sich ziehen müsste, etwa bei Großheimen mit überalterten Strukturen: Denn „das strukturelle Erbe von Großeinrichtungen, deren Herkommen und Dynamik *Michel Foucault* 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 1991j, 249).

Aber auch die angesprochenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen, die Erziehungswissenschaften mit den Bereichen Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und den Spezialisierungen professioneller Weiter-/Fortbildung oder Supervision hatten bis in neuere Zeit wenig Interesse an Fragen des Alters und der professionellen Aktivitäten in Feldern der Altenarbeit. So wundert es nicht, dass über Supervision in der Altenarbeit denn auch kaum Literatur besteht (Petzold/Schigl et al. 2003, 136). Das beginnt sich erst in neuerer Zeit aufgrund der öffentlichen Diskussionen zu den überall spürbaren Veränderungen der gesellschaftlichen Realität durch die gravierende „Überalterung“ (Schürmacher 2004) zu wandeln. Erste Veröffentlichungen befassen sich mit den Themen „Altenarbeit und Supervision“ (Hirsch 2002; Koch-Straube 1999; H.G. Petzold 1994a; Ch. Petzold 1996; Schmidbauer 2000). Dabei fällt auf, dass SupervisorInnen meistens einen deutlichen Mangel an gerontologischen Perspektiven erkennen lassen (Koch-Straube 1999; Schmidbauer 2000), der medizinische Gerontologe (Hirsch 2002) wiederum über eine eher oberflächliche Kenntnis des supervisorischen Bereichs verfügt. Damit kommt auch unmittelbar die Frage auf, wie viel „**Feldkompetenz**“, wie viel gerontologische/sozialgerontologische, gerontopsychologische „**Fachkompetenz**“ notwendig ist – und natürlich auch, wie viel **allgemeinsupervisorische Performanz** (und aufgrund der bedeutenden organisationalen und institutionalen Kontexteinflüsse reicht der Balint-Ansatz hier nicht aus) –, um in diesen Bereichen kompetent und qualitätssichernd bzw. qualitätsentwickelnd mit dem Interventionsinstrument „Supervision“ zu arbeiten.

Unmittelbar nach den Ereignissen in Lainz wurden von engagierten Schwestern, Pflegern, Altenhelferinnen und von der Wiener Gruppe der „Aktiven Senioren“ politische Ak-

tivitäten unternommen, die Fragen der Weiterbildung und auch der Supervision für den Altenbereich voranzubringen (Petzold 2005a). Dazu wurde von Seiten der „Pro Senectute Österreich“ eine Expertenbefragung vorgenommen. 12 langjährig erfahrene Lehrkrankenschwestern und Pfleger sowie Heimleiter und MitarbeiterInnen im Heimbereich wurden über den Bedarf an Weiterbildung und über die Qualifikationserfordernisse von SupervisorInnen für die Bereiche Krankenhaus, Altenheime und ambulante Dienste befragt (Stöckler 1989). Dabei wurde klar die Notwendigkeit, ja Unabdingbarkeit einer soliden *Feld- und Fachkompetenz* von allen interviewten Experten gefordert. Auch in den Erhebungen und Konzeptentwicklungen für den ersten österreichischen Landesaltenplan (erarbeitet für die Landesregierung in Niederösterreich) wurde die Wichtigkeit sozialgerontologischen Wissens für die Weiterbildung herausgearbeitet (Amann et al. 1991, 1994; Stöckler 1996). Die Folge war, dass eine Supervisorenausbildung spezifisch für die Bereiche Krankenhaus und Altenheim konzipiert wurde, die zugleich sowohl *allgemeinsupervisorische* Kompetenzen und Performanzen vermitteln sollte als auch *feld- und fachspezifische* (Petzold / Stöckler 1992). Diese Ausbildung wurde durchgeführt und mit einem komplexen Design im Auftrag des österreichischen Wissenschaftsministeriums unter Verwendung quantitativer und qualitativer Parameter, Prä-Post-Ratings von Videoaufzeichnungen von Beratungssituationen, die vor und nach der Ausbildung durchgeführt wurden, sowie der Untersuchung einer Kontrollgruppe von psychosozialen Fachkräften ohne Supervisionsausbildung. Die Studie zeigt deutlich die besseren Ergebnisse der experimentellen Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe, die Videoratings zeigen eine Steigerung der interventiven Performanz. Die AbsolventInnen verfügten über allgemeinsupervisorisches Wissen und darüber hinausgehende, feldspezifische Wissensstände (Schigl/Petzold 1996; Petzold/Schigl 1997). Mit diesem Curriculum wurden in der Folge für die Niederösterreichische Landesregierung in einer Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie (NÖLAK) zwei Ausbildungskohorten von Supervisoren für den Krankenhaus- und Heimbereich ausgebildet. Die ExpertInnenbefragung und die im Kontext dieser spezifischen Ausbildung für „Supervision mit einem Vertiefungsschwerpunkt Krankenhaus und Altenheim“ (Petzold/Stöckler 1992) aufgekommene Fragen zu diesen Feldern gaben für den Seniorautor Anlass, vertiefende Übersichten zu diesen Bereichen zu suchen, nicht zuletzt auch, weil aus den supervisorischen Fachverbänden immer wieder die Position vertreten wird, eine *allgemeinsupervisorische* Kompetenz sei hinreichend, um in spezifischen Feldern erfolgreich supervisorisch tätig zu sein. „*Feld- und Fachkompetenz*“ – beides ist zu differenzieren und umfasst hier *Feldwissen* im „Feld“ der Altenarbeit und *Fachwissen* in Gerontologie und Pflegewissenschaft“ – scheint offenbar eine nachrangige Bedeutung zu haben (aus der Sicht eines professionellen „*marketings*“ durchaus nachvollziehbar). Das indes sollte nicht einfach behauptet, sondern empirisch untersucht werden im Kontext breit greifender Explorationen zum Thema „Supervision in sozialgerontologischen und gerontotherapeutischen Settings“.

Die vorliegende Studie wurde also aus vielfältigen Gründen unternommen: Die Situation zum Einsatz, zur Akzeptanz und zur Wirkung von Supervision im Feld der Altenarbeit sollte untersucht werden, Informationen über potenziellen Nutzen und über Risiken sollten gewonnen, Fragen zur Feldkompetenz von Supervisoren und zu spezifischen Supervisionsbedarfen eruiert werden – hier in der Deutschschweiz als Teiluntersuchung einer übergreifenden Multi-Center-Studie in mehreren europäischen Ländern (Deutschland, Norwegen, Österreich, Schweiz).

1.2 Der Forschungskontext

Diese Studie findet im Rahmen einer Reihe von Multi-Center-Studien im europäischen Raum statt, die unter der Leitung des Seniorautors in einer Kooperation der Studiengänge für Supervision an der Freien Universität Amsterdam (Faculty of Human Movement Scien-

ces, Center for IBT), der Donau-Universität Krems (Zentrum für Psychosoziale Medizin), der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (Studienprogramm Düsseldorf/Hückeswagen und Oslo) durchgeführt wird und bislang die Bereiche „Supervision in der Psychiatrie“ (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Kolar et al. 2005 *in process*; Siegele et al. *in process*), „Sozialgerontologie“ (König et al. *in process*; Knaus et al. *in process*), „Suchttherapie“ (Schay/Petzold et al. 2005), „Krankenhaus und Pflege“ (Brühmann-Jecklin, Petzold *in process*) in Angriff genommen hat. Ziel ist es, die Kontexte von Supervision feld- und zielgruppenspezifisch in den verschiedenen europäischen Ländern zu explorieren, um darauf aufbauend weitere Forschungsarbeiten zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision im Hell- und Dunkelfeld (Leitner/Petzold et al. 2004) sowie durch kontrollierte Studien zur Effektivität – etwa in der Burn-out-Prophylaxe (Thomas 1997) oder zur Wirkung auf das Klientensystem (Oeltze, Ebert, Petzold 2002; Petzold 2003o) durchzuführen. Im Bereich der Supervision herrscht insgesamt ein immenser Forschungsbedarf (Leitner 2005), weil es trotz ihrer inzwischen sehr großen Verbreitung im psychosozialen Bereich um den Forschungsstand bzw. den Nachweis ihrer Wirkung – besonders das Klientensystem betreffend – noch sehr schlecht bestellt ist (Auckenthaler 1998; Berker/Buer 1998; Frank 1999; Holloway 1995; Möller 2001; Möller/Märtens 1998; Märtens/Möller 1999; Petzold/Schigl et al. 2003; Petzold, Oeltze, Ebert 2002). Die von den großen Supervisions-Verbänden aus berufs- und marktpolitischen Gründen vorgetragene Qualitätsbehauptungen (Weigand 1999, 2001; Fortmeier 2001) sind deshalb bislang noch ohne ausreichende empirische Absicherung und müssen bis zum Erbringen solider Qualitätsnachweise zurückhaltend bewertet werden, besonders da verschiedene Studien durchaus Zweifel an einer allgemeinen Wirksamkeit von Supervision bzw. an der Wirksamkeit *jedweder Form* von Supervision aufkommen lassen. So finden sich bislang keine durch empirische Studien belegten Wirkungen in Hinblick auf das Klienten/Patientensystem. Es ist fraglich, ob PatientInnen von der Supervision, die ihre TherapeutInnen, BetreuerInnen oder Pflegenden erhalten, tatsächlich profitieren (Frank 1999; Petzold/Schigl et al. 2003, 222ff); so gibt es Studien, die mangelhafte oder fehlende Wirksamkeit nachweisen (Schay/Petzold et al. 2005) oder die zeigen, dass die Leistungen von SupervisorInnen zu einem überwiegenden Teil nur eine mittelmäßige Qualität haben. In der Untersuchung von Gottfried, Petitjean, Petzold (2003; N=326) schätzen 29% der Befragten den Nutzen von Supervision als ‚hoch‘ ein, 47% als ‚mittel‘ und 18% als ‚gering‘. 6% sehen gar ‚keinen Nutzen‘. In einer Untersuchung der „Arbeitsgruppe Altenbetreuung“ des ÖVS (Österreichischer Verband für Supervision; ÖVS-Studie 2003) sagen von 960 Personen mit Supervisionserfahrung 5% aus, Supervision sei für sie ‚unverzichtbar‘, für weitere 37,5% ist sie ‚sehr wichtig‘, für 44% ‚teils hilfreich, teils verlorene Kilometer‘, und 13% haben ‚eher schlechte Erfahrungen‘ damit gemacht, also mehr als die Hälfte der Befragten lassen ein zwiespältiges oder negatives Ergebnis erkennen. Auch in der vorliegenden Untersuchung – und hier liegt offenbar eine Konvergenz vor – haben nur ca. 40% die Wirkung von Supervision als hoch eingeschätzt. Die übrigen Bewertungen lagen im Bereich mittelmäßig bis gering (siehe Kap. 6.4). Daraus muss gefolgert werden, dass Supervision keineswegs immer eine sehr hohe Wirkung hat und dass wahrscheinlich nur bestimmte Formen/Methoden von Supervision eine besonders hohe Wirkung zeigen. Nicht zu vernachlässigen ist dabei die spezifische Performanz besonders qualifizierter SupervisorInnen und eine spezifische „Feld- und Fachkompetenz“, die sowohl nach der ExpertInnenbefragung als auch nach dem Urteil der Nutzer von Supervision im gerontologischen Bereich unverzichtbar zu sein scheint.

2. Fragestellungen

Um verlässliche Aussagen zur Wirkung und zum Einsatz von Supervision im Feld der Altenarbeit machen zu können, soll die Einschätzung von in diesem Feld Tätigen herangezogen, ihre Erwartungen und ihre gemachten Erfahrungen evaluiert werden. Folgende Fragen sind dabei von Interesse:

- 1) In welcher Art von Alteneinrichtungen ist Supervision etabliert?
- 2) Wie wird die Wirkung von Supervision eingeschätzt?
- 3) Werden schädliche Wirkungen festgestellt oder vermutet, Risiken gesehen für die SupervisandInnen? Für die PatientInnen?
- 4) Werden schützende, stützende bzw. protektive Wirkfaktoren von Supervision gesehen?
- 5) Gibt es spezifische Erwartungen an SupervisorInnen in der Altenarbeit? An deren Qualifikationen, Kompetenzen, Performanzen, Feldwissen?
- 6) Wie wichtig ist Feldkompetenz?
- 7) Und falls Supervision nicht angeboten oder nicht genutzt wird: Warum nicht?

Die Studie will, neben den Antworten auf die oben genannten Fragestellungen, auch zur Diskussion anregen über Qualitätskriterien von Supervision, über potenzielle Schädigungen durch Supervision für die SupervisandInnen und notabene für die PatientInnen, die gemäß den meisten Leitbildern bekanntlich im Zentrum stehen und um die es ja bei fast jeder Qualitätsverbesserung gehen soll. Trotz vielfach bekundetem Nutzen soll die Wirkung von Supervision nicht überschätzt werden, so lange zumindest, bis hinreichende empirische Belege vorliegen, welche über die Bedingungen gelingender und gewinnbringender Supervision zuverlässige Aussagen machen können. Die vorliegende Studie wird von AutorInnen durchgeführt, die als Gerontopsychologen und Gerontopsychiaterin die Untersuchung vor dem Hintergrund einer spezifischen Feldkompetenz angelegt (Müller/Petzold 2003; Petzold/Bubolz 1979; Petzold 2004a, 2005a; Schreiter-Gasser/Steiner 1999) und realisiert haben. Reine Bedarfserhebungen ohne qualifizierte sozialgerontologische Perspektiven (wie z.B. die ÖVS-Studie 2003) bleiben ansonsten aussagearm und unspezifisch und haben damit nur einen begrenzten Wert. Wenn aus solchen Erhebungen dann auch noch die Konklusion eines großen Supervisionsbedarfs gezogen wird (ibid.), kommen sie in die gefährliche Nähe zu Studien der „Marktforschung“, die einen Bedarf für ein Produkt eruieren wollen, dessen Qualität (Effizienz, Effektivität) noch in keiner Weise durch Forschung solide belegt ist. In einer Zeit, die nach evidenzbasierten Wirkungen fragt, auf Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gerichtet ist (Lutz/Grawe 2001; Petzold/Sieper 2001a; Petzold, Rainalds, Sieper, Leitner 2005), muss auch eine sozialinterventive Methode wie „psychosoziale oder klinische Supervision“ eine hinlängliche Wirkung zielgruppen- und settingspezifisch nachweisen.

3. Methode

Als Methode wurde eine Feldexploration über eine Fragebogenerhebung gewählt, weil mit diesem Ansatz am besten eine breite Datenbasis für spezifische Forschungsfragestellungen und weiterführende Untersuchungen gewonnen werden kann.

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasste ausschließlich Alteneinrichtungen in der Deutschschweiz. Angeschrieben wurden ganze Teams in folgenden Einrichtungen:

Art	Anzahl	gesamt
rund die Hälfte von ca. 950 bekannten Alters- und Pflegeheimen	472	472
alle gerontopsychiatrischen Einrichtungen davon stationär teilstationär und ambulant	29 15	44
alle geriatrischen Kliniken/Einrichtungen		28
Spitex-Teams aus den Kantonen BL (18), BS (5), BE (69), GR (11), SO (23), SG (57), ZH (105)		288

Insgesamt wurden so 832 Einrichtungen im Altenbereich angeschrieben. Jedem Schreiben wurden vier Exemplare des Fragebogens beigelegt (mit der Bitte um Vervielfältigung durch Kopien, falls erforderlich), von denen 155 ausgefüllt und anonym zurückgeschickt wurden. Oft kam von einer Empfängeradresse nur ein ausgefülltes Exemplar zurück, oft zwei, selten alle vier oder sogar mehr, was darauf hinweist, dass nur einige Personen – offenbar viele MitarbeiterInnen in Leitungsfunktion (52,3% des Rücklaufs; 41% nicht-leitende MitarbeiterInnen) –, nicht aber alle NutzerInnen von Supervision in der Einrichtung geantwortet haben.

Jeder Anfrage wurde auch ein zusätzlicher „kleiner Fragebogen“ (drei Items) beigelegt, der für Empfänger gedacht war, die keine Supervision haben und daher auch die Fragen des eigentlichen Fragebogens nicht beantworten konnten. Von diesen Kurzfragebogen kamen 244 Exemplare zurück.

3.2 Design

Für diese explorative Studie wurde ein halbstandardisierter Fragebogen benutzt. Er wurde an eine flächendeckende (was die gerontopsychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen betrifft) und an eine repräsentative Auswahl von Alterswohneinrichtungen und ambulanten Pflegediensten verschickt. Der Versand der Fragebögen, die durch den erwähnten zweiten kleinen Fragebogen für Nicht-Nutzer und einen erklärenden Begleitbrief ergänzt waren, wurde in drei Phasen durchgeführt und dauerte insgesamt einen Monat (Nov. 2003). Der Rücklauf nahm weitere drei Monate in Anspruch (bis Feb. 2004).

3.3 Erhebungsinstrument

3.3.1 Fragebogen für Supervisions-Nutzer

Bei dem Fragebogen handelt es sich um eine an das gerontologische Feld angepasste Bearbeitung eines standardisierten Fragebogens von *Petzold* zum Einsatz von Supervision (*Leitner/Petzold et al. 2000*), der – wiederum in dafür zugeschnittener Form – auch in einer vorgängigen Studie zu Supervision in der Psychiatrie (*Gottfried, Petitjean, Petzold 2003*) Anwendung gefunden hatte und für diese Untersuchung spezifiziert und durch *Expertenbefragung* fundiert wurde.

In der vorliegenden Form bestand der halbstandardisierte Fragebogen aus 62 Items, von denen sieben offene Fragen waren. In einem ersten Teil wurden Fragen zur Person erhoben (5 Items: Alter, Geschlecht, Grundberuf, Funktion, Anzahl Berufserfahrung). Der nächste Block umfasste Angaben zum Arbeitskontext (4 Items: Art der Einrichtung, Art der Führung, Leitbild, interdisziplinäre Zusammenarbeit). Im dritten Teil wurden Fragen zum Setting erhoben (9 Items: Finanzierung, Quantität der zur Verfügung stehenden Supervision,

räumlicher Rahmen und Form der Supervision, Freiwilligkeit der Teilnahme, Frequenz und Dauer der Sitzungen, Handhabung der Schweigepflicht und des *informed consent*), im vierten Teil zur Person des Supervisors/der Supervisorin (5 Items: Alter, Geschlecht, Grundberuf, Zusatz-Ausbildung, Verbandszugehörigkeit). Danach folgten Fragen zu bisher gemachten Erfahrungen mit Supervision resp. mit der derzeit laufenden Supervision (5 Items, davon zwei offene Fragen nach positiven bzw. negativen Erfahrungen) und zur Einschätzung der Kompetenzen des Supervisors (2 Items). Generelle Erwartungen an die Supervision und die Supervisorin (4 Items) sowie die Einschätzung von möglichen Risiken und Nebenwirkungen auf der einen, protektiven/schützenden und stützenden Wirkungen auf der andern Seite bildeten den Abschluss des Fragebogens. Diese letzten vier Items waren als offene Fragen formuliert (vgl. Fragebogen im Anhang), bei denen Mehrfachnennungen möglich waren.

Da der Fragebogen in großen Teilen bereits in vorgängigen Studien eingesetzt wurde, wurde auf einen Vortest bezüglich seiner Verständlichkeit verzichtet und eine Expertenbefragung für seine Brauchbarkeit als zureichend angesehen.

3.3.2 Fragebogen für „Nicht-Nutzer“

Da vorauszusehen war, dass viele Einrichtungen und Arbeitsteams über keine Supervisionsmöglichkeit und -erfahrung verfügen, wurde ein „kleiner Fragebogen“ beigelegt, der keine Angaben zur Person erfasste, sondern lediglich darüber Aufschluss geben soll, warum an der eigentlichen Befragung nicht teilgenommen werden konnte und warum ggf. kein Supervisionsangebot (mehr) bestand oder genutzt wurde.

4. Statistische Auswertung

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11.0 ausgewertet. Zur Beschreibung der Stichprobe und der deskriptiven Items werden die Daten in Form von Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Graphische Darstellungen sollen der Veranschaulichung dienen. Zur Überprüfung von Zusammenhängen wurden der T-Test sowie die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) verwendet. Für die Homogenität der Varianzen wurden alle Variablen mit dem Test nach *Levene* geprüft. Für die Dimensionsreduktion wurde eine Faktorenanalyse gerechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) wurde auf dem 5%-Niveau festgelegt ($p=.05$). Die Text-Antworten wurden quantitativ geprüft (Vorhandensein vs. Nicht-Vorhandensein einer Meinungsabgabe) und qualitativ ausgewertet.

5. Ergebnisse

5.1 Rücklauf

Die Rücklaufphase betrug vier Monate (Nov. 03 bis Feb. 04). Von den angeschriebenen 832 Einrichtungen haben 399 geantwortet (47,9%), davon 155 mit ausgefülltem Fragebogen (Nutzer = 18,63%), 244 mit dem Beilagebogen (Nicht-Nutzer = 29,32%).

5.2 Die Nicht-Nutzer

Von den 244 Nicht-Nutzern haben 201 (79,7%) keine Supervision, 32 (12,7%) haben keine *mehr*, und 11 (7,5%) haben aus andern Gründen an der Befragung nicht teilnehmen können.

Unter den angegebenen Begründungen, warum kein Supervisionsangebot vorhanden ist (Abb. 1) – es konnten mehrere angegeben werden –, wurde am häufigsten genannt, dass andere Arten der Problemlösung und Hilfestellung zur Verfügung stehen (57 Nennungen = 22.3%). Meist handelt es sich hierbei um interne Ressourcen (z.B. Intervention oder Hilfestellungen durch einen Arzt oder die Pflegedienstleitung). 21.1% erachten die Supervision als nicht notwendig, haben keinen Bedarf oder keine Probleme, die sie in einer Supervision besprechen wollten. Finanzielle Gründe sind in 15.6% (absolut 40) Fällen der Grund dafür, dass bisher keine Supervision eingerichtet wurde, in weiteren 21 Fällen (8.2%) ist Supervision ohne Angaben von Gründen „kein Thema“. Ebenso viele (21 Antworten bzw. 8.2%) berichten, dass Supervision geplant ist oder in Betracht gezogen wird. 21 (8.2%) Befragte geben an, ihr Team oder ihre Institution sei zu klein für Supervision. 11 (4.3%) Teams setzen (bei der Qualitätssicherung) andere Prioritäten, 9 (3.5%) nehmen Supervision nur punktuell in Anspruch. In 15 (5.8%) Fällen besteht beim Personal Widerstand gegen die Supervision, weil sie zu wenig bekannt und ihr Nutzen fragwürdig sei (8 Nennungen = 3.1%), das Personal Ängste habe oder unmotiviert sei (4 Nennungen = 1.6%), jemand im Team negative Vorerfahrungen mit Supervision oder SupervisorInnen gemacht hatte (3 Nennungen = 1.2%). In drei Fällen (1.2%) haben die Kostenträger oder die Institutionsleitung die Supervision nicht bewilligt. Von den restlichen vier Antwortenden gaben drei (1.2%) an, die Art der Klientel bzw. BewohnerInnen des Heims sei für Supervision nicht „geeignet“.

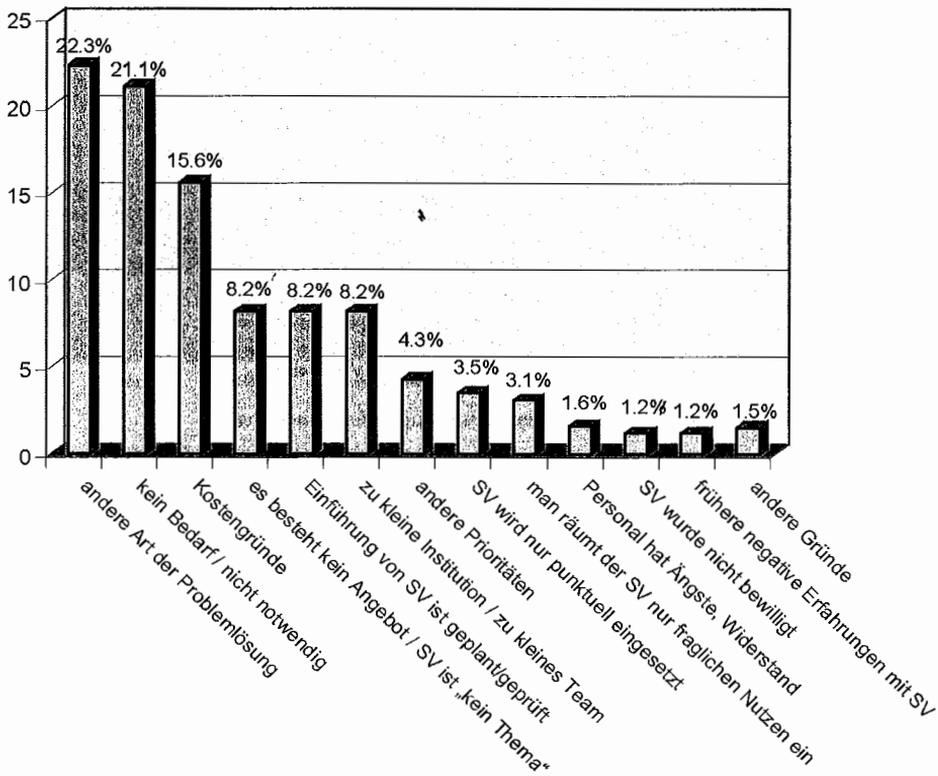


Abb. 1: Nicht-Nutzer: Gründe, warum ein Team keine Supervision hat

Unter den 32 Nicht-Nutzern, die *keine* Supervision *mehr* haben (Abb. 2), sind 38.5% (absolut 15), welche die Supervision abgebrochen hatten, unzufrieden gewesen waren oder die sonstwie schlechte Erfahrungen gemacht hatten, so dass es eher zu einer Verschlechterung der Probleme gekommen war. 33.3% (13) sind der Meinung, Supervision sei bei ihnen im Moment nicht mehr nötig, da andere Lösungen gefunden wurden, 20.5% (8) wollen sich zurzeit bezüglich Supervision neu orientieren oder haben die Supervision vorübergehend unterbrochen, und Vereinzelte haben die Supervision abgesetzt, weil sie zu hohe Kosten verursacht hatte (2.6%) oder unter schlechten Bedingungen stattfand (z.B. in der Freizeit besucht werden musste) (5.1%).

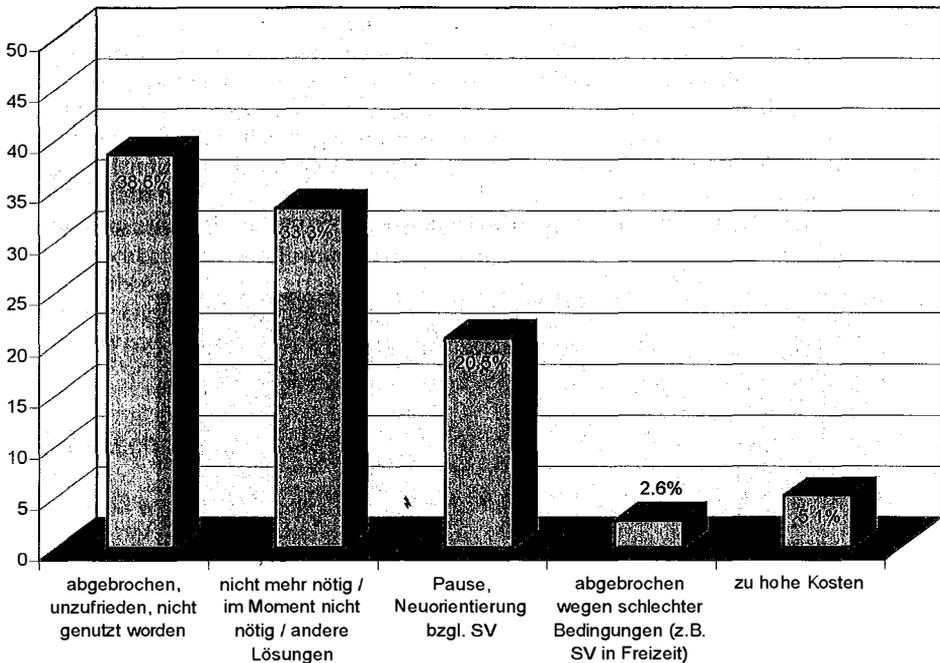


Abb. 2: Nicht-Nutzer: Gründe, warum ein Team keine Supervision *mehr* hat

5.3 Die Nutzer

5.3.1 Zur Person der Nutzer

Das Durchschnittsalter der Antwortenden beträgt 44.5 Jahre bei einem Minimalwert von 21 und einem Maximalwert von 60 Jahren. Der größte Teil der Stichprobe, nämlich 45.2% ist zwischen 40 und 50 Jahre alt.

Zum Geschlecht: Bei zwei fehlenden Angaben sind 79.4% der befragten Personen weiblich, 19.4% männlich. Im Grundberuf sind 80.6% in der Pflege tätig, 7.7% sind Ärzte/Ärztinnen, 3.2% PsychologInnen, 3.9 SozialarbeiterInnen, 1.9% TherapeutInnen und 1.9% haben andere Berufe (bei einer fehlenden Angabe; s. Abb.3).

Grundberuf	Häufigkeit in %
pflegerisch	80.6
Arzt/Ärztin	7.7
Psychologe/in	3.2
sozial	3.9
therapeutisch	1.9
anderes	1.9
Missing	0.6

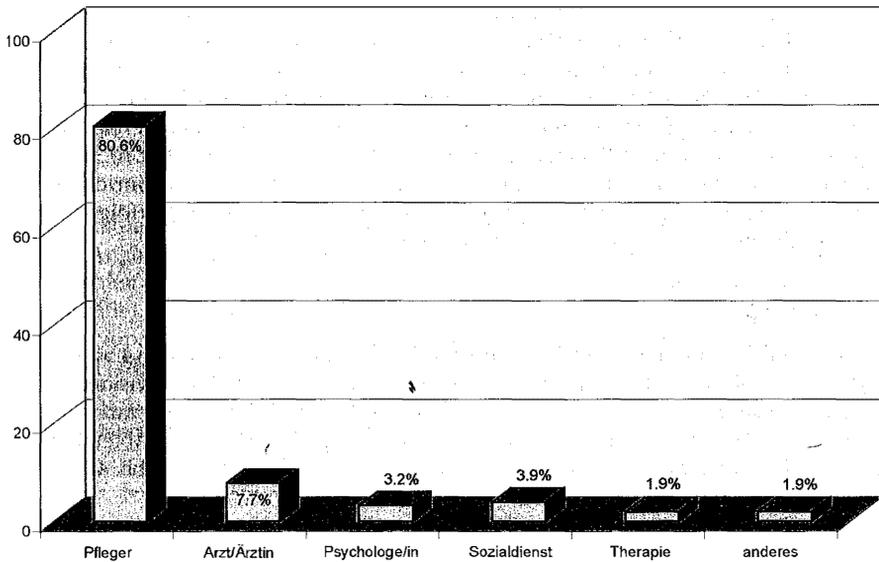


Abb. 3: Grundberuf der NutzerInnen; N = 154; Missings = 1

52.3% der Antwortenden sind in leitender Funktion, 41.3% sind nicht-leitend, 3.2% sind noch in Ausbildung (bei fünf fehlenden Angaben). Dass ein so großer Anteil der Nutzer in leitender Funktion ist, mag damit zu tun haben, dass die Fragebögen in den Einrichtungen primär an die Teamleitungen weitergegeben wurden, welche die Exemplare an ihr Team weiterzugeben hatten, dies aber möglicherweise nicht immer taten. Zu der Anzahl Jahre an Berufserfahrung haben 12 Personen (7.7%) keine Angaben gemacht. Eine knappe Hälfte hat bereits über 15 Jahre Berufserfahrung (47.1%), 14.8% sind seit 11-15 Jahren im Beruf tätig, 14.2% seit 7-10 Jahren, der Rest weniger als 7 Jahre (insgesamt 16.1%).

5.3.2 Zum Arbeitskontext

Von den 155 Personen gaben 43% an, in öffentlichen Einrichtungen zu arbeiten, 16% in privaten. Der erhebliche Rest von 41% machte dazu – aus ungeklärten Gründen – keine Angabe, was dieses Ergebnis natürlich wenig aussagekräftig macht. Ebenso steht es leider bei den Fragen nach der Art der Einrichtung und der Versorgung: 29% der Befragten arbeiten in gerontopsychiatrischen, 12% in geriatrischen Einrichtungen, 10% in Heimen mit behinderten älteren Menschen und 1% mit gesunden älteren Menschen. Fast die Hälfte, 48%, macht dazu keine Angabe. Bei der Art der Versorgung geben nur 38% an, ob sie im stationären Rahmen arbeiten (12%) oder im ambulanten oder teilstationären (26%). Bei den restlichen 62% bleibt diese Frage unbeantwortet. Die Alterseinrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, sind zu 19.4% ärztlich geführt, zu 40.6% von Heimleitung/Geschäftsleitung u.Ä. Das entspricht zwar nicht dem, was gemäß dem Rücklauf aus den psychiatrischen und geriatrischen Institutionen zu erwarten gewesen wäre, ist jedoch wiederum auf dem Hintergrund zu sehen, dass 40% der Fragebögen dazu keine Angabe enthalten. Die Führung der angeschriebenen Institutionen wird in 11% der Fälle als streng hierarchisch beschrieben, in 41.3% Fällen als flach hierarchisch (bei einer wiederum hohen Anzahl fehlender Angaben: 47.7%). Ein Leitbild ist in 87.7% der Einrichtungen vorhanden, in 4.5% nicht (bei 7.8% fehlender Angaben). Bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit geben 80.6% der befragten Personen an, sie sei in ihrer Institution realisiert, 5.2% sie sei nicht realisiert, bei 3.9% existiert sie nur auf dem Papier. Die fehlenden Angaben betragen hier 10.3%.

Der hohe Anteil der Fragebögen, in denen keine Angaben zur Art der Einrichtung gemacht wurde, lässt vermuten, dass – obgleich eine anonyme Rücksendung erfolgte – Rückschlüsse auf die Institution vermieden werden sollten.

5.3.3 Zum Setting

In 88.4% der Fälle wird die Supervision durch die Institution finanziert, nur in 4.5% der Fälle privat (bei 7.1% fehlender Angaben). Die Häufigkeit der durchgeführten Supervisionsstunden wird von 82.6% der Befragten als „ausreichend“ beurteilt, von 5.8% als „nicht ausreichend“, 11.6% machen keine Angabe. In 23% der Fälle findet die Supervision auf der Abteilung statt, 48% in andern Räumen der Einrichtung, in 29% außerhalb der Einrichtung (Abb. 4).

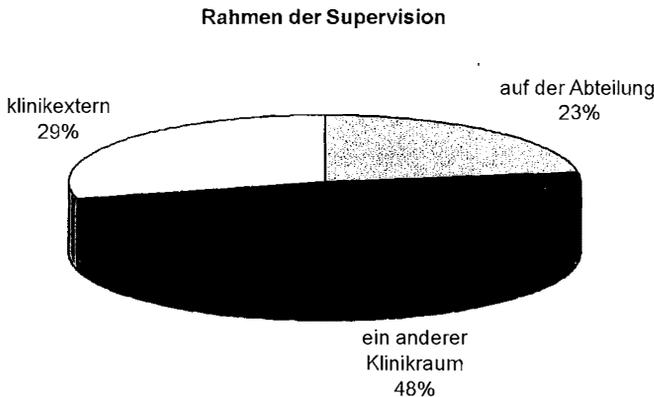


Abb. 4: Räumlicher Rahmen der Supervision; N = 155

Die häufigste Form der angewandten Supervision (Abb. 5) ist die Teamsupervision (39%), gefolgt von Fallsupervision (35%), interdisziplinärer Supervision (15%) und Einzelsupervision (11%), Mehrfachnennungen waren hier möglich. 12 Personen haben keine Angaben gemacht.

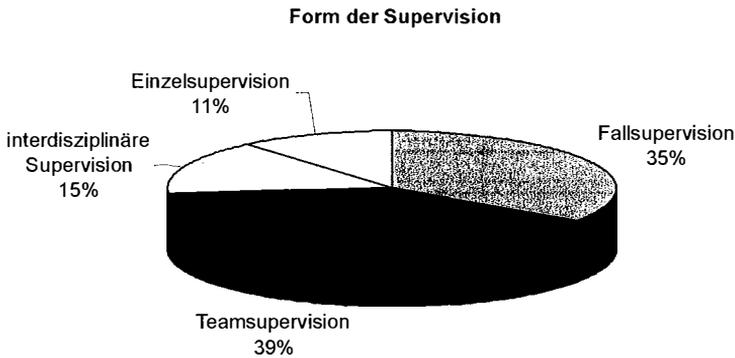


Abb. 5: Form der Supervision; N = 143; Missings = 12

Die Teilnahme an der Supervision ist in 30.3% der Fälle freiwillig, bei 65.2% obligatorisch (fehlende Angaben: 4.5%). Bei der Frequenz der in Anspruch genommenen Supervision gehen die Zahlen ziemlich weit auseinander (Tab. 1): von einmal in den letzten 6 Monaten (in 5.8% der Fälle) bis zu 20-mal (in 1.9% der Fälle). Die meisten Befragten haben zwischen 2- und 6-mal Supervision in einem halben Jahr (75.4%). Am meisten genannt wurde die Anzahl 3 pro Halbjahr (20.6%); fehlende Angaben: 12.3%.

SV-Stunden während der letzten 6 Mt.	Häufigkeit in %
1	5.8
2	16.1
3	20.6
4	11.6
5	9.7
6	17.4
8	0.6
10	1.9
12	1.3
18	0.6
20	1.9
keine Angabe	12.3

Tab. 1: Anzahl Supervisionsstunden in den letzten 6 Monaten; N = 136; Missings = 19; Mittelwert (SD) = 4 ± 3; Min. – Max. = 1-20

Die Dauer der Sitzungen variiert zwischen 50 und 300 Minuten. Ein deutlicher Peak ist hier aber beim Wert von 120 Minuten zu erkennen: 34.8%, ein weiterer bei 90 Minuten (25.2%; vgl. Tab. 2).

Sitzungsdauer in Minuten	Häufigkeit in %
50	2.6
60	8.4
75	1.9
90	25.2
100	0.6
110	0.6
120	34.8
135	0.6
150	4.5
180	15.5
225	0.6
240	0.6
300	0.6
keine Angabe	3.2

Tab. 2: Dauer der Sitzung; N = 150; Missings = 5; Mittelwert (SD) = 118 ± 42

Auf die Verschwiegenheitspflicht wurde in 80% der Fälle hingewiesen, hingegen wurde nur in 9% der Fälle die Zustimmung von den in der Supervision besprochenen PatientInnen eingeholt. In 74.2% der Fälle wurde sie nicht eingeholt, 16.8% machten dazu keine Angaben.

5.3.4 Zur Person des Supervisors/der Supervisorin

In der Mehrheit der berichteten Fälle handelt es sich bei den Supervidierenden um Frauen (63.9%), bei 26% um Männer, und 3.9% der Befragten hatten mehrere SupervisorInnen unterschiedlichen Geschlechts (fehlende Angaben 5.8%). Das Alter der SupervisorInnen wurde einmal mit ‚unter 30-jährig‘ angegeben (d.h. geschätzt), 4-mal mit ‚über 60-jährig‘. 42.6% der SupervisorInnen werden auf 40–50-jährig geschätzt, 29.7% auf 50–60-jährig und 16.1% auf 30–40-jährig; fehlende Angaben: 8.4% (Tab. 3).

Alter Supervisor/in	Häufigkeit in %
unter 30-jährig	0.6
30–40-jährig	16.1
40–50-jährig	42.6
50–60-jährig	29.7
über 60-jährig	2.6
keine Angabe	8.4

Tab. 3 : Alter SupervisorIn; N = 142; Missings = 13; Mittelwert (SD) = 49 ± 7; Min. – Max. = 30–65

Beim Grundberuf der Supervisorin wurde am häufigsten der der Psychologin genannt (32.9%), dann der Arztberuf (17.4%), der Pflegeberuf (16.8%) und der des Sozialarbeiters oder Sozialpädagogen (11.0%). 14.2% der Antworten fielen auf andere Berufe, 7.7% machten keine Angaben (Abb. 6).

Grundberuf des Supervisors	Häufigkeit in %
Ärztin / Arzt	17.4
Psychologe/in	32.9
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	11.0
Pflegeberuf	16.8
anderes	14.2
keine Angabe	7.7

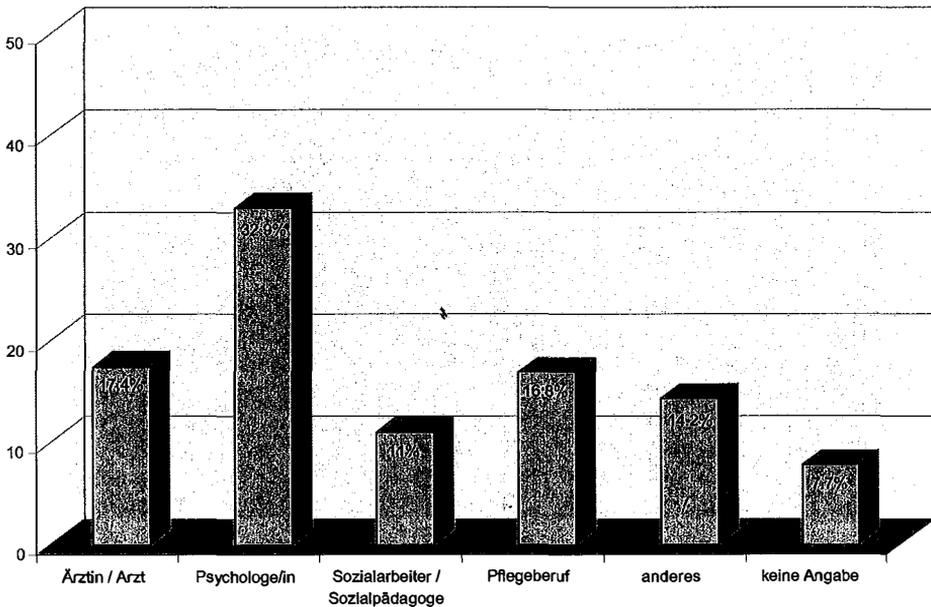


Abb. 6: Grundberuf des Supervisors; N = 143; Missings = 12

Von den SupervisorInnen haben 39.5% eine psychotherapeutische Zusatzausbildung, wobei Gesprächs- und Familientherapie am häufigsten genannt wurden (je 10.3%). 36.8% der SupervisorInnen verfügen über eine Zusatzausbildung in Supervision (26.5%) und/oder Organisationsentwicklung (10.3%). Da Mehrfachnennungen möglich waren, ist anzunehmen, dass einige sogar zwei oder mehrere Zusatzqualifikationen haben. Bei 23.7% der SupervisorInnen ist die Richtung der Zusatzausbildung den Supervisanden nicht bekannt (17.9%) oder sie war auf dem Fragebogen nicht vertreten (5.8%; vgl. Abb. 7).

Zusatzausbildung des Supervisors	Häufigkeit in %
Psychoanalyse	9.0
Gesprächstherapie	10.3
Verhaltenstherapie	4.5
Integrative Therapie	2.7
Supervision	26.5
Familientherapie	10.3
Organisationsentwicklung	10.3
Gestalttherapie	2.7
andere Richtung	5.8
nicht bekannt	17.9

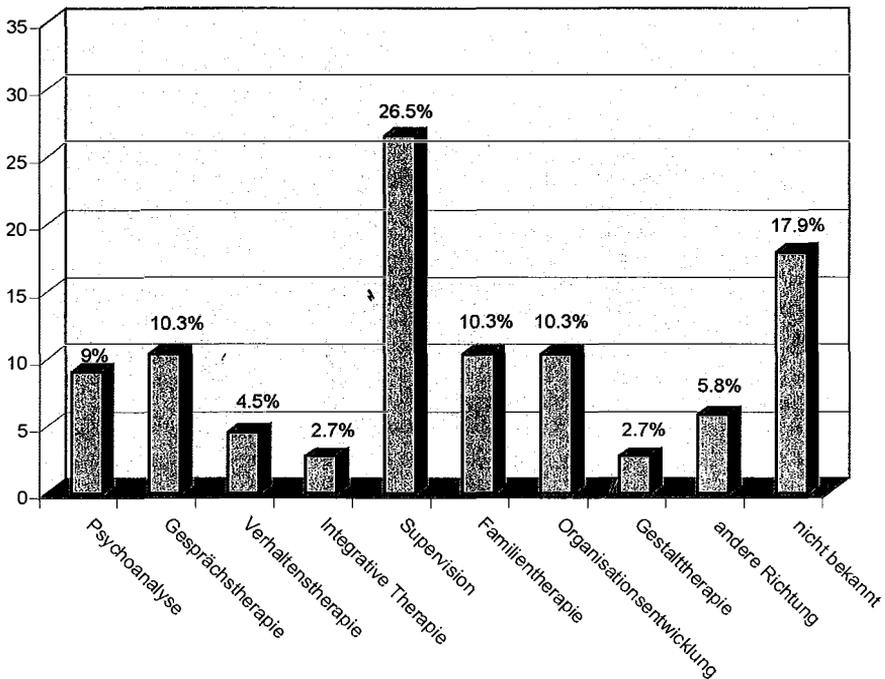


Abb. 7: Zusatzausbildung SupervisorIn; N = 127; Missings = 28

Über die Zugehörigkeit ihrer Supervisorin zu einem Berufsverband konnten nur rund 10% der Befragten eine Aussage machen. So sind 9% der SupervisorInnen offenbar beim Schweizer Berufsverband für Supervision und Organisationsentwicklung BSO – was für eine Schweizer Umfrage nicht erstaunt –, 1.9% gehören dem deutschen Verband DGSv an.

5.3.5 Bisherige Erfahrungen mit Supervision

Bei 21.9% der Befragten bezogen sich die Antworten auf die erste Supervision, 72.9% haben bereits Vorerfahrung (fehlende Angaben 5.2%). Diese wird positiv beurteilt (bei 26.4%), eher positiv (bei 31.4%), neutral (bei 25.6%), eher negativ (bei 12.4%) bzw. negativ (bei 4.1%; vgl. Abb. 8).

Qualität der Vorerfahrung	Häufigkeit in %
positiv	26.4
eher positiv	31.4
neutral	25.6
eher negativ	12.4
negativ	4.1

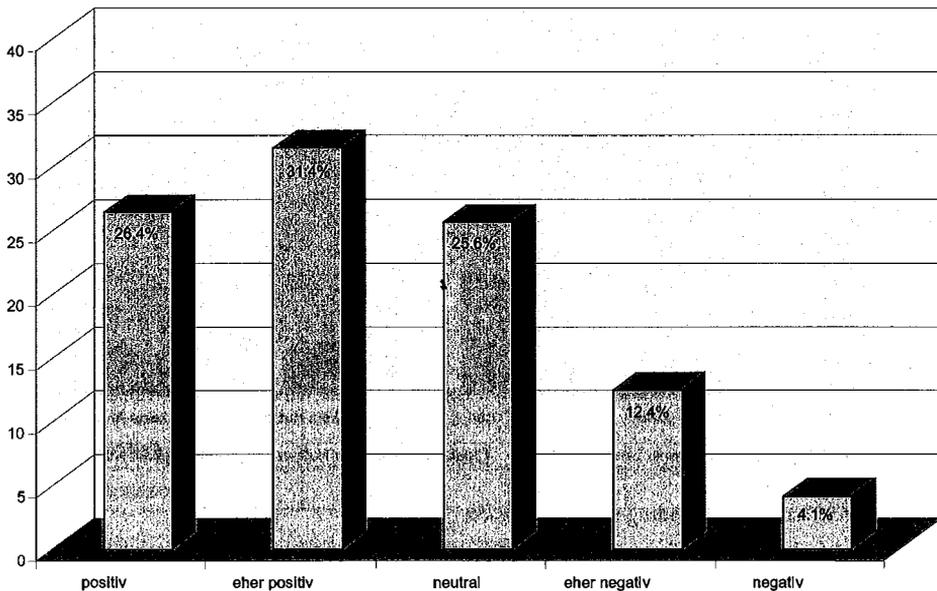


Abb. 8: Einschätzung der vorgängigen Supervisionserfahrungen; N = 121; Missings = 34

Die negativen Vorerfahrungen lassen sich weder durch das Alter des Supervisanden, noch das des Supervisors oder durch sein Geschlecht, noch durch das Setting, den Grundberuf des Supervisanden oder seine vorhandene Berufserfahrung erklären. Auch die Freiwilligkeit der Teilnahme spielt dabei offenbar keine bemerkenswerte Rolle. All diese überprüften Zusammenhänge waren nicht signifikant.

Der Nutzen, der in den letzten 6 Monaten aus der Supervision gezogen werden konnte, wird in 31.6% – 48.4% der Fälle als hoch eingestuft. Insbesondere der Nutzen für das Team wird gut bewertet (48.4% ‚hoch‘), aber auch der eigene professionelle Nutzen (41.9%). Den persönlichen Nutzen betrachten noch 39.4% der Antwortenden als hoch, 41.3% als ‚mittel‘,

und den patientenbezogenen Nutzen sehen nur noch 31.6% also hoch an, 36.1% als ‚mittel‘, 16.8% als ‚gering‘ oder gar nicht vorhanden (5.8%; vgl. Abb. 9).

Bewertung	hoch	mittel	gering	kein Nutzen	keine Angabe
persönlicher Nutzen	39.4	41.3	11.6	4.5	3.2
eigener beruflicher Nutzen	41.9	36.1	14.2	3.9	3.9
patientenbezogener Nutzen	31.6	36.1	16.8	5.8	9.7
teambezogener Nutzen	48.4	27.1	13.5	2.6	8.4

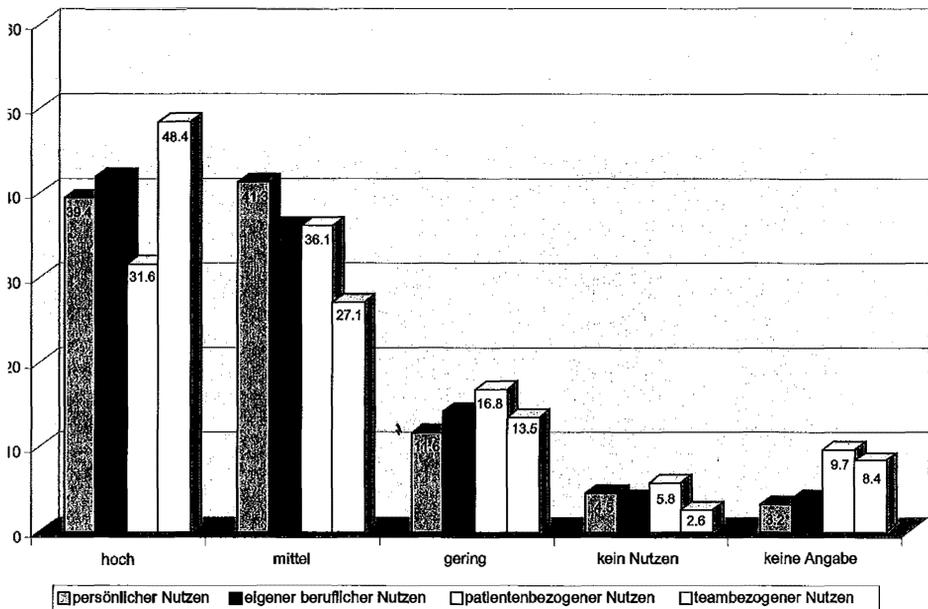


Abb. 9: Einschätzung der Wirkung von Supervision

Der berufliche Nutzen wird signifikant höher eingeschätzt, wenn es sich um a) Fallsupervision, b) Einzelsupervision handelt. Signifikant höher ist auch der patientenbezogene Nutzen im Fall von Fallsupervision oder Einzelsupervision gegenüber Teamsupervision oder interdisziplinärer Supervision. Einzelsupervision wird auch als signifikant wirksamer eingeschätzt für den beruflichen Nutzen. Einen signifikanten Zusammenhang ergab die statistische Auswertung auch zwischen der Einschätzung *des patientenbezogenen Nutzens und einer hohen fachlich-gerontologischen Kompetenz* des Supervisors – ein Ergebnis von besonderer Relevanz.

Diejenigen, die mit Supervision schlechte Erfahrungen gemacht hatten, wurden auch befragt, wie diese konkret ausgesehen hätten. Von diesen 28 Personen nannten 35.7% fachliche Inkompetenz (wie fehlender Theorie-Praxis-Bezug, unbefriedigende Methodik, Ausblendung von gewissen Perspektiven, u.a. der Patientenperspektive), 17.8% soziale Inkompetenz (wie Voreingenommenheit, Selbstgefälligkeit, zu wenig Führung gegeben u.Ä.) des Supervisors/der Supervisorin. 8 Personen (28.5%) sahen ihre Erwartungen in die Supervi-

sion nicht erfüllt bzw. erlebten die Supervision als ineffizient, die übrigen 4 Nennungen (14.3%) betrafen den Gruppenprozess, der negativ erlebt wurde und in einem Fall (3.5%) wurde die Supervision als Kontrolle erlebt.

Die konkreten positiven Erfahrungen (N=107) lassen sich in fünf Themenkreise zusammenfassen: 59 Nennungen (55.1%) betrafen die Verbesserung von sozialen Kompetenzen oder Prozessen (z.B. Förderung von Verständnis innerhalb der Teams oder gegenüber von PatientInnen, Kommunikationsförderung, Öffnung, Austausch im Team, Förderung von Zusammenarbeit, Verbesserung der Teamdynamik, verbesserte Abgrenzungsfähigkeit). 40 Personen (37.4%) sahen einen persönlichen kognitiven Gewinn durch die Supervisions-Erfahrung etwa in Form von Schärfung der Wahrnehmung, Gewinn von Transparenz, von Mehrperspektivität und Überblick, von Reflexionsfähigkeit u.Ä., 37 Personen (34.6%) erlebten die Supervision als unterstützend und entlastend durch das Aufbauen von Akzeptanz und Wertschätzung und durch Bestätigung im Handeln. Für 39 Befragte (36.4%) besteht die positive Wirkung der Supervision darin, dass sie entscheidungs- und lösungsorientiert schwierige Situationen strukturiert und so konkrete Verbesserung gebracht habe. 14 Personen (13%) zogen ihren Nutzen vor allem aus der Wissensvermittlung und der beratenden Funktion durch den Supervisor, seinen Input, seinen „Blick von außen“. Insgesamt berichteten 107 von 155 Personen (69%) von positiven Erfahrungen.

5.3.6 Zur Kompetenz des Supervisors/der Supervisorin

Über die Hälfte der Befragten schätzt die sozialen Kompetenzen (66.5%), das methodische Geschick (58.1%) und die fachliche Kompetenz des Supervisors insgesamt (53.5%) als hoch ein. Das fachlich-gerontologische Wissen allerdings erhält nur bei 37.4% so gute Noten. 35.5% erleben diese Kompetenzen des Supervisors als ‚mittel‘ (mäßig), 13.5% als gering (keine Angaben von 13.5%) (vgl. Tab. 4).

Bewertung	hoch	mittel	gering	keine Angabe
fachlich insgesamt	53.5	14.8	1.9	29.7
fachlich: gerontologisches Wissen	37.4	35.5	13.5	13.5
fachlich: methodisches Geschick	58.1	27.1	3.2	11.6
soziale Kompetenz	66.5	20.0	0.6	12.9

Tab. 4: Einschätzung der Kompetenzen des Supervisors

Das steht in einer bemerkenswerten Spannung zur Beurteilung der Wichtigkeit solchen feldkompetenten Fachwissens: 36.1% erachten diese als ‚sehr wichtig‘, 31.0% als ‚wichtig‘, 18% als neutral. Nur 3.2% finden, dies sei ‚eher nicht wichtig‘ oder gar nicht wichtig (1.9%). (9.7% machen dazu keine Angaben; vgl. Tab. 5).

Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens	Häufigkeit in %
sehr wichtig	36.1
eher wichtig	31.0
neutral	18.1
eher nicht wichtig	3.2

Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens	Häufigkeit in %
nicht wichtig	1.9
keine Angabe	9.7

Tab. 5: Wichtigkeit gerontologischen Fachwissens; N = 140; Missings = 15

5.3.7 Erwartungen an Supervision und SupervisorIn

In einer offenen Frage, bei der Mehrfachnennungen möglich waren, wurde gefragt, womit der Begriff „Supervision“ in Verbindung gebracht wird. Die 209 Nennungen betrafen in der Reihenfolge ihrer Häufung aufgeführt: das Klären und Lösen von Situationen und Konflikten (31.1%), den Wunsch nach fachlicher Führung und praktischer Unterstützung (23.9%), den Gewinn von persönlicher Kompetenz und Performanz (23%), den Gewinn von sozialen Kompetenzen und Performanzen (12.9%), den Gewinn von fachlich-professioneller Kompetenz und Performanz (8.1%) sowie die Assoziation von Kontrolle und Aufsicht (0.9%).

Die Erwartungen an Supervision wurden erhoben, indem 11 möglichen Antworten das Attribut ‚voll zutreffend‘, ‚unentschieden‘ oder ‚nicht zutreffend‘ zugeordnet werden musste. Eine Faktorenanalyse dieser Angaben ergab folgendes Bild (Tab. 6):

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

Tab. 6: Faktorenanalyse Erwartungen an die Supervision

Der Faktor 1, welcher mit *Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz* umschrieben werden kann, erklärt 29.8% der Gesamtvarianz, der Faktor 2, der Items sammelt, die zu *Klärung und Lösung von Konflikten* beitragen, erklärt 19.1% und der Faktor 3, der Items zur *Verbesserung von Arbeitsabläufen* zusammenfasst, 10.1%.

In einer weiteren Frage sollten Rollenfunktionen, die eine Supervisorin erfüllen soll, aus einer Auswahl von 8 Items beurteilt werden als ‚voll zutreffend‘, ‚unentschieden‘ oder ‚nicht zutreffend‘. Die Faktorenanalyse ergab hier zwei Faktoren: als *Psychotherapeutin, Vermittlerin* und *Problemlöserin* fällt sie unter den Faktor 1 (aktive Problemlösung und Begleitung), der 24.2% der Gesamtvarianz erklärt. Als *Lehrerin* und als *Fördererin/Entwicklerin* wird sie gesehen, was im Faktor 2 (fachliche Führung) 15.2% der Gesamtvarianz erklärt (Tab. 7).

Faktor 1:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ PsychotherapeutIn ▶ VermittlerIn ▶ ProblemlöserIn 	Aktive Problemlösung und Begleitung
Faktor 2:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ LehrerIn ▶ Förderer/Entwickler 	Fachliche Führung

Tab. 7: Rollenfunktionen des Supervisors

Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl Jahre an Berufserfahrung der Befragten mit der Art der Erwartungen an eine Supervisorin konnte nicht festgestellt werden. Ebenso wenig besteht eine Korrelation zwischen dem Grundberuf des Befragten oder seiner Funktion (leitend oder nicht-leitend) und den Erwartungen an den Supervisor.

Die Frage nach dem Idealalter der Supervisorin beantworteten die meisten der Befragten, nämlich 48.1%, mit der Altersangabe von 45–55 Jahren. 21.9% sehen in einem 55–65-jährigen Menschen den ‚idealen‘ Supervisor im Altenbereich, nur 4.3% jemanden über 65 Jahren (vgl. Tab.). 10% betrachten die Frage nach dem Alter des Supervisors als unerheblich.

5.3.8 Einschätzung von Risiken und protektiven Wirkungen von Supervision

Auf die offene Frage nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Supervision haben 56 Personen (36.1% von 155) keine Antwort gegeben. Von den verbliebenen (N=99) sehen 4% keine Risiken. 18% nennen eine *Verschlechterung der Situation*, z.B. durch die Verschärfung von Konflikten, eine Zunahme oder Generierung von Problemen (wo keine sind) oder eine Eskalation mit der Leitung/innerhalb des Teams o.Ä.; *Ineffizienz* (als Sammlung von Nennungen wie „keine Lösungen“, „keine Entscheidungen“, „um den Brei herumreden“ 12, „kein Nutzen“ 2, „verlorene Zeit“, „Alibiübung“, „Aufwand“ 8, „Ablenkung von andern Problemen“ 1) befürchten insgesamt 23 Befragte (23%). *Verunsicherung/Verletzung/Vertrauensmissbrauch/Abwertung* sehen 18% als mögliches Risiko, *Fehlverhalten und Mängel des Supervisors* (z.B. parteiisch, nicht-objektiv 9, Fehleinschätzung 5, Fehlentscheidungen, ideologische Überstülungen 3, mangelndes Fachwissen 1, u.Ä.) werden von 18% genannt. *Abhängigkeit vom Supervisor* (12%), *mangelnde Bereitschaft zur Veränderung bei Teammitgliedern* (12%), *fehlende Umsetzung von Lösungen* (5%) und ‚*Abnützung‘ der Wirkung* durch Gewohnheit, Routine (6%) sind weitere mehrfach genannte Risiken und Nebenwirkungen.

Die Frage nach möglichen Risiken/Nebenwirkungen für PatientInnen bleibt von 107 Nutzern (69%) unbeantwortet (!), 48 antworten. 18.7% davon (N=48) sehen keine Risiken für das Patientensystem. Von den verbleibenden Nennungen (39) betreffen 24 (50%) die direkte oder indirekte Macht, die durch die Supervision über den Patienten ausgeübt wird: Der Patient hat keine Mitsprachemöglichkeit (10.4%); Supervision kann die Macht über den Patienten fördern, Patient kann durch sie manipuliert werden (10.4%); die Patientensituation kann fehleingeschätzt werden (8.3%); Patient ist Versuchskaninchen (4.2%); Patient ist von der Qualität der Supervision abhängig (2%); Vorurteile können zementiert werden (2%); der Patient wird nicht um seine Zustimmung gebeten, Thema der Supervision zu sein bzw. die Verschwiegenheitspflicht könnte verletzt werden (12.5%). Weitere Risiken werden auch darin gesehen, dass die Supervision auf Kosten der Betreuungszeit geht (8.3%), dass der Patient in der Supervision abgewertet oder nicht ernst genommen wird (indem man sich in der Supervision über ihn lustig macht o.Ä.; 8.4%), dass die Supervision keine faktische Verbesserung der Betreuungsqualität bringen könnte (2%). 8 weitere Antworten (16.6%) sehen (nur) positive Nebenwirkungen, z.B. dass die Supervision Entwicklungschance sein könne (6.2%), dass dadurch konsistenter behandelt werde (6.2%), dass sich zufriedenes Personal positiv auf die PatientInnen auswirke (4.2%) – ein bislang nicht nachgewiesener Effekt!

Bei der Frage nach möglichen protektiven Wirkungen von Supervision für die SupervisandInnen haben von den 155 Nutzern 120 geantwortet und dabei oft mehrere Faktoren erwähnt. Ein großer Teil der Nennungen (61.6% bei N=120) kann unter dem Stichwort „Förderung von Teamentwicklung und Zusammenarbeit“ zusammengefasst werden: Förderung von Zusammenhalt, von Arbeitsklima, von Kommunikation, Teamentwicklung, Psychohygiene (18.3%); verbesserte Konfliktlösung im Team, Konflikt-Prophylaxe, Auseinandersetzung untereinander (10.8%); Zusammenarbeit, Austausch, Lernen voneinander (15%); Verständnis und Toleranz fördern (9.2%); Vertrauen und offene, angstfreie Kommunikation (8.3%). Verbesserung von Professionalität und Problembewusstsein (9.2%), Gewinn von Mehrperspektivität und Exzentrizität (12.5%), von Prägnanz (0.8%), von Handlungskompetenz in schwierigen Situationen (1.7%) und von Theorie-Praxis-Integration bilden zusammen eine weitere wichtige Klasse (26.7%) von genannten protektiven Wirkungsweisen von Supervision. Um das Finden von Lösungen und konstruktiven Veränderungen geht es bei insgesamt 26.7% Nennungen. In 25.9% der Nennungen wird in der Supervision eine stützende Funktion gesehen: Entlastung, Verantwortung abgeben, Gelassenheit gewinnen (8.3%); Unterstützung, Hilfe, Stärkung, Begleitung, Orientierung (16.6%); Wertschätzung (0.8%), während in 12.5% der Fälle der schützende Effekt (vor Burn-out 10.8%; vor Fehlentscheidungen 1.6%) erwähnt wird. Die eigene Persönlichkeitsentwicklung – im Sinne von Auseinandersetzung mit sich selber (11.7%) und Gewinn von Sensibilität, Kritikfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Selbstbewusstsein, Kreativität, Abgrenzungsfähigkeit (9.2%) – wird insgesamt von 20.8% der Antwortenden als potentiell protektive Wirkung von Supervision angesehen. Die ‚objektive‘, ‚neutrale‘, ‚außenstehende‘ Sicht der Supervisorin wird von 5 Personen (4.1%) als protektiv erlebt, und 3-mal (2.4%) wird erwähnt, dass Supervision die Arbeitsmotivation fördern könne.

Die *protektive Wirkung* von Supervision für die PatientInnen wird von vielen in einer erhöhten Professionalität und Betreuungsqualität gesehen (durch erhöhte professionelle Kompetenz, nützlichere Interventionen und Behandlungspläne, Koordination der Ziele, lösungsorientiertes Vorgehen, individuellere fachliche Betreuung, insgesamt 47.9% der Nennungen bei N=94). Weitere 29.8% sehen einen indirekt schützenden Effekt, indem Spannungen im Team gelöst werden (14.9%), Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit und Motivation im Team verbessert werden (4.3%) oder indem die Expertenmeinung von außen neue Perspektiven fördert (9.6%). 37.2% sehen einen direkten positiven Einfluss auf die PatientInnen durch den Gewinn von Verständnis für sie, von Zuwendung, Unterstützung, Respekt, von zeitlicher und emotionaler Kapazität. In 11.7% der Fälle wird der Supervision potentielle Schutzfunktion vor Fehlverhalten der BetreuerInnen attribuiert: Vermeidung von Willkür und Gewalt (6.4%), von Machtkämpfen (1.1%), von Fehlentscheidungen (2.1%) sowie Schutz vor Problemen und blinden Flecken des Personals (2.1%). Schließlich wird einer allgemeinen Transparenz und Offenheit protektives Potenzial beigemessen (5.3%). Ein Nutzer sieht keine (!) protektive Wirkung von Supervision auf die PatientInnen, 61 Personen (39.3% der 155 Nutzer) beantworteten diese Frage nicht.

6. Diskussion

6.1 Die Rücklaufquote

Mit 47.9% ist der Rücklauf gut. Die Ergänzung der Befragung mit dem Beilagebogen für Nicht-Nutzer erwies sich als sehr nützlich und aufschlussreich. Der Rücklauf des Beilagebogens war ca. 1.6 mal so groß wie der des eigentlichen Fragebogens. Auf die ganze Population hochgerechnet würde das heißen, dass rund 60% der disziplinhomogenen oder interdisziplinären Teams im Altenbereich keine Supervisionsgelegenheit haben oder diese nicht suchen.

6.2 Die Nicht-Nutzer

Aus den Angaben der Gründe, warum auf einer Abteilung/in einem Team keine Supervisionsangebot besteht, lässt sich einiges über Vorstellungen über und Erwartungen an Supervision herauslesen. Wenn z.B. 21% der Nicht-Nutzer der Meinung sind, sie hätten keine Probleme, die in einer Supervision bearbeitet werden könnten, so weist das darauf hin, dass mit Supervision zwingend auch das Vorhandensein von Problemen assoziiert wird, man Supervision erst dann bezieht, wenn „es brennt“, wenn die Probleme nicht mehr alleine gelöst werden können. Dass sie auch als Instrument der fortlaufenden Optimierung, der Reflexion, der Weiterbildung und der Professionalisierung eingesetzt werden kann, wird offenbar nicht in Betracht gezogen, was heißt, dass der Informationsstand über die Möglichkeiten von feld- und fachkompetenter Supervision etwa als Instrument der Weiterbildung und Qualitätsentwicklung – denn nur bei gerontologischem Feldwissen kann das gewährleistet werden – nicht hinreichend vorhanden ist.

21-mal (8.2%) wird argumentiert, dass das Team oder die Institution zu klein sei für Supervision. Das kann nun zweierlei heißen: entweder dass Supervision als Methode gesehen wird, die nur für größere Gruppen von Nutzen ist, oder aber dass Supervision für kleinere Teams und Einrichtungen schwierig zu finanzieren ist, was nicht unrealistisch ist. Die Begründung, dass sich die Klientel der Institution für eine Supervision nicht eigne, deutet auch auf einseitige Vorstellungen von bzw. Erwartungen an Supervision hin.

Nimmt man alle Nennungen zusammen, aus denen ein Bedarf nach Supervision hervorgeht, so ergibt das ein Total von 66 Antworten. Das entspricht rund 26% der Nicht-Nutzer. Der größere Teil der Teams ohne Supervision ist dies offenbar freiwillig (55%), weil kein Bedarf gesehen wird (was immer das heißen mag) bzw. man sich anders zu helfen weiß. Diese Einschätzung der potenziellen Nutzer widerspricht der Annahme (der Arbeitsgruppe der ÖVS-Studie 2003, aber auch unserer eigenen), dass das Feld supervisorisch dramatisch unterversorgt sei. Hier müssten weitere Bedürfnisabklärungen gemacht werden, um zu differenzieren, was im Feld besonders gebraucht wird.

6.3 Die SupervisandInnen und die SupervisorInnen

Der sehr hohe Anteil an weiblichen Mitarbeitern (79.4%) ist für diesen Sektor sicher repräsentativ und überrascht nicht. In der vergleichbaren Untersuchung zu Supervision in der (Erwachsenen)Psychiatrie von *Gottfried et al.* (2003) beträgt der Frauenanteil durchschnittlich 61%, also doch deutlich weniger als in der Altenarbeit. Dass der Frauenanteil auch bei den SupervisorInnen klar über der Hälfte liegt (63.9%), mag eine Folge des Geschlechterverhältnisses bei den Mitarbeitenden sein oder – wahrscheinlicher – ein Abbild der Verteilung im Berufsstand der SupervisorInnen überhaupt.

Auch erwartungsgemäß liegt die zahlenmäßige Dominanz der Nutzer in dieser Stichprobe bei den Pflegeberufen. Alle andern Berufe zusammengenommen machen nur 18.6% aus. Dieses Verhältnis findet bei den SupervisorInnen keine Entsprechung, von denen diejenigen mit pflegerischer Grundausbildung nur 16.8% ausmachen. Das verwundert, da man annehmen könnte, dass die Pflegenden Wert auf eine Supervisorin mit Fachwissen legen.

Es muss aber davon ausgegangen werden, dass es unter den Supervisoren insgesamt nur wenige Pflegefachleute gibt. Die Entwicklung des Berufsbildes hat es mit sich gebracht, dass vor allem Ärzte und PsychologInnen als SupervisorInnen tätig sind. Die vorliegenden Ergebnisse zu den Zusatzausbildungen der SupervisorInnen machen das deutlich: Von vielen ist bei den Supervisanden bekannt, dass sie eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, ein großer Teil hat – zusätzlich oder an Stelle davon – eine Ausbildung in Supervision/Organisationsentwicklung absolviert. PsychologInnen und Ärzte machen – auf-

grund ihrer Ausbildungscurricula für den Psychotherapieabschluss – die meisten SupervisorInnen im Feld aus. Da für die fachverbandlich anerkannten Ausbildungen in der Regel ein Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss vorausgesetzt wird, ist damit der Zugang von Personen aus Pflegeberufen zu Supervisionsausbildungen erschwert bzw. verunmöglich, anders als etwa in den Niederlanden, wo allerdings viele Pflegeberufe über Ausbildungen mit Fachhochschulabschluss verfügen. Mit einer Verbreitung der Studiumsmöglichkeiten für Pflegewissenschaften wird sich diese Situation verändern. Außerdem sollten für erfahrene Angehörige von Pflegeberufen (z.B. Lehrkrankenschwestern) Zugangsmöglichkeiten zu Supervisionsausbildungen geschaffen werden.

Ob Supervision *methodenspezifische* Wirkungen zeigt, also abhängig von der Zusatzausbildung des Supervisors, kann mit unserem Erhebungsinstrument nicht eruiert werden, weil zu viele SupervisorInnen über die tatsächlich vorliegenden Ansätze und Qualifikationen ihrer SupervisorInnen nicht hinreichend informiert sind. Außerdem liegt bei diesem Rücklauf in den einzelnen Verfahren ein jeweils zu geringes N vor, um verlässliche Aussagen machen zu können. Eigentlich müsste zusätzlich ein Supervisoren-Fragebogen entwickelt werden, der diese Daten erhebt.

6.4 Das Setting

Da fast die Hälfte der Befragten keine Angabe machte zu der Art der Einrichtung, in der sie arbeiten, lassen sich leider keine zuverlässigen Rückschlüsse ziehen, in welchem Zweig der Altenarbeit Supervision hauptsächlich genutzt wird. Die Tatsache, dass immerhin 29% der Nutzer aus gerontopsychiatrischen Einrichtungen stammen und den größten Teil des Rücklaufs ausmachen, weist aber darauf hin, dass in diesem Teilbereich Supervision wohl am ehesten etabliert ist (vgl. Kap. 5.3.2).

Während der größte Teil der SupervisorInnen (80%) auf die Verschwiegenheitspflicht aufmerksam gemacht wurde, sind nur in 9% der Fälle (!) die PatientInnen um ihre Zustimmung gefragt worden, „Gegenstand“ einer Supervisionssitzung zu sein. Offenbar wird immer noch davon ausgegangen, dass die Einwilligung der PatientInnen für eine Behandlung zugleich die Einwilligung für eine Supervision sei. Dies ist – auch im klinischen Rahmen – nicht korrekt. Wird doch mit der Supervisorin in der Regel eine *externe* Fachkraft über Fakten informiert, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Dazu müsste, nimmt man das Konzept des „*informed consent*“ (Müller/Petzold 2002) – und die rechtlichen Grundlagen – ernst, der Patient sein Einverständnis geben. Offenbar liegt für die Zustimmungspflicht bei der Weitergabe von Patienteninformationen und -daten (Petzold/Rodriguez-Petzold 1997; Eichert/Petzold 2003) noch ein geringes Problembewusstsein vor.

6.5 Der Nutzen von Supervision für Mitarbeitende in klinischen und sozialgerontologischen Alterseinrichtungen

Von durchschnittlich 37.8% der Befragten wird der Nutzen der Supervision als hoch eingeschätzt, alle anderen sehen ihn als mittel (durchschnittlich 35.1%), gering (durchschn. 14%) oder nicht vorhanden (durchschn. 4.2%) an. Unterscheidet man – so der Fragebogen – den Nutzen in persönlichen, beruflichen, patientenbezogenen und teambezogenen Nutzen, so fällt auf, dass offenbar der teambezogene Nutzen bei den meisten am deutlichsten ausfällt. Etwas bedenklich ist der Umstand, dass der patientenbezogene Nutzen deutlich am schwächsten eingeschätzt wird. Nur 31.6% schätzen ihn hoch ein, die Kategorie ‚geringer Nutzen‘ wird hier häufiger gewählt als bei den andern Nutzensarten, ebenso die Kategorie ‚kein Nutzen‘ (vgl. Kap. 5.3.5). Es fällt hier natürlich ins Gewicht, dass Teamprozesse sogar ein bisschen häufiger Anlass und Motivation für Supervision sind als Behandlungs-

fragen (39% der Nutzer definieren ihre Supervision als Teamsupervision, 35% als Fallsupervision). Obwohl in manchen Institutionen die Fallsupervision sogar vorgeschrieben wird – und dort die patientenbezogene Wirkung denn auch am deutlichsten ausfällt –, sind Teamkonflikte, interdisziplinäre und persönliche Prozesse insgesamt oft das Thema von Supervisionsprozessen. Gleichwohl wird als Hauptargument für Supervision oft das Wohl des Patienten betont, in dessen Dienst auch die Supervision stehen soll, keineswegs aber immer steht (Schay et al. 2005; Petzold/Schigl et al. 2003), und nur mit dieser Begründung lässt sich zuweilen eine Finanzierung durch die Kostenträger bewirken. Es erstaunt daher, dass dem Nutzen für die PatientInnen nicht mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird bzw. dass in Kauf genommen wird, dass es diesen kaum oder gar nichts nützt. Die weit verbreitete Annahme, dass die PatientInnen ‚automatisch‘ davon profitieren, wenn das Personal zufriedener ist, Spannungen untereinander reduziert sind, die Betreuenden besser ‚für sich selber sorgen‘, lässt sich nämlich empirisch nicht belegen (Petzold/Schigl et al. 2003). Ohnehin fehlt nach wie vor zur Umsetzung von Supervisionsergebnissen in die praktische Arbeit der Nachweis von Qualitätsverbesserung. Der doch hohe Anteil mittlerer und geringer Bewertungen von Supervision (Abb. 9) kontrastiert natürlich den Anspruch von SupervisorInnen als „ExpertInnen für ExpertInnen“. Supervision wird ja mit einer besonderen Expertise verbunden und berufsverbandlich propagiert (Weigand 1999, 2001), und dann sind mittlere Leistungen eben kein guter Qualitätsnachweis, denn Supervision, die hohe Qualität fördern will, kann es sich nicht leisten, in so hohem Anteil eine mittelmäßige Performanz attestiert zu bekommen (vgl. 6.6 und die ebenfalls mäßigen Werte Abb. 8).

6.6 Positive und negative Erfahrungen in der Supervision während der letzten sechs Monate

Rund 58% der Nutzer bezeichnen ihre vorgängigen Erfahrungen mit Supervision als positiv bzw. eher positiv.

Die aufgelisteten erfahrenen positiven Aspekte von Supervision bestätigen noch einmal, dass ein großer Teil der Nutzer in der Supervision hauptsächlich eine Möglichkeit zur Verbesserung sozial-kommunikativer Kompetenzen und Performanzen findet, dies zumeist für die Kooperation innerhalb des Arbeitsteams, durchaus aber auch im Hinblick auf die Patienten/Klientenbeziehung. Man darf dies wohl auch als Bedürfnisnachweis verstehen in dem Sinne, dass in diesem Bereich viele MitarbeiterInnen von klinischen und sozialgerontologischen Einrichtungen (und nicht nur dort) einen Entwicklungsbedarf sehen und Veränderungen anstreben. Erweiterung von persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, lösungsorientierte Strukturierungs- und Handlungshilfe in der Praxis sowie allgemeine Unterstützung und Entlastung sind die weiteren erlebten Hauptwirkungsbereiche und, in den Ergebnissen dieser Umfrage etwas weniger gewichtet, der Weiterbildungs- und Wissensvermittlungsaspekt. Dieser wird von Supervisoren oft kaum beachtet und gar vermieden (vgl. Schmidbauer 2000, 106), weil Supervision sich ja von einer Weiterbildungsveranstaltung unterscheiden müsse. Auch wenn Supervision und Weiterbildung zwei verschiedene Dinge sind, so schließt das nicht aus, dass das eine punktuell den Charakter des andern einnehmen kann. Supervision ist sogar als eine *spezifische Form professioneller Weiterbildung* zu sehen (Schreyögg 1991; Petzold 1998a), indem *feld- und fachkompetente* Supervision auch neue Wissens- und Kenntnisstände und Forschungsergebnisse weitervermittelt.

All diese von den Nutzern genannten Funktionen kann sinnvolle Supervision haben, und es ist eine Frage des Kennens und Erkennens von Bedürfnislagen, von Team- und Institutionsprozessen, wann welche Schwerpunktsetzungen und Wirkungsweisen nützlich, angebracht oder notwendig sind.

Zu den 28 Nutzern, die mit Supervision schlechte Erfahrungen gemacht hatten, sind für die Auswertung auch diejenigen Nicht-Nutzer (18) hinzuzuzählen, welche wegen negati-

ver Vorerfahrungen mit Supervision zum Zeitpunkt der Befragung keine Supervision oder keine mehr hatten. Nicht erfüllte Erwartungen an die Supervision und mangelnde Kompetenzen des Supervisors (was sich gegenseitig nicht ausschließt) kennzeichnen die negativen Erlebnisse mit Supervision. Die Erwartungen mögen weit auseinander gehen und von Unkenntnis geprägt sein, wenn ein Team erstmals eine Supervision in Anspruch nimmt (vgl. auch Kap. 6.7), und vielleicht sind gewisse Enttäuschungen unvermeidlich. Sie lassen sich aber reduzieren, wenn am Anfang einer Supervision einerseits die Erwartungen und der Auftrag der SupervisandInnen an die Supervisorin geklärt werden und andererseits von Seiten der Supervisorin darüber informiert wird, was Supervision sein kann. Inkompetenz des Supervisors/der Supervisorin hingegen wäre vermeidbar.

Das fachliche Wissen insgesamt, das methodische Geschick und die sozialen Kompetenzen ihrer SupervisorInnen werden von über der Hälfte der Nutzer als ‚hoch‘ eingestuft (am höchsten die sozialen Fähigkeiten mit 66.5%). Auffallend ist hingegen die Einschätzung des gerontologischen Fachwissens des Supervisors, das nur von 37.4% der Antwortenden mit ‚hoch‘ beurteilt wird. Eine Mehrheit sieht nur mittelmäßige oder geringe Kompetenzen. Die Bedeutung der *Feld-* und *Fachkompetenz* (Heltzel 1997; Möller 2001,93f) in der Supervision ist leider noch zu wenig erforscht. Was in den frühen Jahren der ‚autodidaktischen‘ Supervision noch eher selbstverständlich war, als erfahrene KollegInnen ihr Fachwissen beratend-supervisorisch an jüngere oder weniger erfahrene zur Verfügung stellten, hat an Bedeutung eingebüßt – vielleicht durch die Möglichkeit der erwerblichen Qualifikation und Zertifizierung als SupervisorIn. Ausgebildete SupervisorInnen trauen sich mit dem ‚Befähigungsschein‘ Supervision auch Arbeit in ihnen unvertrauten Feldern zu. Das muss nicht immer schief gehen, aber das Potenzial von Supervision kann so sicher nicht optimal genutzt werden. Selbst wenn teamdynamische oder interdisziplinäre Fragen Gegenstand der Supervision sind, ist es wichtig, die fachlich-betreuerischen Fragestellungen und Probleme in einem Kontext mit den institutionellen, strukturellen sehen zu können. Wo „Fallsupervision“ gemacht wird, ist das Vorhandensein einer soliden *Feld-* und *Fachkompetenz* unumgänglich. Zu viele Aspekte werden sonst übersehen oder nivelliert („das ist doch überall dasselbe“). Jedes Feld und jedes Fachgebiet hat seine Spezifitäten (sonst gäbe es ja auch keine feldspezifischen Aus- und Weiterbildungen), und gerade im gerontologischen Bereich sind diese von zentraler Bedeutung. Die Auseinandersetzung mit Leben-Sterben-Tod, mit Macht und Ohnmacht oder die hochkomplizierten und äußerst variablen Wechselwirkungen zwischen physischen und psychischen Störungen verlangen nach Sach- und Fachkenntnis (Petzold/Petzold 1997a,b) und können nicht mit Plattitüden und Klischeewissen angegangen werden, wie das in einem Beitrag von W. Schmidbauer (2000) leider zum Ausdruck kommt. Supervision im Feld der Gerontologie, der Gerontopsychiatrie und -psychologie – das ist unsere Meinung – setzt SupervisorInnen mit sozialgerontologischen Kompetenzen voraus, und die SupervisandInnen stimmen dem in dieser Untersuchung weitgehend zu.

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

Zwei Drittel der Nutzer in unserer Studie schätzen die fachlich-gerontologischen Kompetenzen des Supervisors als ‚sehr wichtig‘ oder ‚eher wichtig‘ ein, was unserer obigen These Nachdruck verleiht. Wenn man in Rechnung stellt, dass der größte Anteil der Nutzer von der Supervision eine „Verbesserung der fachlichen Kompetenz und Performanz“ erwartet, so liegt man mit der Forderung nach fachspezifischen Kenntnissen nicht daneben. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass Fachwissen bei den SupervisandInnen selber in hohem Maße vorhanden ist (aus Mangel an qualifiziertem Personal ist dies zwar gerade im Altenbereich häufig auch nur zum Teil gewährleistet), darf das nicht heißen, dass es der

‚Job‘ der Supervisorin sei, dieses nur richtig zu verbinden oder zu ordnen (auch dazu braucht es im Übrigen hohes eigenes Fachwissen!). Die Probleme, die BetreuerInnen in eine Supervision bringen, können nur verstanden und ernst genommen werden, wenn ihr Hintergrund ausreichend bekannt ist. Dass dieses Wissen den Betreuten zugute kommt, darauf weist das Ergebnis, dass der patientenbezogene Nutzen der Supervision signifikant höher eingeschätzt wird, wenn beim Supervisor hohe fachlich-gerontologische Kompetenzen wahrgenommen werden.

Etwas im Widerspruch steht die hohe Erwartung einer verbesserten professionellen Kompetenz und Performanz durch die Supervision mit den Rollenerwartungen an den Supervisor. Hier liegt der Schwerpunkt der Aussagen auf dem problem- und konfliktlösenden, begleitenden Aspekt. Als Psychotherapeut, Vermittler und Problemlöser wird er häufiger gesehen denn als fachlicher Führer. Mit diesem Faktor ist aber der zweite große Anspruch an Supervision angesprochen, den sie als eine Dienstleistung auch erfüllen muss. Obwohl hier oft zu hohe Erwartungen an SupervisorInnen herangetragen werden und die Gefahr besteht, Konfliktlösungen an die Supervision zu delegieren, statt interne Lösungswege zu suchen, kann und soll die Supervision einen klärenden Beitrag leisten. Der ‚Blick von außen‘, der mehrmals als protektiver Faktor genannt wird (vgl. Kap. 6.8), ist – auch wenn er nicht immer neutral und allparteilich ist (vgl. negative Erfahrungen und Risikofaktoren) nicht umsonst ein Kerneffekt ‚guter‘ Supervision (Möller 2001).

Wie bereits erwähnt, ist es sinnvoll, über die Rolle, die eine Supervisorin einnehmen kann und will, im Vorfeld ein klärendes Gespräch zu führen. Viele enttäuschende Supervisionserfahrungen haben möglicherweise ihren Ursprung darin, dass es von Seiten des Supervisors unterlassen wurde, über Möglichkeiten und Grenzen zu informieren bzw. sich mit den SupervisandInnen auszutauschen – ein leider nicht seltener Fehler –, wenngleich sicher noch weitere Bedingungen gegeben sein oder erarbeitet werden müssen, um der Supervision zu einer optimalen Wirksamkeit zu verhelfen (Hirsch 2002, 119ff).

Exkurs: SupervisorInnen beklagen zuweilen eine ungenügende Motivation unter den MitarbeiterInnen, Widerstände des Personals oder der Institutionsleitung gegen Supervision. Das klingt dann leicht indigniert oder larmoyant (so z.B. Schmidbauer 2000), weil diejenigen, denen ein gutes Produkt angeboten wird – oder die es, wie meistens der Fall, ja selber ‚einkaufen‘ –, dieses dann nicht nutzen wollen oder können. Bei allen berechtigten Überlegungen zu strukturellen und interaktionalen Voraussetzungen für Supervision, man könnte sich doch auch fragen: Ist Supervision in solchen Fällen wirklich das geeignete Produkt? Oder vermag Supervision nicht das zu bieten, was solche MitarbeiterInnen, Teams oder Einrichtungen brauchen? Oder fehlt da vielleicht ein Glied in der Kette? Brauchen diese KlientInnen vielleicht erst – bevor sie an Supervision denken oder sie nutzen können – ganz andere Arten der Hilfestellung, Unterstützung und Entlastung? Oder müssten sich die SupervisorInnen fragen, wie sie diesen Bedürfnissen eher gerecht werden könnten?

6.8 Potenziell protektive Faktoren und Risikofaktoren der Supervision für die Betreuenden

Zunächst geben die vielen fehlenden Angaben zu den Fragen nach protektiven Anteilen und Risikofaktoren zu denken. Bei einigen der Antwortenden kann es vielleicht mit dem erhöhten Zeit- und Reflexionsaufwand bei offenen Fragen erklärt werden, z.T. vielleicht auch damit, dass die Frage nicht verständlich genug war (einige Antworten deuten darauf hin – doch das sind sehr wenige). Ein beträchtlicher Teil der Befragten lässt also offen, worin sie ggf. schützende, stützende, fördernde Anteile auf der einen Seite, potenziell schädigende, unerwünschte Wirkungen der Supervision auf der andern Seite sieht. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Alter oder Berufserfahrung und der Tatsache, dass auf diese Fra-

gen nicht geantwortet wurde, konnte nicht festgestellt werden. D.h., es hat nichts damit zu tun, dass jemand vielleicht noch zu wenig Berufserfahrung und zu geringe Supervisionserfahrung hat. Es ist auch nicht anzunehmen, dass „keine Antwort“ gleichzusetzen ist mit „keine Risiken“ oder „keine protektive Wirkung“. Diese Haltung wird von nur 4 Nutzern betreffend der Risiken für BetreuerInnen ausdrücklich eingenommen.

Die von den Nutzern beschriebenen Risikofaktoren und Nebenwirkungen sind den tatsächlich gemachten negativen Vorerfahrungen auffällig ähnlich. Das ist zwar nicht sehr erstaunlich, heißt aber doch, dass diese potenziell schädlichen Wirkungen im Erfahrungsbereich vieler Nutzer liegen und nicht frei erfunden sind. *Verschlechterung der Situation, Ineffizienz, Verunsicherung/Verletzung/Vertrauensmissbrauch/Abwertung, Fehlverhalten und Mängel des Supervisors, Abhängigkeit vom Supervisor, mangelnde Bereitschaft zur Veränderung bei Teamentgliedern, fehlende Umsetzung von Lösungen, Abnüchtung der Wirkung* – um all die genannten Faktoren noch einmal zu nennen – sind in der Tat unerwünschte Wirkungen von Supervision und zeigen sich auch in Schadensstudien (Leitner/Petzold et al. 2004). Dass sie vorkommen, erklärt auch das mancherorts anzutreffende Misstrauen gegenüber einer neu einzuführenden Supervision, von welchem in einschlägiger Literatur berichtet wird (Hirsch 2002). Solche Skepsis ist unter Umständen nicht unberechtigt. Und das verweist auch auf die geklagten Negativverfahren mit der „Arroganz von SupervisorInnen“. Bestätigt wird diese Klage etwa durch den u.E. unangemessenen Ton, mit welchem von SupervisorInnenseite über diese „Ignoranten“ geschrieben wird (Schmidbauer 2000). Es wird in Zukunft deshalb darum gehen, Quellen von Ineffizienz und anderen unerwünschten Nebenwirkungen von Supervision besser zu erfassen, um sie abzustellen (z.B. durch Korrekturen im Ausbildungs- und Supervisorensystem).

Mögliche protektive Wirkungen von Supervision für sich selber sehen von 155 SupervisandInnen immerhin 120. Mit den Faktoren, die am meisten genannt worden sind, lassen sich in etwa die Bedürfnisse an SupervisorInnen (oder an andere Dienstleister?) ablesen: Förderung von Teamentwicklung und Zusammenarbeit, Verbesserung von Professionalität und Problembewusstsein, das Finden von Lösungen und konstruktiven Veränderungen, Unterstützung und Orientierungshilfen, eigene Persönlichkeitsentwicklung, Schutz vor Burn-out und Fehlentscheidungen. Diese Bedürfnisse gilt es ernst zu nehmen. Inwiefern und unter welchen Bedingungen Supervision in der Lage ist, ihnen auch gerecht zu werden, muss noch in Wirksamkeitsstudien erforscht werden. Es sei daran erinnert, dass es bislang keine kontrollierten Studien zur burn-out-prophylaktischen Wirkung von Supervision gibt (Petzold/Schigl et al. 2003).

6.9 Potenziell protektive Faktoren und Risikofaktoren der Supervision für die Betreuten/PatientInnen

Hier sticht der Anteil fehlender Angaben noch deutlicher ins Auge als bei den protektiven/schädigenden Faktoren für die SupervisandInnen. Lassen wir die Deutungsmöglichkeit noch offen, dass all diejenigen, welche die Frage nach den Risiken für die PatientInnen nicht beantwortet haben (67.7%), damit ausdrücken, dass sie keine solche Nebenwirkungen sehen (9 Personen machen diese Aussage explizit), so bleibt immer noch die Frage, warum immerhin noch 40% der Nutzer (auch) keine protektiven Wirkungen für die PatientInnen einfallen. Es ist ein beunruhigender Gedanke, dass so viele SupervisandInnen an einen Gewinn, den ihre PatientInnen von der Qualitätsverbesserung durch Supervision haben könnten, gar nicht denken, was durch eine kontrollierte Studie im Bereich der Drogentherapie mit Fakten dokumentiert wird (Schay/Petzold et al. 2005). Diese Studie zeigt auch, dass SupervisorInnen diese Möglichkeit offenbar auch nicht vermitteln. Das fast völlige Fehlen von Studien, die sich um einen Nachweis von Supervisionseffekten auf der Ebene des

Klienten-/Patientensystems bemühen (vgl. aber *Oeltze, Ebert, Petzold* 2001 für die Integrative Supervision), nährt diese Vermutung.

Als möglicherweise schädigend erscheint in den von den übrigen 32.3% gemachten Aussagen primär das Machtpotenzial der Supervision über den Patienten, das diesem aber nicht transparent gemacht wird. Unzureichender *informed consent*, Verletzung von Schweigepflicht, Zementierung von Vorurteilen oder Fehleinschätzungen sind schwerwiegende, in Studien dokumentierte (*Petzold/Rodriguez-Petzold* 1997; *Leitner/Petzold et al.* 2004) Nebenwirkungen, gegen die man sich schützen sollte – als SupervisorIn und als SupervisandIn, die PatientInnen haben ja keine Möglichkeit dazu!

Nicht zu unterschätzen ist, auch wenn nur vier Personen das auf dem Fragebogen festhielten, die Frage des Zeitaufwands. Unsere Erfahrung zeigt, dass die Durchführung von Teamsupervisionen immer auch einen beträchtlichen organisatorischen Aufwand bedeutet und viele TeilnehmerInnen innerlich hin und her gerissen sind zwischen Dienstpflicht ‚am Patienten‘ und Interesse an der Supervision. Selbst wenn diese als fruchtbar für SupervisandInnen und PatientInnen angesehen wird, ist es nicht von der Hand zu weisen, dass damit auch Betreuungs-, Therapie-, Gesprächszeit verloren geht, bei Personalschlüssen, die oft ohnehin (zu) knapp ausgelegt sind.

Da 9 Befragte ausdrücklich keine Risiken und Nebenwirkungen sehen und 8 weitere ausschließlich positive Nebenwirkungen erwähnen, sind es letztlich nur 31 Personen (20%), die der Supervision potenziell schädigende Wirkung zutrauen. Wir wollen das gerne als Zeichen dafür sehen, dass solche unerwünschten Wirkungen selten zum Tragen kommen, geben aber doch zu bedenken, dass es im Interesse der PatientInnen und von uns betreuten alten Menschen angebracht ist, diese Fragestellung hin und wieder – warum nicht in der Supervision? – zu prüfen, denn: *worauf man nicht achtet, das entdeckt man auch nicht* (vgl. *Petzold, Müller et al.* 2005, dieser Band). Die negativen Erfahrungen, die in dieser Studie referiert wurden, haben stattgefunden und haben mehr oder weniger schädigenden Einfluss auf die SupervisandInnen (und möglicherweise PatientInnen) gehabt, und da ist jedes Mal ein Mal zu viel.

7. Ausblick

Von den Institutionen und Organisationen in der Altenbetreuung und -Behandlung in der deutschen Schweiz hat eine Mehrheit keine supervisorische Begleitung. Ob dies für das Feld negativ ist, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit gesagt werden. Solange die positiven Auswirkungen und erwünschten Effekte für SupervisandInnen und PatientInnen bzw. BewohnerInnen nicht eindeutiger genutzt werden können und darüber empirische Nachweise vorliegen – und zwar feld- und methodenspezifische – ist jedes generelle Hohelied auf Supervision mit Vorsicht zu betrachten oder als Marketing-Strategie, wie die Untersuchung der Arbeitsgruppe Altenbetreuung der Österreichischen Vereinigung für Supervision zeigt, bei der man aus den Ergebnissen der Erhebung unproblematisiert einen besonderen Bedarf für Supervision ableitet (ÖVS-Studie 2003). Dabei gäbe es Probleme genug, denkt man an die massierten Vorfälle von Pflegeskandalen in Österreich (ein Bezug, den die AutorInnen dieser Studie leider nicht herstellen). Das hätte in Österreich durchaus vertreten werden können: Lainz I (1985-1989 mit Patiententötungen; vgl. *Petzold* 1985d, 1994a) führte zur Forderung nach und Einführung von Supervision (*Rosenmayr* 1989), aber es kam zu Lainz II (2002, *Pletzl* 2003) mit Fällen „gefährlicher Pflege“. Auch die neuerlichen Zwischenfälle in Südtirol, der Innerschweiz, Bonn (*Petzold et al.* 2005) geben Anlass genug, nach Maßnahmen zu rufen. Ob Supervision allerdings hier das richtige Instrument ist, bleibt eine offene Frage, denn bislang wurde weder einer der – international gesehen – bedrückend häufigen Pflegeskandale (*Schreiner* 2000) durch Supervision aufgedeckt, noch

fand in der supervisorischen Literatur zu diesen Themen bis heute eine fachliche Diskussion statt (Ausnahmen: *Petzold 1998a, Hirsch 2002*). Hier wären kritische und methodische Überlegungen unverzichtbar, denn „*riskante Pflege*“ ist so selten nicht.

Die Leistung der SupervisorInnen, die in diesem Feld schon tätig sind, qualitativ gute Arbeit machen und offenbar keine Scheu haben, sich auch mit schwierigen Umständen – wie sie besonders in Alterswohneinrichtungen immer noch häufig anzutreffen sind – auseinander zu setzen und trotz dieser sich für die Betreuten einzusetzen, soll mit diesen kritischen Überlegungen nicht geschmälert sein. Ihr Engagement, ihre Solidarität und ihr fachliches Eintreten für die Situation alter Menschen und überlasteter MitarbeiterInnen unter problematischen, zuweilen unzumutbaren Bedingungen sind dringend nötig⁴. Die in unserer Studie deutlich gewordenen Mängel bei dem gerontologischen Fachwissen und der Feldkompetenz der SupervisorInnen spiegeln sich auch in der supervisorischen Fachliteratur zu diesem Thema wider, wo es kaum zu einer fachspezifischen Auseinandersetzung auf dem Boden sozialgerontologischer Wissensstände gekommen ist (vgl. aber *Hirsch 2002; Petzold/Petzold 1997a,b*). Hier werden in Zukunft Entwicklungen in Theorie und Methodik sowie weitere Forschungsarbeiten notwendig. Wir hoffen, mit der vorliegenden Studie einen nützlichen Beitrag für einen „Bereich in Entwicklung“ geleistet zu haben.

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 SupervisorInnen als „Experten für Experten“. Dem Wunsch der SupervisorInnen nach **Feldkompetenz und 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 SupervisorIn 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, Gewinn bringende Wirkungserfahrungen, die das Potenzial von ‚guter Supervision‘ und ‚guten SupervisorInnen‘ aufzeigen.

Summary: Supervision in the domain of clinical and sociogerontological work with the aged. An exploratory field study in German speaking Switzerland

In this exploratory field study (Users of Supervision n=155, Non-Users n=244) data have been gathered concerning experiences with and expectations in supervision in the domain of clinical and sociogerontological work with the aged. The results indicate that the assumed demand for supervision is not corresponding with the needs of the professionals working in that field. However, there are non-users that would like to have supervision but cannot get it because of financial reasons. The users of supervision see their expectations in supervisory support only partly fulfilled. Professional benefits: 41.9 high, 36.1

4 Es ist hier allerdings zu vermerken, dass bislang in keiner der berufsverbandlichen, deutschsprachigen Supervisionszeitschriften auf Missstände und Belastungssituationen im Alten- und Pflegebereich hingewiesen wurde, und man sich von Seiten der supervisorischen Fachschaften bislang jeder Stellungnahme enthalten hat.

average, 14.2 low, 3.9 no benefit. Patienten related benefits: 31.6 high, 36.1 average, 16.8 low, 5.8 no benefit. Previous experiences with supervision: positive 26.4%, rather positive 31.4%, neutral 25.6%, rather negative 12.4%, negative 4.1%. The rather high rate of mediocre and low scores contrasts the claim of supervisors to be „experts for experts“. The demand for field competence and gerontological expertise of the supervisors is only met by 37.4%. Negative experiences and suspected risks and side effects for supervisees and patients are hinting to weak points and shortcomings in the competences and performances of the supervisors that have to be corrected. On the other hand a lot of good and beneficial effects are reported showing the potential of ‚good supervision‘ and ‚good supervisors‘.

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

Literatur

- Amann, A. (1991): Altwerden in Niederösterreich. Wissenschaftliches Gutachten für einen „Landesaltenplan“ (Gemeinsam mit dem Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag 2000. 2. unveränderte Aufl. 1998.
- (1994): *Lehrgang: Gerontologie und Geriatrie*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, 3. unveränderte Aufl. 1998.
- Auckenthaler, A. (1998): Qualitätssicherung durch Supervision? Die Supervisionspraxis vor dem Hintergrund der Supervisionsprogrammatis. In: Berker, P., Buer, F. (1998), 183-195.
- Beine, K.-H. (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus.
- Berker, B., Buer, F. (1998): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum Verlag.
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. /2004 und in *Gestalt* 51 (Schweiz) 37-49.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Funds Quarterly* 44, S.166-203.
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der Bewegingswetenschappen – Postgradualer Studiengang Supervision Amsterdam. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision – *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 11/2003.
- Fortmeier, P. (2001): Künftige Ziele der DGSv. *DGSv aktuell* 2,1-4.
- 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 im Feld der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, Schjgl et al., 299-335.
- Heltzel, R. (1997): Die Bedeutung von Feldkompetenz für Beratung und Supervision in der Psychiatrie. *Psychosozial* 20/4, S.57-69. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, R.D. (2002): Supervision, Teambberatung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Holloway, E.L. (1995): Clinical supervision: a system approach. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Knaus, K.J., Petzold, H. G. et al. (2005): Supervision in deutschen Altenheimen – eine Felderkundung (in Vorber.)
- Koch-Straube, U. (1999): Ich weiß nicht, was soll das bedeuten? Supervision im Altenpflegeheim. In: OSC 6/3, Leverkusen: Leske + Budrich.
- Kolner, M., Petitjean, S., Petzold, H.G. et al. (2005): Supervision in der Psychiatrie in Österreich – eine europäische Multicenterstudie (in Vorber.)
- König, M. et al. (2005) Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung (in Vorber.)
- Leitner, A. (2005): Weiterbildungs- und Interventionsforschung in psychosozialen und klinischen Feldern. Krems: Edition Donau-Universität Krems.
- , Petzold, H.G., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2002): Mythos Supervision? – Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg./2004.
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): Was ist Evidence Based Psychotherapy? *Integrative Therapie* 1-2, 11-28.
- Maisch, H. (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205.
- Märtens, M., Möller, H. (1999): Zur Problematik der Supervisionsforschung. OSC 5/3, 205-221.
- Möller, H. (2001): Was ist gute Supervision? Stuttgart: Klett-Cotta.
- , Märtens, M. (1998): Zur Problematik der Supervisionsforschung: Forschung ohne Zukunft? Supervision als homöopathische Inszenierung. In: OSC – *Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management* 5/3, S. 205-221. Opladen: Leske + Budrich.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ – „Client dignity?“, in: M. Märtens, H.G. Petzold (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünwald, 293-332.

- , — (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Alternsforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer gerontotrophen Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die Arbeit mit alten Menschen. In: H.G. Petzold (2004), Mit alten Menschen arbeiten. Bd I. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 17-85.
- Oeltze, H.-J., Ebert, W., Petzold, H.G. (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – SUPERVISION. Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 01/2002.
- ÖVS-Studie (2003): Supervision für MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung. Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS), Arbeitsgruppe Altenbetreuung, Regionalgruppe für Oberösterreich.
- Petzold, Ch. (1996): Chancen und Grenzen des Supervision als Praxis- und Organisationsberatung in Einrichtungen der Altenarbeit. *Supervision. Zeitschrift für berufsbezogene Beratung* 1, 41-47.
- , Petzold, H.G., (1997b): Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen. In: Eck, D. (Hrsg.). (1998): Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 240-257.
- Petzold, H.G. (1977e): Integrative Geragogik – Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, Brown, 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- (1985a): Mit alten Menschen arbeiten, München: Pfeiffer.
- (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.
- (1988f): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, in: Petzold, Stöckler (1988) 65-86.
- (1991j): Bedrohte Lebenswelten, in: Petzold, Petzold (1991) 248-293.
- (1994a): Mehrperspektivität – Ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozial-interventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: Petzold (1998a) 97-174.
- (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann.
- (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in „komplexen Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 01/2002.
- (2003o): [Interview mit Theodor Itten] Positionen zur Psychotherapieforschung, Entwicklungen im Feld, Schweizer Charta für Psychotherapie und persönliche Standpunkte. In: *Psychotherapieforum* Vol. 11 No. 4, 2003, 141-145.
- (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- (2005c): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihre Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen, in: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 1/2005
- (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie, in: Petzold (2005a).
- (2005j): Integrative Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2. erw. Aufl. von 1998a.
- , Brown, G. (1977): (Hrsg.) Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung. München: Pfeiffer.
- , Biholz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn: Junfermann.
- , Ebert, W. & Sieper, J. (1999/2001): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Erw. und überarbeitet 2001, in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 01/2001
- , Märrens, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- , Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Alternsforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontotrophen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold (2004a) 17-85.
- , —, Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal – Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burn-out, *Integrative Therapie* 1/2/2005, dieser Band.
- , 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 www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – SUPERVISION. Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 04/2002.
- , Petzold, Ch. (1991a): Lebenswelten alter Menschen, Hannover: Vincentz.
- , — (1997a): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung und Reflexion in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: Blonski, H. (Hrsg.). (1997): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag. 165-178.
- , Rodriguez-Petzold, F. (1997): Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem, *Familiendynamik* 3, 288-311. Erw. in: Petzold (1998a) 191-212 und in: Eck, D. (Hrsg.) (1998): Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 79-98.
- , Schiggl, B., Fischer, M., Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Opladen: Leske + Budrich.

- , Sieper, J. (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, 1, 3-9.
- , Stöckler, M. (1992): Curriculum für eine Supervisionsausbildung mit Vertiefungsschwerpunkt „Krankenhaus- und Altenheimwesen“. Wien: Pro Senectute Österreich.
- , (1988): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Pletzl, F. (2003): „Lainz bleibt Lainz“. Von Gewalt und Macht in der Altenpflege. „akin – aktuelle Informationen“. <http://akin.mediaweb.at>
- Rosenmayr, L. (1989): Supervision in der geriatrischen Pflege und Betreuung, *Rathaus-Korrespondenz* (Wien) 15, 17-21.
- Schay, P., Petzold, H.G., Dreger, B., Siegele, F., (2005): Die Wirksamkeit von Supervision für den Klienten. Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Klientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): *Integrative Suchtherapie*. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schirmacher, F. (2004): Das Methusalem-Komplott. München: Blessing Verlag.
- Schmidbauer, W. (2000): Das Ringen mit dem Alter – Der Supervisor und das Pflegeheim. *Forum Supervision* 15, 100-107.
- Schreiner, P.-W. 2000: Patiententötungen durch Angehörige helfender Berufe. Euthansie / Sterbehilfe www Pflegethemen.
- Schreier-Gasser, U., Steiner, M. (1999): Gerontopsychiatrie als Spezialgebiet. *Geriatric Praxis* 3, 31-36.
- Schreyögg, A. (1991): Integrative Supervision – ein integratives Modell. Paderborn: Junfermann.
- (1994): Supervision – Didaktik und Evaluation. Paderborn: Junfermann.
- Siegele, F. et al. (2005): Supervision in der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – eine Multicenterstudie, FU Amsterdam (in Vorber.)
- Stöckler, M. (1989): Expertenbefragung zum Weiterbildungs- und Supervisionsbedarf für Fachkräfte und Mitarbeiterinnen der Altenarbeit in Österreich. Wien: Pro Senectute Österreich (unveröffentl.).
- (1989a): Einsamkeit macht krank. Überlegungen aus der Sicht der Integrativen Therapie. Graduiierungsarbeit. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- (1996): Einrichtungen der Altenarbeit in Niederösterreich – Bestandaufnahme und Perspektiven. Eine Felderkundung. Diplomarbeit Postgradualstudiengang Supervision, Begleiter H. Petzold. Amsterdam: Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam.
- Thomas, G. (1997): Burn-Out und Supervision, Diplomarbeit im Studiengang Supervision, Faculty of Movement Sciences, Freie Universität Amsterdam.
- Weigand, W. (1999): Qualität statt Quantität – Die DGsv im 10. Jahr ihres Bestehens. *DGsv aktuell*, 2/99, S. 4-5.
- (2001): „Wege in die Qualität“. *DGsv aktuell* 1, S.1ff.

Korrespondenzadressen:
 lic. phil. Lotti Müller
 Gerontopsychiatrisches
 Zentrum Hegibach
 Minervastr. 145
 CH 8032 Zürich
 E-Mail: Lomueseag@dpla-
 net.ch

Univ.-Prof. Dr. mult.
 Hilarion G. Retzold
 Europäische Akademie für
 psychosoziale Gesundheit
 Wefelersr 5
 D - 46499 Hüekeswager
 E-Mail: Forschung.
 EAG@t-online.de

PD Dr. med. Ursula Schreier
 Gasser
 Gerontopsychiatrisches
 Zentrum Hegibach
 Minervastr. 145
 CH 8032 Zürich
 E-Mail: ursula.schrei-
 ter@puk.zh.ch

Anhang: Zusammenfassung der Multicenterstudien für Deutschland und Österreich

Die Studien wurden mit dem gleichen Matrixfragebogen 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 wider, dass sie in der Tendenz aller drei Studien in den wichtigen Eckpunkte übereinstimmen. Auch die ÖVS-Studie (2003), die mit einem weitaus größeren n = 960 und offenbar institutionelle 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/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, 1/2005.

Knaus, K.-J., Petzold, H.G., Müller, L. (2005): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie, pp. 34.

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 der Psychiatrie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003) und 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. Die 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 % klassifizieren die Nutzer ihre vorgängigen Erfahrungen mit positiv bis eher positiv. Die Erwartungen in Supervision wurden nur zum Teil erfüllt. *Einschätzung des professionellen 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 fachkompetentem, 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 mit 34% mehr gute, gewinnbringende Wirkungserfahrungen, die das Potenzial von „qualifizierter 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 mehr gute, gewinnbringende Wirkungserfahrungen (bei 46,2% der Nutzer), die das Potenzial von „guter Supervision“ und „guten SupervisorInnen“ aufzeigen.