

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, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

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

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

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

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, 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. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, 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.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 04/2012

Die Wirkung von Supervision in stationären
Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und
Medikamentenabhängige – eine empirische Felderkundung
als Beitrag zur Situation der Qualitäts- und
Wirkungsnachweise von Supervision*

*Andrea Naujoks, Köln***,

*Hilarion G. Petzold, Hückeswagen****

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** Andrea Naujoks, Dipl. Sozialpädagogin, Suchttherapeutin (VDR), Mauenheimer Str. 150, 50733 Köln, andreanaujoks@netcologne.de

*** Betreuer der Arbeit: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

“Supervision dient der *Optimierung von Qualität* in Feldern psychosozialer Praxis. Sie ist damit ein Beitrag zur *Hilfeleistung* für Menschen in belasteten Lebenslagen, zur *Förderung der professionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten* der Helfer, von persönlichen und kollektiven Bewusstseinsprozessen – insgesamt also ein Beitrag zur gesellschaftlichen *Kulturarbeit*“
(Hilarion G. Petzold, 1972h)

0	Vorwort (H. Petzold)	4
1	Einleitung	12
2	Stand Supervisionsforschung	13
2.1	Supervision im suchttherapeutischen Feld der stationären Entwöhnungs- Behandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige	17
3	Problemstellung, Fragestellungen	19
3.1	Fragestellungen	19
3.2	Ethische Aspekte und Datenschutz	22
3.3	Vorgehen und Methode	22
3.4	Stichprobe	22
3.5	Studiendesign	22
3.6	Das Erhebungsinstrument: der Fragebogen	23
3.7	Durchführung der Umfragen in den Kliniken	23
3.8	Statistische Auswertung	24
4	Ergebnisse	24
4.1	Der Rücklauf	24
4.2	Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen	25
4.3	Supervisorisches Setting und Frequenz der Sitzungen	26
4.4	Die SupervisorInnen	28
4.4.1	Soziodemographische Angaben	28
4.4.2	Einschätzung der Fachkompetenz der SupervisorInnen	29
4.5	Wirkungsbereiche der Supervision	30
4.6	Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten 6 Monaten (quantitative Auswertung)	33
4.7	Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten 6 Monaten (qualitative Auswertung)	35
4.8	Risiken und Nebenwirkungen von Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen	37
4.9	Protective, respektive präventive Faktoren von Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen	38

4.10	Erwartungen der KlinikmitarbeiterInnen an Supervision	39
4.11	Eigenschaften einer Supervisorin, eines Supervisors	39
5	Diskussion	40
5.1	Der Rücklauf	40
5.2	Das Supervisandensystem (personal factor)	41
5.3	Das Supervisionssetting (context factor)	41
5.4	Die SupervisorInnen (personal factor)	41
5.5	Einschätzung der Fachkompetenz der SupervisorInnen	42
5.6	Wirkung von Supervision (Effektvariable – technical factor)	43
5.7	Positive und negative Erfahrungen von Supervision	43
5.8	Protektive Faktoren und Risikofaktoren für die SupervisandInnen und PatientInnen durch Supervision	44
5.9	Erwartungen an Supervision	45
5.10	Einschränkung der Studie und Ausblick	45
6	Zusammenfassung, Abstract	47
6.1	Zusammenfassung	47
6.2	Summary	47
7	Tabellenverzeichnis, Verzeichnis der Abbildungen	48
7.1	Tabellenverzeichnis	48
7.2	Verzeichnis der Abbildungen	48
8	Literatur	49
9	Anhang	
9.1	Fragebögen	55

Vorwort: Hilarion G. Petzold

Zur Situation der Qualitäts- und Wirkungsnachweise von Supervision

Die Untersuchung, die *Andrea Naujoks* im Rahmen ihrer Graduierungsarbeit im Studiengang Supervision an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ durchgeführt hat, gehört zu einem breit angelegten Projekt der „empirischen Felderkundung“, das ich seit Beginn des neuen Millenniums in einer Kooperation des Centrums for IBT, Freie Universität Amsterdam, der Donau-Universität Krems und der EAG, Hückeswagen, mit meinen MitarbeiterInnen in Angriff genommen hatte mit dem Ziel, die Qualität und Wirkung von Supervision empirisch abzusichern und Möglichkeiten der forschungsgestützten Qualitätsentwicklung bereit zu stellen. In unserer weit ausgreifenden Metastudie zu empirischen Untersuchungen im Feld der Supervision, international der erste Forschungsüberblick (*Petzold, Schigl et al. 2003*), der die gesamte publizierte englisch- und deutschsprachige Literatur gesichtet hat, wurde deutlich, dass kaum empirische Arbeiten von einer Qualität vorhanden waren, die eine Metaanalyse *sensu strictu* erlaubt hätten. Die große Heterogenität der supervisorischen Methoden und Praxeologien, die im supervisorischen Feld – hierzulande vertreten durch unseren Dachverband DGSv – angewandt werden, erschweren den empirischen Zugriff, denn man kommt beständig in die Situation, Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Gestalttherapeutische Supervision oder psychodramatische ist eben nicht psychoanalytische oder systemische, kann es auch nicht sein, weil die theoretisch-konzeptuellen Zugangsweisen und die praxeologische Performanz zu disparat sind. Es ist davon auszugehen – wie im Felde der Psychotherapie – das nicht alle methodischen Ansätze in der Supervision gleich gut wirken. Eigentlich müsste man jeden einzelnen Ansatz für sich **settingspezifisch** beforschen, wenn man z. B. wissen will, ob nun die Integrative Supervision bessere oder schlechtere Supervisionsergebnisse im *gruppensupervisorischen, teamsupervisorischen, prozesssupervisorisch-dyadischen Setting* (= „Fallsupervision“ als „Einzelsupervision“) hat als tiefenpsychologische bzw, psychoanalytische Supervision. Solche vergleichenden Studien gibt es bislang noch nicht. Es besteht – wohl wegen der dann offenbar werdenden Situation kokurrierender Paradigmen – auch kein großes Interesse an solchen Untersuchungen. Trotz dieses großen Mangels an Studien mit gültigen und zuverlässigen – weil methodenspezifischen – Ergebnissen

ist es wesentlich, explorative Felduntersuchungen durchzuführen, wohl wissend, dass man eine Gemengelage untersucht, die keine trennscharfen Aussagen über einzelne Ansätze oder über „**die**“ Supervision schlechthin (die es eben nicht gibt! – so *Petzold, Schigl et al. 2003*) möglich macht, und die dazu führen, dass „schlechte“ Supervision die Ergebnisse „guter“ Supervision im Gesamtgemenge herunter zieht und „gute“ supervisorische Arbeit die offensichtlich vorliegende schlechte und mäßige Supervision nach „oben“ hin „schönt“. Obwohl die empirische Lage im Feld der Supervision so ist, wie dargelegt, wird von Seiten der führenden Supervisionsverbände im deutschsprachigen Bereich immer wieder von generalisierten positiven Wirkungsnachweisen für Supervision **insgesamt** gesprochen, ohne dass dieses Faktum einer völlig unzureichenden Datenlage benannt wird. Es werden also ungenaue und unzutreffende Angaben gemacht, um das einmal vorsichtig auszudrücken. Wir kritisieren diese Praxis seit ca. 20 Jahren und fordern seriöse Evaluationsforschung ein, versuchen natürlich auch, zu ihr beizutragen, denn nur durch Schwachstellenanalysen ist es möglich, Qualität zu verbessern. Es werden von den Verbänden Zertifizierungen aufgrund von Standardüberprüfungen von **Formalstandards** vorgenommen, damit wird keinerlei Information über die faktische Wirksamkeit und Qualität des jeweiligen Ansatzes und seiner Ausbildungspraxis gewonnen. Hinzu kommt, dass diese Standards etwa der Ausbildung selbst nicht empirisch durch Forschung überprüft wurden. Wir wissen also gar nicht, ob Ausbildungen, die nach DGSv-Standards durchgeführt werden und als Folie für die jeweilige Orientierung (systemisch, tiefenpsychologisch etc.) dienen, tatsächlich gute SupervisorInnen hervorbringen, die **a)** auf der Ebene des SupervisandInnensystems effektiv sind und **b)** auf der Ebene des KlientInnen-/PatientInnensystem und **c)** auf der Ebene des Auftraggebersystems effektiv sind. Für die Integrative Supervision haben wir die Wirksamkeit auf den Ebenen a – c untersucht für die seinerzeitigen DGSv-Standards und für ein kürzeres Curriculum an der FU Amsterdam mit guten Resultaten für alle Ebenen und für beide Curricula (das kürzere zeigte leicht bessere Ergebnisse, hatte aber auch ein höheres Kompetenzprofil bei den Teilnehmerinnen. Eine zweite Studie im Kontrollgruppendesign mit qualitativen und quantitativen Erhebungen sowie einem Videoring der konkreten Outcome-Performanz der Praxis der in „Integrativer Supervision“ Ausgebildeten – die bis heute komplexeste Studie zur Supervisions-Ausbildungsforschung international (*Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997*)

zeigte sehr gute Ergebnisse (ausgebildet gemäß damaligen DGSv-Standards für allgemeinsupervisorische Kompetenz, aber mit Schwerpunktbildung Krankenhaus, Heim, Pflege, vgl. *Orth-Petzold et al. 2010*).

Die DGSv könnte also mit Fug und Recht sagen: Die Ausbildungsstandards der DGSv sind in der Umsetzung durch den Ansatz der Integrativen Supervision als empirisch gut wirksam erwiesen. Von den Ausbildungsinstituten der Dachverbände wird bis heute nicht verlangt, Studien zu Wirkungsnachweisen des jeweils vertretenen Ansatzes in seiner supervisorischen Praxis und in seiner Ausbildungspraxis vorzulegen. Damit sind empirisch fundierte Qualitätsaussagen generalisiert nicht zu machen. Es wiegt nach wie vor schwer, dass die Standards selbst auf ihre Güte, ihre internalen Wirkprinzipien und ökologische Validität nicht in breiter, richtungsübergreifend beforscht sind. Wir haben das verschiedentlich moniert:

„Jeder neue Vorstand und jeder neue Ausschuss geht das Ausbildungsthema bis heute neu an, mit neuen Meinungen und Ansichten über Standards und mit Standardveränderungen. Immer ohne empirische Evaluation der Ausbildungen, die nach den alten Standards durchgeführt wurden, damit man neu „evidenzbasierte“ Verbesserungen vornehmen könnte, und immer ohne zumindest einer Evaluation der neuen Standards in einem Pilotversuch – die Minimalforderung an Curriculumsentwicklung werden nicht eingehalten! Über den Ausbildungswert der Lehrsupervisionen weiß man immer noch nichts oder über die Bedeutung professionellen supervisorischen Übens von Methoden“ (*Petzold, Ebert, Oeltze 2011*).

Ausbildungsevaluation ist natürlich nicht einfach, denn die Prüfkriterien liegen bei folgenden Fragen:

1. erzielen die nach den richtungsübergreifenden DGSv-Standards

- a) in einer DGSv anerkannten Richtung (z. B. systemisch) und
- b) in dem DGSv anerkannten Institut XY (nicht jedes systemische Ausbildungsinstitut muss gute Ausbildungsqualität liefern)

ausgebildeten SupervisorInnen eine gute Supervisionsqualität in ihrer Praxis?

2. erzielen sie diese Qualität

- c) als SupervisorInnen für **Teamprozesse**?
- d) Als SupervisorInnen in **dyadischen** oder **polyadischen Prozessen** (statt des strukturlogisch falschen Begriffes „Einzelsupervision“, **dyadisch**, es sind ja mindestens Supervisor und Supervisand in der Supervisionssituation real präsent; **polyadisch**, die Klientin der Supervisandin ist real bei der life supervision oder virtuell bei der reported supervision „anwesend“)?

e) Als SupervisorInnen für (**spezialisierte**) **Prozesssupervisionen** (statt des ethisch bedenklichen und stigmatisierenden Begriffes „Fallsupervision“. Menschen sind keine „Fälle“, die supervisierten BeraterInnen/TherapeutInnen stehen mit ihnen in Prozessen, in denen α) die BeraterInnenvariable, β) die KlientInnenvariable, γ) die Beziehungsvariable und δ) die Kontextvariable zum Tragen kommt. Die Spezialisiertheit in der „Prozesssupervision“ berücksichtigt die ggf. erforderliche **Feldkompetenz** (im Kindergarten brauche ich als Supervisorin **Feldwissen**, ich muss die Institutionen und ihre Probleme kennen) und ich brauche die benötigte **Fachkompetenz** (ich muss über solides entwicklungspsychologisches, ggf. heilpädagogisches, kinderpsychotherapeutisches **Fachwissen** verfügen, wenn ich Prozesse des Personals mit verhaltensauffälligen Kindern oder zerrütteten Familien begleiten soll, die anwesenden Sozialpädagoginnen, ErzieherInnen o.a. Im Heimwesen oder im Suchtbereich beispielsweise wird ähnlich spezialisierte Feld- und Fachkompetenz von den SupervisandInnen erwartet. Die vorliegende Studie zeigt das wieder einmal.

Zu diesem kurz umrissenen Hintergrund kommt, dass die bislang von mir und meinen ForscherInnengruppen durchgeführten Multicenterstudien über die Akzeptanz von Supervision und über den von SupervisandInnen eines Feldes eingeschätzten Wert von Supervision nicht sonderlich begeistert, was 1. Wirkung für die private Ebene der SupervisandInnen betrifft, 2. die professionelle Ebene der Supervidierten anbelangt, was 3. die Teamarbeit und 4. das PatientInnen-KlientInnen-System angeht. Richtig gute Ergebnisse mit breiter Gültigkeit finden sich nicht. Die Basis positiver Effekte ist schmal und umfasst nur ein knappes Drittel der Rückmeldungen. Leider stellt sich in der vorliegenden Untersuchung wieder einmal die gleiche Problematik dar, die sich in fast allen bisher durchgeführten Studien zeigt: Den SupervisorInnen wird durchweg eine hohe personale, soziale und professionelle Kompetenz von den SupervisandInnen attribuiert – Zeichen einer idealisierenden Expertenorientierung, Zeichen auch einer vorhandenen Expertenmacht in psychosozialen Feldern, die u.a. auch da ist, weil die Supervidierten ja selbst gegenüber dem KlientInnensystem Repräsentanten einer Expertenmacht sind (*Petzold 2009d; Haessig, Petzold 2009*), die oft nicht ausreichend reflektiert ist, genauso wie auf Seiten vieler SupervisorInnen ihre Kontrollmacht nicht hinlänglich reflektiert ist (2005e). Die „**attribuierte Kompetenz**“ und das „**attribuierte Image**“ von Supervision sind also (noch) hoch. Die Untersuchung der von den SupervisandInnen „**erlebten Performanz**“ in den faktischen **Supervisionsprozessen** zeigt aber im Kontrast dazu, dass nur ein **knappes Drittel** der Befragten in ihren Rückmeldungen mit der Leistung ihrer SupervisorInnen **hoch** zufrieden waren, die übrigen zeigten nur **mittlere** und **geringe** Zufriedenheit.

Für Supervision, bei der es sich um eine *qualitätssichernde Maßnahme von ExpertInnen (SupervisorInnen) für ExpertInnen (SupervisorInnen mit Studium und Fachberuf) handelt*, ist ein „befriedigend“, eine „mittlere Zufriedenheit“ eine **schlechte** Benotung. In unseren Projekten der explorativen Felderkundungen wurden bislang für den Bereich der Supervision in der **Psychiatrie** 5 Studien (ges. n = **1200**) durchgeführt (D 2, Ch 1, Au 1, No 1), für den Bereich **Altenarbeit** 3 (ges. n = **355**; Au, D, Ch, vgl. *Petzold, Müller, König* 2007), **Krankenhaus** 1 (n = **316**, Ch, *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2006), **Heil-/Behindertenpädagogik** 1 (Ch). Von Streuung und Rücklauf waren die meisten dieser Studien für den anvisierten Bereich repräsentativ! Ziel ist, Studien zu allen untersuchten Feldern in allen drei deutschsprachigen Ländern durchzuführen. Alle bisher durchgeführten Studien zeigen – und das ist beeindruckend –, dass von den befragten SupervisorInnen nur ein **knappes Drittel** mit der **Feld- und Fachkompetenz** ihrer SupervisorInnen zufrieden waren, das aber die Befragten in der überwältigenden Mehrheit Feld- und Fachkompetenz von ihren SupervisorInnen erwarten (*Petzold, Müller, König* 2007). Mit zwei großen Studien (ges. n = **1100**) im Bereich der Telefonseelsorge (Au, D, *Ertel, Jakob-Krieger, Petzold* 2009; *Hollmann* 2011), wo durchweg nur in hohem Maße feld- und fachkompetente SupervisorInnen tätig waren, zeigte die Ergebnislage für die Supervision insgesamt ein weitaus positiveres Bild, als die erwähnten anderen Studien. Die TS-Studien sind sozusagen ein indirekter Beleg für die Wichtigkeit von Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen. Die Konsequenz, die aus solchen Untersuchungen von Seiten des Feldes und ihrer Fachverbände schon längst hätte gezogen werden müssen: Spezialisierungen für die großen Felder supervisorischer Praxis einzufordern, ja zur Bedingung zu machen und Weiterbildungen (50 – 80 Seminarstunden) für solche feldspezifischen Vertiefungen durch Anbieter mit nachgewiesener Kompetenz im jeweiligen Feld einzufordern (*Orth-Petzold, Petzold et al.* 2009). In vergleichbaren professionellen Feldern ist solche Spezialisierung auf der Basis einer Allgemeinkompetenz selbstverständlich:

Fachärzte, Fachanwältinnen, Fachpsychologinnen, Fachphysiotherapeutinnen ... nur die SupervisorInnen scheinen keinen Handlungsbedarf zu sehen, denn da ist bislang noch nichts in Richtung Spezialisierung oder Zusatzqualifizierung erfolgt, obgleich es zum Beispiel im gerontologischen Bereich immer wieder zu gefährlicher Pflege bis hin zu Patientinnen-tötungen gekommen ist, die bislang nur einmal durch Supervision

aufgedeckt wurden (Petzold 1985d, 2005h; Petzold, Müller 2005). Man hält am Mythos der feldübergreifenden „generellen supervisorischen Kompetenz“ fest, schreibt dieser sogar einen „frischen Blick“ zu, der Betriebsblindheiten vermeide, und übergeht damit in souveräner Ignoranz die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse, dass Lernen mit Anschlußfähigkeit an vorgängiges Wissen bessere Ergebnisse zeigt und DozentInnen mit hohem Fach- und Praxiswissen in besserer Weise „Zonen der nächsten Entwicklung“ (Vygotskij, vgl. Sieper, Petzold 2002, Petzold 2012e) herstellen können, in denen supervisorisches Lehren und Lernen gelingt (Heffels, Petzold 2011; Lukesch, Petzold 2011). Hier wiegt das Fehlen einer konsistenten Lern-Lehr-Theorie im Felde der Supervision bei den meisten Richtungen schwer (Chudy, Petzold 2011).

Und noch schwerer wiegt, dass aus der vorliegenden Supervisionsforschung, bislang keine wirklichen Konsequenzen gezogen wurden, um aufgezeigte Defizite und Mängel zu verändern. Wir haben unlängst eine 2001 vorgelegte Studie wieder veröffentlicht: Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2001/2011): »Evidenzbasierte Supervision und mehrebenenorientierte Qualitätssicherung – oder 'Mythos Gütesiegel' und Supervision als Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne [2001 - 2011] – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen 'von der Basis'.«

Fazit: »Man kann die heutigen Diskussionen um Standards mit denen 2000 – 2002 vergleichen Die 'Basis' wird in diesen Fragen ohnehin nicht gehört. Aus diesem Grunde haben wir diesen Text nach zehn Jahren wieder veröffentlicht. Unser Eindruck ist, dass in diesen Fragestellungen offenbar keine Lernfortschritte gemacht worden sind und man in alter Manier forschungsfern die Fragen zu Ausbildung und Standards einfach „irgendwie“ regelt.« (ibid. 2).

Natürlich ist inzwischen – nicht zuletzt auch durch unsere permanenten Anregungen – von Verbandsseite eine grössere Offenheit gegenüber Forschungsfragen zu verzeichnen (DGSv 2008; Haubl, Hausinger 2009) - vordergründig, muss man wohl sagen, denn so lange nicht mit Maßnahmen konkreter Umsetzung und Konsequenzen reagiert wird, um die durch eine so breite Studiengrundlage aufgezeigten Defizite und Mängel zu beseitigen, kann man nicht von **Qualitätssicherung durch Forschung** sprechen und gerät Supervision selbst in Gefahr, ihren Ruf als Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu verlieren. Im Bereich der Altenarbeit und des Altenheimwesens sind derartige

Reputationseinbrüche schon festzustellen, zumal keine Anstrengungen unternommen worden sind und unternommen werden, die mangelnde Feld- und Fachkompetenz zu beseitigen. Modelle empirisch gut evaluierte Spezialausbildung für den Krankenhaus- und Heimbereich sind vorhanden (*Schigl, Petzold 1997; Orth-Petzold et al. 2010*). „Behauptete Qualität“ lässt sich auf Dauer nicht vertreten. Differenzierte Studien von hohem methodischen Niveau zeigen die nur schwache Wirksamkeit von Supervision (*Eichert 2008*). Andere Studien, die im Kontrollgruppen-Design versucht haben, Wirkungen auf der Ebene des PatientInnen-Systems nachzuweisen, konnten keine deutlichen Effekte finden (*Schay et al 2003; Schay 2006*). Robuste Wirkungsnachweise für das PatientInnen/KlientInnen aufgrund von Supervision fehlen bislang auch in der internationalen Literatur. Die von uns durchgeführten feldexplorativen Studien haben auch die Frage nach Risiken und Nebenwirkungen von Supervision auf der Ebene des Supervisandensystems aufgewiesen.

Damit steht die Supervision heute im Jahre 2012 vor gravierenden Problemen, die sich auch in der vorliegenden Untersuchung ausdrücken. Sie seien kurz benannt:

1. Die Supervision als theoretisch und methodische Praxeologie ist derart heterogen, aufgefächert in unterschiedlichste Richtungen, dass richtungsübergreifende empirische Untersuchungen keine Aussage darüber zulassen, welche Orientierung in welchem Setting welche positiven oder negativen Effekte bewirkt.
2. Da Intervision und Supervision durch unausgebildete Supervisoren gleichfalls positive Resultate bringt – besonders ersichtlich bei amerikanischen Studien der Supervisionsforschung, wo die supervisorische Arbeit erfahrener Praktiker ohne spezifische Supervisorenausbildung beforscht wird – ist die Frage nicht hinlänglich geklärt, was denn letztlich gute „professionelle“ Supervision ausmacht. Wirkfaktorenforschung ist deshalb ein Desiderat und es sind Studien erforderlich, die die Arbeit von „Laien-SupervisorInnen“ und „professionellen SupervisorInnen“ unterschiedlicher Supervisionsrichtungen vergleichend untersuchen. Weiterhin sind Untersuchungen zu verschiedenen Settings (dyadische Supervision, sogenanntes „Einzelsetting“, Teamsupervision, Gruppensupervision) erforderlich, da wir viel zu wenig über spezifische Wirkungen solcher Supervisionsformate wissen.
3. Für die differentielle Wirksamkeit von „reported Supervision“ (Supervisionsberichte im dyadischen Setting) – in den deutschsprachigen Ländern die häufigste Supervisionsform – und „life supervision“ oder Video- oder Tonband-dokumentierte Supervision gibt es keine Forschung, besonders auch darüber nicht, in wie weit „berichtete Supervisionen tatsächlich die Situationen wiedergeben, von denen sie berichten – ein gravierendes Problem (*Petzold, Oeltze, Ebert 2011, Anmerk. 2; Petzold, Orth-Petzold, Ratz 2010*). Weiterhin fehlt es weitgehend an standardisierten Dokumentationssystemen in Supervision, Beratung und Therapie, die es erlauben würden, supervisorische

Prozesse zu objektivieren und so systematische Qualitätssicherung zu betreiben (vgl. aber die Journale im Integrativen Ansatz, *Petzold, Orth-Petzold, Patel* 2010; *Petzold, Orth-Petzold, Ratz* 2010).

4. Für die Wirkung von Supervision auf der Ebene des PatientInnensystems liegen kaum Untersuchungen vor (*Oeltze, Ebert, Petzold* 2002), die einen positiven Nachweis dokumentieren. Es fehlt an Designs und Erhebungsinstrumenten, mit denen solche Studien durchgeführt werden können (vgl. aber unsere Vorschläge in *Petzold, Schigl et al* 2003). Deshalb sind bislang auch keine soliden Aussagen über die Wirksamkeit so genannter „Fall-Supervisionen“ zu machen, denn dabei müssten ja Auswirkungen von Supervision auf das PatientInnen/KlientInnensystem untersucht werden, was bedeutet, dass die Prozesse des „Lernens“ im supervisorischen Geschehen und durch dieses Geschehen zu erhellen und zu verstehen wären, um sie systematisch einsetzen zu können.
5. Hier nun wirkt sich das Fehlen von konsistenten Theorien des Lernens im Feld der Supervision höchst nachteilig aus. So weit ich übersehe, gibt es hier im deutschsprachigen Bereich nur im Rahmen der Integrativen Supervision solide Positionen (*Sieper, Petzold* 2002/2011; *Chudy, Petzold* 2011; *Heffels, Petzold* 2011; *Lukesch, Petzold* 2011). Wenn man keine klaren Vorstellungen hat, wie Lernen sich in Beratung, Therapie, Supervision vollzieht, kann man Veränderung – und darum geht es doch in diesen Ansätzen biopsychosozialer Intervention – weder erklären, noch spezifisch anzielen, betreiben und erreichen.
6. Da Lernen auf der Ebene des **Wissens**, der Fähigkeiten, d.h. der **Kompetenz** erfolgt und auf der Ebene des **Könnens**, der Fertigkeiten, d. h. der **Performanz** erfolgt, müssen beide Ebenen in Untersuchungen zum Thema Qualitätssicherung einbezogen sein (*Petzold, Engemann, Zachert* 2003). Das geschieht noch viel zu wenig. Und da dieses Lernen im supervisorischen, beraterischen, therapeutischen Kontext in intersubjektiven Prozessen verbaler und nonverbaler Kommunikation erfolgt, müssten diese Kommunikationsprozesse fachlich fundiert gestaltet und verstanden werden. Für den Bereich der nonverbalen Kommunikation (*Müller* 2009) ist das aber im supervisorischen Feld nicht durchgängig gegeben, da die Kenntnisstände von SupervisorInnen hier suboptimal sind wie empirische Untersuchungen ergaben (*Lamacz-Koetz, Petzold* 2009; *Kaufmann, Petzold* 2012).
7. Schließlich ist die Frage der Risiken und Nebenwirkungen in der und durch die Supervision nicht ausreichend geklärt. All unsere Multicenterstudien – auch die vorliegende von *Naujoks* geben Hinweise auf Negativwirkungen, die zur Besorgnis Anlass geben. Eine von uns durchgeführte Dunkelfeldstudie (*Ehrhard, Petzold* 2011) und ihre Begleit und Voruntersuchungen (*Leitner, Petzold et al.* 2003; *Schigl* 2011) dokumentierten Risiken, Nebenwirkungen und Vorfälle „gefährlicher Supervision“. Das Kriterium der „**Unbedenklichkeit**“ – es wurde von mir in die Literatur eingeführt (*Müller, Petzold* 2002) genauso wie das der PatientInnen-**Würde** (*patient dignity*, idem 1985d, 2000d) – und damit die **Integrität** der KlientInnen (*Petzold, Orth* 2011) war offenbar nicht immer gewährleistet. Wir haben diese Kriterien im Integrativen Ansatz stets besonders beachtet, theoretisch ausgearbeitet und beforscht (*Märtens, Petzold* 2002). Hier müsste künftige weitere Forschung auch in den anderen Supervisionsansätzen die Nebenwirkungsfrage stets miterheben.
8. Auch wenn – wie bei Dunkelfeld- und Schadens-Studien gegeben – keine Aussagen über das faktische Ausmass solcher Vorfälle im Gesamtfeld der

Supervision möglich sind, ist das „ans Licht“ und zum Vorschein gekommene Ausmass an Fehlverhalten nicht akzeptabel und verlangt „Supervision der Supervision“ und Massnahmen, die diese Risiken minimieren.

9. Insgesamt werden – aller modischen Rede von Gender-Sensibilität und Diversity-Orientierung zum Trotz – bislang diese Bereiche in der Forschung zur Qualitätssicherung in der Supervision kaum beachtet, so dass wir hier einen Forschungsschwerpunkt gebildet haben (*Abdul-Hussain 2011; Petzold, Sieper 2012; Petzold, Orth 2011; Schigl 2012*) nicht zuletzt, weil hier auch die Fragen der supervisorischen Identität sowie der Identitätssicherung durch Supervision zur Rede stehen (*Petzold 2012a; van Wijnen, Petzold, 2003; Chudy 2011*).
10. Keine Orientierung/Richtung/Schule in der Supervision kann derzeit beanspruchen, in der Wirksamkeitsforschung auf der Ebene des SupervisandInnensystems hinlänglich evidenzbasiert abgesichert zu sein, auf der Ebene des KlientInnen/PatientInnenystems ohnehin nicht (*Schay et al. 2006*). Gleiches gilt für die Ausbildungsforschung, wo auch entsprechende Wirksamkeitsnachweise fehlen (ausser Integrativer Ansatz *Petzold, Schigl 1997; Oeltze et al. 2003*).

Vielleicht sollte man gerade mit Blick auf die gegenwärtigen gesellschaftlichen Entwicklungen und Diskussionen, in denen das Thema der Belastung der Arbeitnehmer und eine menschengerechten Unternehmenskultur diskutiert wird (die alte „Humanisierung der Arbeitswelt-Debatte“ kommt wieder in den Blick), die politische Positionen im supervisorischen Feld, seinen Verbänden und Instituten, erneut überdenken. Die einseitige "**Marktorientierung**" und den Markt-Begriff, der sich in die DGSv in den neunziger Jahren des 20. Jh. eingeschlichen hatte zu Lasten der "**Hilfeleistungsorientierung**" und "**Kulturorientierung**" der Supervision in psychosozialen **Feldern** (warum nicht auch zur Kulturverbesserung im Profitbereich?) müsste metakritisch und diskursanalytisch bzw. dekonstruktivistisch (*Foucault, Derrida*) reflektiert und diskutiert werden. In der Praxis der Supervision und in der Verbandspolitik müsste man dazu kommen, wieder etwas differentieller zu versprachlichen, nämlich zwischen **Markt** (ökonomische, monetaristische Perspektive) und **Feldern** (soziologische, sozialpsychologische, kulturtheoretische Perspektive) zu unterscheiden (*Petzold, Ebert Sieper 2011/2011*). Aufgabe der Supervision ist u.a. auch **Kulturarbeit**.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den Bereich der Qualitätssicherung durch Forschung noch weiterhin massiv investiert werden muss. Die vorliegende Studie ist ein weiterer Beitrag zu diesem Unterfangen. Es müssen aber – und das ist genauso wichtig wie die Untersuchungen selbst – aus der Forschung Konsequenzen gezogen werden und notwendige Umsetzungen erfolgen. Und hier bleibt nach wie vor für die Ausbildungsinstitutionen, die Fachverbände und für die SupervisorInnen im Praxisfeld viel zu tun. Ich versuche seit Jahren mit meinen ForscherInnenteams bzw. KollegInnen der Forschung in den verschiedenen Ländern Beiträge zur Qualitätssicherung zu leisten. Es ist ein langer Weg zu gehen.

Hilarion G. Petzold

1. Einleitung

Supervision ist eine junge Wissenschaft, die vielfältige Wurzeln hat (*Edlheimb 2005; Petzold 2005e; DGSV 2012, S. 7*). In den 70er Jahren hat sich der Berufsstand des

Supervisors in Deutschland etabliert. Die Grundberufe der Supervisoren sind vielfältig (Ärzte, Sozialpädagogen, Psychologen, Theologen etc.) und so wurde 1989 in Deutschland ein eigener Berufsverband, die DGSV gegründet (Möller 2001, S. 20), mit zur Zeit 3700 Mitgliedern und 40 angeschlossenen Weiterbildungsstätten (DGSV 2012, S. 6). Bis in die 90er Jahre gab es fast keine empirischen Forschungen zum Thema Wirksamkeit von Supervision. (Berker/Buer Hg.1989, S. 20). Dies hat sich inzwischen geändert doch es besteht weiterhin ein hoher Forschungsbedarf, um ein supervisorisches Handeln auf evidenzbasiertes Wissen zu stellen. Es fehlen wissenschaftliche Studien die supervisorisches Handeln und deren Konzepte als wirksam beweisen. Ähnlich wie die große Berner-Meta-Analyse „Psychotherapie im Wandel“ von Grawe, Donati und Bernauer 1994, in der verschiedene Therapieformen auf ihre Wirksamkeit hin verglichen wurden haben Petzold, Schigl (et al. 2003) eine erste weitgreifende Übersicht zum Thema Wirksamkeit von Supervision gegeben. Das Thema der Wirksamkeit hat mich als Supervisorin sehr interessiert und ich wollte mit der vorliegenden Studie einen Beitrag hierzu leisten. In meiner Studie stütze ich mich auf einen halbstandardisierten Fragebogen zur Untersuchung von Supervision in der Psychiatrie von Gottfried, Petitjean, Petzold 2003, in leicht modifizierter Form. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen zur Untersuchung von Supervision der Freien Universität Amsterdam konzipiert. Ebenso verwendete Siegele, Orth, Petzold (2007) diesen Fragebogen, um die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken zu erfragen. Auf die Ergebnisse dieser Studien werde ich im Text noch näher eingehen.

2. Stand Supervisionsforschung

Zum Stand der Supervisionsforschung legte der Berufsverband „Deutsche Gesellschaft für Supervision“ (DGSv) erstmalig 2006 ein Verzeichnis mit Evaluationen und wissenschaftlichen Studien zum Thema Nutzen und Wirkung von Supervision im deutschsprachigen Bereich vor. Die zweite aktualisierte Auflage erfolgte 2008 (DGSv, 2008). In diesem Verzeichnis findet sich aber nichts über die Qualität und Güte der Studien, sodass hier keine wirkliche Bewertung möglich wird. In dem Buch „Supervisionsforschung: Einblicke und Ausblicke“ (Hg. Haubl/Hausinger, 2009) geben die Herausgeber an, dass Supervisionsforschung stattfindet, jedoch eine mangelnde Vernetzung besteht, Forschungsarbeiten wenig

zur Kenntnis genommen werden, selten eine Diskussion über die Ergebnisse geführt bzw. die Erkenntnisse und Ergebnisse zusammengeführt werden.

In der Meta-Studie Supervision auf dem Prüfstand (*Petzold, Schigl, Fischer, Höfner 2003*, S. 11) werden 201 Forschungsbeiträge analysiert mit der zentralen Fragestellung:

Welche Wirkungen von Supervision auf das **SupervisandInnensystem** und auf das **KlientInnensystem** werden in der Literatur diskutiert und welche Wirkungen können wissenschaftlich belegt werden? Das Fazit ist (*Petzold, Schigl, Fischer, Höfner 2003*, S. 11, S. 197f):

- es fehlt an Wirkungsnachweisen für das KlientInnensystem
- die Wirkung auf das SupervisandInnensystem ist zu „unspezifisch“
- wo Wirkungsnachweise vorliegen, besteht keine Klarheit über das, was wirkt (Wirkfaktoren), auch nicht welche Supervisionsmethodik bei spezifischen Zielgruppen aus verschiedenen Arbeitsbereichen und Settings wirksam sind.

Die Studie zeigt einen hohen Forschungsbedarf und kommt zu dem Ergebnis:

Es gibt keine allgemein anerkannte Supervisionsdefinition. „Die Supervision in einem verallgemeinernden Sinne ist bislang nicht zu beforschen- jedenfalls so lange nicht, solange sich keine (ohne Forschung und die Verarbeitung ihrer Resultate nicht zu erreichende) Standardmethoden/ -techniken von Supervision in spezifischen „Formaten (*Buer 2001*) oder Methodologien für spezifische Aufgaben und Settings als „evidence based best practice“ berausbildet haben.“ (*Petzold, Schigl, Fischer, Höfner, 2003* S. 229).

Hier wird deutlich, dass auf den unterschiedlichsten Gebieten der Supervision noch Forschungsbedarf und eine Verschränkung von Praxis, Theorie, Forschung und Lehre besteht. Ziel dieser Studie ist es zur forschungsgestützten Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Supervision einen Beitrag zu leisten.

Elisabeth Holloway (1998) bietet eine didaktische Systematisierung supervisorischer Arbeit mit ihrem SAS- Modell (systemorientiertes Arbeiten mit Supervision in psychosozialen Feldern) „System Approach to Supervision“ an, auf welchem das Wirkungspotential von Supervision auf der Ebene des SupervisandInnensystems, des KlientInnensystems und des Auftraggebersystems zum Tragen kommen kann. Die Supervisionsforschung in einem spezifischen Feld sollte demnach alle diese

Variablen mit einbeziehen. *Holloway* selbst bemängelt selten relevante Forschungsarbeiten für wissenschaftlich-praktizierende Supervisoren (*Holloway* 1998, S. 13). Basierend auf dieser Heuristik von *Holloway* konzipierte *Petzold* einen integrativen, mehrperspektivischen „**Dynamic Systems Approach to Supervision**“ (*Petzold* 2007, S. 33-37).

Darin wird mit 15 Variablen, die das Supervisionsgeschehen bestimmen, ein komplexes Modell des Supervisionsprozesses vorgestellt.

In der folgenden Grafik werden die 15 Variablen bildlich dargestellt und machen deutlich, wie komplex der Supervisionsprozeß sich darstellt.

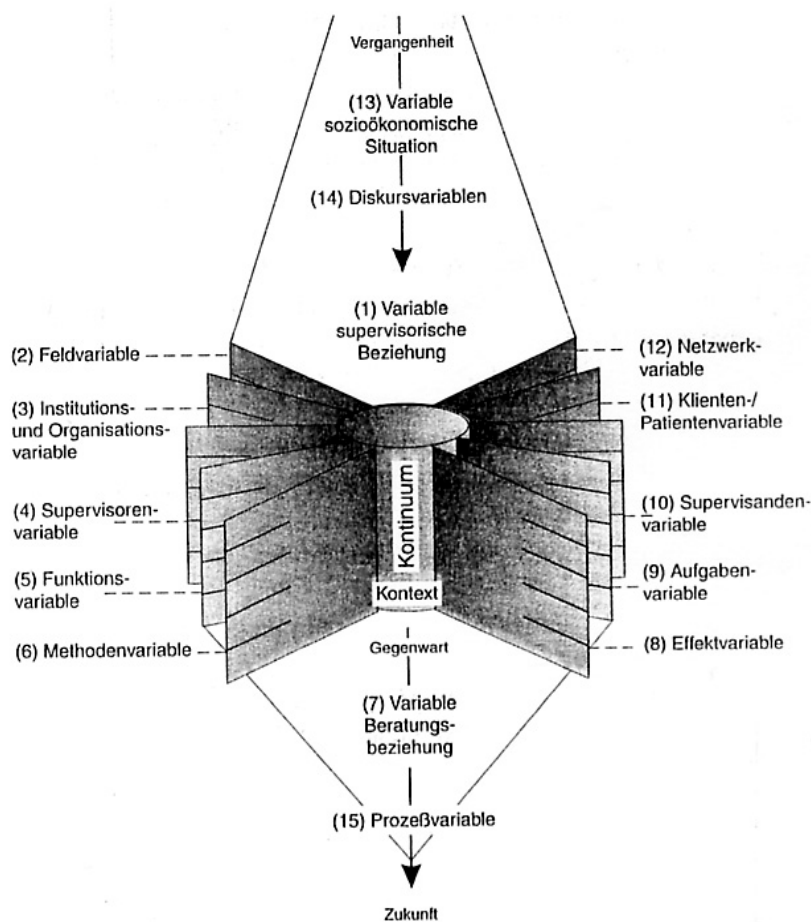


Abbildung 1. Der integrative, mehrperspektivische, «Dynamic Systems Approach to Supervision» (*Petzold*, 1998,S.29). Das Diagramm nach *Holloway* (1995 S. 90) wurde erweitert um Faktoren 2,6,8,12,13,14 und um 15 (die Kontinuums- und Prozessdimension)

Da ich mich im Diskussionsteil auf diese von *Holloway* und *Petzold* erarbeiteten Variablen beziehen möchte, stelle ich diese in verkürzter Form dar (unterstrichen die erweiterten Faktoren von *Petzold*):

1.	Variable supervisorische Beziehung	Arbeitsbündnis, intersubjektive Beziehungsqualität zwischen Supervisor und
-----------	---	--

	(supervising relationship – Core factor I)	Supervisand, Reflexion
2.	<u>Feldvariable</u> (the field - context factor)	Spezifische Traditionen, Strukturmerkmale, gesellschaftliche Bedeutung, Ressourcenlagen der Felder, feldspezifische Diskurse (sensu Foucault), evtl. unabdingbar Feldkompetenz des Supervisors
3.	Institutions- und Organisationsvariable (the institution/ organization - context factor)	Institutionelle Bedingungen und Organisationsdynamiken und ihre Einflüsse auf den Berater-/Klientprozess
4.	SupervisorInnenvariable (the supervisor - personal factor)	Expertenkompetenz, Vertrauenswürdigkeit, Kreativität, Einfühlungsvermögen, Rollenflexibilität, insgesamt die personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz
5.	Funktionsvariable (the function of supervision - technical factor)	Begleiten/Bewerten (professionelle Kontrolle); Unterweisen/Anweisen (Fachwissen und Handlungsvorschläge); Modellfunktion; Beratung; Unterstützung und empathische Begleitung; emotionale Entlastung, Coping und Burnoutprophylaxe; Metabeobachtung, Metareflexion; Bereicherung der persönlichen und professionellen Arbeit, Bekräftigung des professionellen Selbstbewusstseins und der persönlichen Souveränität
6.	<u>Methodenvariable</u> (the methods of supervision - technical factor)	rein verbale oder Kombination von verbalen und aktionalen Methoden (Rollenspiel, Bewegungsarbeit, Imaginationsansätze und kreative Medien)
7.	Variable Beratungsbeziehung (the supervisee/ client relation - core factor II)	Beziehungsgeschehen zwischen Supervisand/Berater und Klient/Patient, Psychodynamik des Klienten und Beraters und deren Betrachtung im Bezug auf Übertragung/Gegenübertragung, Widerstand und Abwehrphänomene, Gestaltung der Relationalitätsmodi
8.	<u>Effektvariable</u> (the effects of supervision - technical factor)	gesellschaftliche, institutionelle und seitens der SupervisandInnen implizite und explizite Zielvorstellungen; Faktoren der Vergangenheit und der Gegenwart sowie die Auswirkungen gegenwärtigen Handelns (teleologische Dimension). Auch zunehmendes Wissen über die Wirksamkeit und den Outcome von

		Supervisionsprozessen, aufgrund eines wachsenden Fundus von Forschungsergebnissen, wirkt bestimmend auf das Supervisionsgeschehen, denn das Handeln wird auch durch das geprägt, was man begründeterweise erwarten kann
9.	Aufgabenvariable (the tasks of supervision - technical factor)	Förderung von Beratungsfertigkeiten, Strukturierung der Klientensituation, Handhabung der professionellen Rolle, Förderung der emotionalen Bewusstheit, Selbsteinschätzung, Handhabung der eigenen Psychodynamik, Förderung des Verständnisses von Kontexteinflüssen
10.	SupervisandInnenvariable (the supervisee - personal factor)	Persönlichkeit, Stärken und Schwächen, professionelle Qualifikation
11.	KlientInnen- /PatientInnenvariable (the client/ patient - personal factor)	Persönlichkeit, Erkrankung, Probleme, Lebens- und Sozialwelt des Klienten/Patienten, seine Sicht des Lebens
12.	Netzwerkvariable (the social network of the client - context and personal factor)	Kontext-und Sozialisationsfaktoren, Netzwerkdynamik, Convoy-Betrachtungen, unterschiedliche social worlds und normative Systeme und deren Konfliktpotenziale
13.	<u>Variable sozioökonomische Situation</u> (socioeconomic situation - global factor)	Situation des Klienten, seines Netzwerkes, der Institution und des Feldes (wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit, gesundheitspolitischer Kontext, Rezession, Prosperität etc.)
14.	<u>Diskursvariablen</u> (relevant discourses - global factor)	offene und verdeckte Prinzipien der machtvollen Strukturierung von Situationen in Institutionen/Organisationen und Feldern im Sinne des Diskurskonzeptes von Foucault (1974); Geschichte, normative Systeme, übergeordnete gesellschaftliche und historische Einflussgrößen der Institution bzw. Organisation als konstitutiver Teil des Supervisionsprozesses
15.	<u>Prozessvariable</u> (process factor)	Berücksichtigung psychodynamischer und ggf. gruppenspezifischer Konstellationen und ökologischer Einflussgrößen unter konsequenter Temporalisierung des Supervisionsgeschehens

2.1. Supervision im suchttherapeutischen Feld der stationären Entwöhnungsbehandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige

An Teams im suchttherapeutischen Feld werden hohe Anforderungen bezüglich der qualitativen Behandlung der Klienten sowie der strukturellen Rahmenbedingungen der Arbeit gestellt. Auch im Rahmen der Qualitätssicherung wird von den Kostenträgern Supervision gefordert. In der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 sind „regelmässige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals“ sicherzustellen.

Das Angebot der Suchtkrankenhilfe unterteilt sich in ein vielfältiges ambulantes, teilstationäres und stationäres Angebot.

Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich die stationäre Langzeitbehandlung zu einem wichtigen Baustein in der Behandlung Suchtkranker (*Lindenmeyer, 2004*). Dies wurde möglich, nachdem Alkoholismus 1968 gesetzlich anerkannt und in der Empfehlungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger 1978 die Finanzierung der Behandlung Suchtkranker aufgeteilt wurde. Es wird bis heute unterschieden zwischen der Entgiftungsbehandlung (Akutphase), diese werden von den Krankenkassen getragen, während die Entwöhnungsbehandlung von den Rentenversicherungsträgern finanziert wird (*Aßfalg 1997, S.168*).

Die stationäre Suchtkrankenhilfe leidet zunehmend an verkürzten Behandlungszeiten seitens der Rentenversicherungsträger aufgrund finanzieller Einsparungen.

Durch das „Wachstums- und Beschäftigungsgesetz“ von 1996 wurden die Budgets der Rentenversicherungsträger „gedeckelt“. Somit dürfen diese nur im Umfang der Grundlohnsummensteigerung des Vorjahres erhöht werden (§220 SGB VI). Überschreitet ein Rentenversicherungsträger sein Budget, kann ein Ausgleich durch die anderen Rentenversicherungsträgern erfolgen. Den ausgegebenen Überschussbetrag muss der Rentenversicherungsträger aber im übernächsten Jahr wieder einsparen (*Aßfalg 1997, S: 169*). Die Suchtverbände Buss, CaSu, fdr, GVS machen in einem Schreiben vom 18.02.2011 „Das System der Suchtrehabilitation gerät massiv unter Druck“ darauf aufmerksam, dass 2010 erstmals die Budgets ausgeschöpft und überzogen worden sind und die Rentenversicherungsträger unter Druck geraten Sparmaßnahmen durchführen zu müssen, die regional abhängig sind.

In den 16 Trägern der Rentenversicherungsträgern ist die Ausschöpfung des Budgets sehr unterschiedlich. Der Kostendruck ist, so die Fachverbände, schon umgesetzt worden in:

1. der Senkung der Bewilligungsquote für RehaMaßnahmen. Insbesondere hiervon betroffen seien Haftentlassene.
2. Erhöhung der Mengenvorgaben für ambulante und ganztägig-ambulante Maßnahmen. Obwohl die Frage der besseren Wirksamkeit im Vergleich zur Standard-Therapie nicht geklärt ist.
3. Kürzung der Standard-Therapiedauern, ohne dies fachlich-konzeptionell mit den Einrichtungen abzustimmen

Im Falle der Beibehaltung der Budgetierung könne, laut Aussage der Fachverbände, das Qualitätsniveau nicht mehr gehalten werden, da trotz steigendem Bedarf an medizinischer Rehabilitation die ersten Behandlungsplätze abgebaut werden müssten.

Der Kostendruck sorgt positiv ausgedrückt dafür, dass neue Konzepte ausgearbeitet werden, Kliniken sich spezialisieren und Alleinstellungsmerkmale herausgearbeitet werden. Negativ betrachtet stellt sich die Frage, inwieweit sich dies auf die Hilfen für Suchtkranke auswirkt. Ebenso stellt sich die Frage, ob die qualitative Arbeit der Mitarbeiter nicht unter den „gedeckelten“ Budgets leidet bei gleichzeitig hohem Qualitätsanspruch der Rentenversicherungsträger.

3. Problemstellung, Fragestellungen

Im folgenden Text werde ich die Entwicklung der Fragestellung erläutern und weitere Studien zum Thema Wirksamkeit von Supervision vorstellen

3.1 Fragestellungen

Wie oben bereits erwähnt, sind gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 „regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals“ sicherzustellen.

Supervision in der stationären Entwöhnungsbehandlung dient somit der Qualitätssicherung und bietet nach *Petzold* praxisgerichtete Reflexions- und Handlungsmodelle um komplexe Wirklichkeit mehrperspektivisch zu beobachten. Die

Arbeit mit den Patienten soll verbessert werden durch die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz der Klinikmitarbeiter (*Petzold 2007, S.32*). Wie aber wirkt Supervision in den Teams, welchen Nutzen hat sie, ist sie effizient, welche Risikofaktoren gibt es, wie wird die Arbeit der/s SupervisorIn bewertet?

Welche Erwartungen haben interdisziplinäre Teams an die Supervision, welche Eigenschaften soll ein/e SupervisorIn haben? Wie aber wirkt eine gute Supervision (*Möller 2001*)?

In der vorliegenden Studie bin ich folgenden Fragestellungen nachgegangen:

1. Welchen Nutzen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten die Teams in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?
2. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, respektive positive Erfahrungen gemacht (positive, risiko- und schadensmindernde Wirkungen von Supervision)? Wenn Ja, in welchem Ausmaß?
3. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, respektive negative Erfahrungen gemacht (Erfassen von Nebenwirkungen, Negativwirkungen, Schädigungen durch Supervision) ? Wenn Ja, in welchem Ausmaß?
4. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision für die SupervisandInnen in den Teams beinhalten?
5. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision aus der Sicht der SupervisandInnen für die Patientinnen und Patienten beinhalten?
6. Welche Erwartungen stellen Teams an Supervision im allgemeinen und an eine Supervisorin/ einen Supervisor?
7. Gibt es einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen SupervisorInnen in der Wirksamkeit ihrer Arbeit? (Genderaspekt)

Im Bereich der Supervision im spezifischen Feld der Sucht lagen kaum Daten zu diesen praxisrelevanten Fragestellungen vor. Hervorzuheben ist die Studie von *Schay et al. 2006*, „Wirksamkeit von Supervision für Patienten, eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger“. Auf diese Studie möchte ich im unteren Text weiter eingehen.

Zum Thema Wirksamkeit von Supervision wurden empirische Feldexplorationen mit großen Multicenterstudien in unterschiedlichen Feldern in allen deutschsprachigen Ländern durchgeführt. Einige möchte ich benennen :

Psychiatrie :

Schweiz: *Gottfried, Petitjean, Petzold* 2003, Supervision in der Psychiatrie – Multicenterstudie Schweiz; Deutschland: *Siegele, Orth, Petzold*, 2007, Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken.

Österreich: *Kolar, Petitjean, Petzold* 2007, Die Wirkung von Supervision im Feld der Psychiatrie Multicenterstudie Österreich.

Altenarbeit:

Schweiz: *Müller, Petzold, Schreiter-Gasser* 2005, Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz. Deutschland *Knaus, Petzold, Müller* 2005, Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland eine explorative Multicenterstudie.

Drogentherapie:

Deutschland: *Schay et al.* 2006. Die Wirksamkeit von Supervision für den Patienten. Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger.

Da ich mich auf die Fragebögen von *Gottfried, Petitjean, Petzold* 2003 stütze und diese auch in der Studie in Deutschland von *Siegele, Orth, Petzold*, 2007 verwendet wurden, beziehe ich mich im Auswertungsteil auf die Ergebnisse dieser Studien. Die durchschnittliche Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe (N=326) der Schweizer Studie betrug 54%, die durchschnittliche Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe (N=115) der Deutschen Studie 69,3%. In der Schweizer Studie wurden 756 Fragebögen an 6 psychiatrische Tageskliniken verschickt, in der deutschen Studie 166 Fragebögen an 8 psychiatrische Tageskliniken. Sie weisen ähnliche Ergebnisse der Fragestellungen auf.

Interessant erscheint mir auch die Arbeit von Schay et al. 2006, die ich kurz vorstellen möchte, da sie die Wirkung von Supervision auf die Klienten-/Patientenebene beschreibt, die so gut wie gar nicht beforscht ist.

Die Untersuchung von Schay et al. 2006 kam zu dem Ergebnis, dass Supervision für die Mitarbeiter positive Aspekte hat, bezogen auf die Patienten sind positive Wirkungen nicht feststellbar. Die Autoren gehen soweit zu sagen, dass Supervision nicht effektiv ist und die These „wenn es dem Therapeuten gut geht, geht es dem Patienten gut“ sei in Frage zu stellen. Ebenso kritisch zu sehen sei der Aspekt das Supervision ausschliesslich zur Pflege der Psychohygiene des Therapeuten definiert wird und nicht als Hilfsmittel zur Unterstützung und Förderung des Rehabilitationsprozesses des Patienten (Schay et al. 2006, S. 294). Die Autoren fordern, dass der Patient aktiv in den Supervisionsprozess miteinbezogen werden sollte.

3.2 Ethische Aspekte und Datenschutz

Aus Gründen des Datenschutzes wurden keine Variablen erhoben, welche einen Rückschluss auf die Befragten, die Kliniken, die einzelnen Abteilungen oder Supervisorinnen und Supervisoren ermöglichen würde. Jede Person und jede Klinik wurde mit einem fortlaufenden Zahlencode versehen. Über die befragten Personen (SupervisandInnen und SupervisorInnen) wurde das Alter, das Geschlecht und der Beruf erhoben. Die Daten wurden in einem Passwort geschützten PC eingegeben und danach zugriffssicher aufbewahrt.

3.3 Vorgehen und Methode

Im Weiteren möchte ich auf die Verteilung der Fragebögen in den Kliniken, dem Studiendesign, dem Aufbau des Fragebogens, Durchführung der Umfrage in den Kliniken sowie der statistischen Auswertung eingehen.

3.4 Stichprobe

Um diese Fragestellungen anzugehen nahm ich insgesamt zu sechs Kliniken in NRW persönlichen Kontakt auf. Alle Berufsgruppen, die an der Supervision in der Klinik

teilnehmen (Pflegefachkräfte, ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Musik- u. Bewegungstherapeutinnen und SozialpädagogInnen) wurden in die Befragung einbezogen.

Es kam ein Rücklauf von insgesamt 42 Bögen. Zwei Kliniken schickten keine Bögen zurück. So beteiligten sich insgesamt 4 Kliniken an der Befragung. Warum aus zwei Kliniken keine Rückläufe kamen lässt die Hypothese zu, dass die Bearbeitung der Bögen vergessen werden, wenn ein zusätzlicher Aufwand, ohne persönlichen Nutzen für die eigene Arbeit, in einem schon ohnehin sehr arbeitsintensiven Klinikalltag hinzukommt

3.5 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative retrospektive Studie. Um den Nutzen, sowie die positiven und negativen Wirkungen von Supervision zu messen wurde ein halbstandardisierter Fragebogen verwendet. Auf eine repräsentative Stichprobe konnte verzichtet werden, da die Studie in der Schweiz, Deutschland und in Österreich bereits mit dem gleichen Studiendesign durchgeführt wurde. Die Erhebung war mit vier Monaten von April bis Juli 2011 geplant. Dieser Zeitraum konnte eingehalten werden.

3.6 Das Erhebungsinstrument: der Fragebogen

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

Im ersten Teil wurden Angaben zur Person erfragt (Alter, Geschlecht, Beruf und Anzahl der Berufsjahre). In einem zweiten Teil wurden Fragen zum Setting der Supervision (Räumlichkeiten, Frequenz, Dauer, Supervisionsart), sowie zu den SupervisorInnen (Alter, Geschlecht, Grundberuf, Zusatzausbildung, Kompetenz)

gestellt. Im dritten Teil wurde nach dem Nutzen gefragt (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) sowie die daraus resultierenden positiven und negativen Erfahrungen in den letzten 6 Monaten. Diese Fragen konnten die Studienteilnehmer teilweise in Form eines freien Textes beantworten. Im vierten Teil wurden zum einen Erwartungen an die Supervision erfragt und zum anderen welche potenziellen „Risiken und unerwünschten Wirkungen“ respektive „protektive Faktoren“ Supervision beinhalten kann (für die KlinikmitarbeiterInnen und für die Patienten). Ebenso wurde der genderspezifische Aspekt aufgegriffen, gibt es einen Unterschied in der Wirksamkeit der Arbeit zwischen männlichen und weiblichen Supervisoren. Letzteres konnte ebenfalls unter anderem als freier Text formuliert werden. Das Ausfüllen des Fragebogens wurde mit ca. 10 Minuten veranschlagt.

3.7 Durchführung der Umfrage in den Kliniken

Die Fragebögen wurden persönlich, mit einem Begleitschreiben, dem zuständigen therapeutischen oder ärztlichen Leiter überreicht. In einer Klinik lief der Kontakt mit der therapeutischen Leitung telefonisch und die Übersendung der Fragebögen per Post.

3.8 Statistische Auswertung

Für die Eingabe der Fragebögen wurde eine Zeitperiode von 4 Monaten, für die Auswertung 3 Monate veranschlagt. Jeder eingegangene Fragebogen wurde mit einem „personal identifier“ und einem Klinik-Code versehen. Die Daten wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11.0 (Programm zur statistischen Datenanalyse) ausgewertet. Als statistische Tests für kontinuierliche Variablen wurden der T-Test sowie die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) verwendet. Für kategoriale Werte kamen der Chi-Quadrat-Test und der nichtparametrische Test Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Für die Homogenität der Varianzen wurden alle Variablen mit der Levene-Statistik geprüft. Für die Dimensionsreduktion wurde eine Faktorenanalyse gerechnet (Varimax-Methode). Die Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) wurde auf dem 5-Prozent-niveau festgelegt ($p=0.05$). Die Texte wurden in Anlehnung an die Methoden der qualitativen Forschung nachträglich zu Kategorien zusammengefasst (vgl. Arbeitskreis

Qualitative Sozialforschung, 1994). Ebenso wurden die Texte von zwei unabhängigen Personen geratet und wiesen eine hohe Interrater-Reliabilität auf.

4. Ergebnisse

Im vorangegangenen Teil habe ich den Aufbau meiner Fragestellung erläutert und möchte im Folgenden die Ergebnisse zusammentragen.

4.1 Rücklauf

Die Rücklaufquote für die Gesamtstichprobe N=42. Aus vier Kliniken kamen 42 Bögen. Die sich wie folgt verteilen:

Klinik 1	9 Bögen
Klinik 2	9 Bögen
Klinik 3	13 Bögen
Klinik 4	11 Bögen

4.2 Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen

Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe lag bei 40.6 ± 12 Jahren (Spannbreite: 27 – 63), wobei sich ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Instituten zeigte (ANOVA; $F = 4.357$; $p = 0.01$) (vgl. Tab. 2.1). Das Durchschnittsalter der KlinikmitarbeiterInnen betrug 38 Jahre, das der Klinikmitarbeiter 50 Jahre und unterschied sich signifikant (ANOVA; $F = 7.536$; $p = 0.009$). Der durchschnittliche Anteil an Frauen betrug 81%. Bezüglich der Anteile von KlinikmitarbeiterInnen in den ermittelten Positionen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken (Kruskal-Wallis-Test; $\text{Chi}^2 = 10.102$; $df = 3$; $p = 0.018$), während sich bzgl. der Anzahl an Jahren Berufserfahrung keine signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tab. 2.2).

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen und Klinikmitarbeiter nach Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Gesamt
Alter (Mittelwert \pm SD) *	47.9 ± 12	46.6 ± 9	35.2 ± 11	35.7 ± 8	40.6 ± 12

95% [CI]	38.4 – 57.4	39.2 - 53.9	28 - 42.3	30.3 – 41.1	36.9 – 44.3
Min.-Max.	27 – 63	32 – 60	27 – 57	27 – 55	27 - 63
Anteil Frauen (%)	33	100	100	82	81
Anteil MA in leitender Position (%)	22	11	0	0	7

* p < 0.05

Tabelle 2 : Beruf und Berufserfahrung

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Gesamt
Beruf (Häufigkeit in %):					
• Ärztin / Arzt	33.3	22.2	7.7	0.0	14.3
• PsychologIn	22.2	22.2	84.6	36.4	45.2
• SozialpädagogIn / SozialarbeiterIn mit VDR-Anerkennung	33.3	22.2	0.0	9.1	14.3
• Andere	11.1	33.3	7.7	54.5	26.1
• Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Anzahl Berufsjahre (Häufigkeit in %): *					
• < 1 Jahr	0.0	11.1	30.8	18.2	16.7
• 1-6 Jahre	22.2	11.1	30.8	54.6	30.9
• 7-15 Jahre	22.2	22.2	7.7	18.2	16.7
• > 15 Jahre	55.6	55.6	30.8	9.1	35.7
• Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Die Anzahl der Kategorien bzgl. der Berufsjahre wurde von sechs auf vier zusammengefasst.

Annähernd die Hälfte der Gesamtstichprobe verfügt über sieben Jahre oder mehr an Berufserfahrung. Die grösste Berufsgruppe bilden dabei die Psychologinnen / Psychologen (45%), gefolgt von den „anderen Berufsgruppen“ (26%) sowie den Ärztinnen / Ärzten und den SozialpädagogInnen / SozialarbeiterInnen mit VDR-Anerkennung (jeweils 14%).

4.3 Supervisorisches Setting und Frequenz der Sitzungen

In 81% der Fälle findet die Supervision innerhalb der Klinik statt; lediglich in 9.5% der Fälle erfolgt sie klinikextern. Die Frage, welche Formen von Supervision die KlinikmitarbeiterInnen jeweils Anwendung finden, beantworteten 25 MitarbeiterInnen

mit „Fallsupervision“, 31 mit „teambezogener Supervision“ sowie 14 mit „Supervision im gesamten, interdisziplinären Team“, wobei Mehrfachnennungen Verwendung fanden.

Die Proportion der Fallsupervision unterscheidet sich signifikant zwischen den verschiedenen Kliniken (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2 = 11.936$; $df = 3$; $p = 0.008$). In der Gesamtstichprobe (N=42) stellt die teambezogene Supervision mit einem Anteil von 74% die häufigst angewandte Art der Supervision dar. In einem Drittel der Fälle (33.3%) findet die Supervision im gesamten interdisziplinären Team statt (vgl. Tab. 2.3).

Tabelle 3: Supervisionsform nach einzelnen Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Gesamt
Anteil an Fallsupervision (%)	100.0	44.4	30.8	72.7	59.5 **
Teamsupervision (%)	100.0	88.9	69.2	45.5	73.8 **
Anteil an interdisziplinärer Supervision (%)	22.2	11.1	69.2	18.2	33.3 *
Anteil an freiwilliger Supervision (%)	22.2	22.2	7.7	45.5	23.8
Frequenz der Supervision in den letzten 6 Monaten	5.7 ± 2	6.2 ± 1	5.6 ± 1	6.1 ± 2	5.9 ± 1
Range	4 – 10	6 – 8	4 – 6	4 – 9	4 – 10
Dauer einer Supervisionssitzung (min.)	108 ± 15	97 ± 13	83 ± 13	61.8 ± 18	85.8 ± 22 ***

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Im Durchschnitt verweisen 24% aller KlinikmitarbeiterInnen auf eine „freiwillige“ Teilnahme an der Supervision, wobei sich nicht-signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniken zeigen.

In den letzten sechs Monaten vor der Umfrage nahmen die SupervisandInnen durchschnittlich an 6 ± 1 Supervisionssitzungen teil. Die Ergebnisse ähneln sich zwischen den verschiedenen Kliniken ($p = 0.59$). 86% der SupervisandInnen hatten in den letzten sechs Monaten vor der Umfrage zwischen 4 und 6 Supervisionssitzungen, 12% mehr als 7 Sitzungen (s. Abb. 1).

Was die durchschnittliche Dauer einer jeweiligen Supervisionssitzung anbelangt, so zeigen sich wiederum signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken (ANOVA; $F = 16.451$, $df = 3$; $p < 0.001$), was möglicherweise als Folge unterschiedlicher Klinikbudgets zu interpretieren ist.

Da bei der Erfassung der „Form der Supervision“ Mehrfachnennungen Verwendung fanden, wird nachfolgend auf einen Vergleich der verschiedenen Supervisionsformen hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Durchführung verzichtet.

4.4. Die SupervisorInnen

4.4.1 Soziodemographische Angaben

In mehr als zwei Dritteln der Fälle geben die KlinikmitarbeiterInnen an, ihre Supervision werde von einem Mann geleitet (71% vs. 26%), wobei der prozentuale Anteil an Supervisoren gegenüber den Supervisorinnen zwischen den Instituten stark signifikant variiert (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2 = 17.979$, $df = 3$; $p < 0.001$; vgl. Tab. 3).

Das Durchschnittsalter der SupervisorInnen wurde auf 56.6 ± 6 Jahre geschätzt. 38% der Klinikmitarbeiter sehen das ideale Alter einer Supervisorin / eines Supervisors zwischen 45 und 55 Jahren, 12% zwischen 55 und 65 Jahren sowie 2% zwischen 35 und 45 Jahren. 28% der KlinikmitarbeiterInnen machten durch Mehrfachnennungen kenntlich, dass sie die zur Verfügung stehenden Antwort-Optionen als zu beschränkt empfinden, während 19% vermerkten, das Alter der Supervisorin / des Supervisors sei nicht von Bedeutung.

Tabelle 4: Angaben über die SupervisorInnen nach Kliniken

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Gesamt
Geschätztes Alter (Mittelwert \pm SD) ***	58.3 ± 2	57.7 ± 3	60.8 ± 2.7	49.5 ± 8	56.6 ± 6
Min. - Max. (Jahre)	55 – 61	50 – 62	55 – 65	36 – 60	36 – 65
Anteil Männer (%) ***	100	22	100	55	71

*** $p < 0.001$

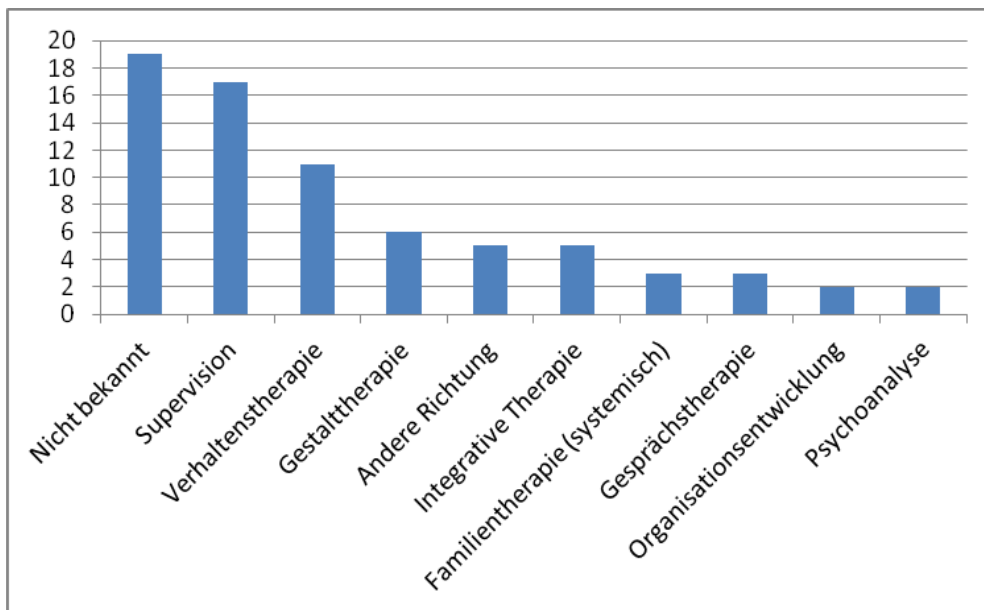
Der überwiegende Teil der SupervisorInnen ist von Grundberuf Psychologin / Psychologe (62%), gefolgt von Sozialpädagogin / Sozialpädagoge (14%), anderer Grundberuf (10%) sowie Ärztin / Arzt (2%).

In 12% der Fälle waren die SupervisandInnen nicht mit dem Grundberuf der Supervisorin / des Supervisors vertraut.

Auf die Frage nach der Zusatz- bzw. Psychotherapieausbildung der Supervisorin / des Supervisors gibt die Hälfte der Befragten (45%) an, diese nicht zu kennen.

In die Kategorie „Andere Richtung“ geht das „Psychodrama“ als weitere Zusatzausbildung ein.

Abbildung 2.1: Zusatz- und/oder Psychotherapieausbildungen der Supervisorinnen und Supervisoren

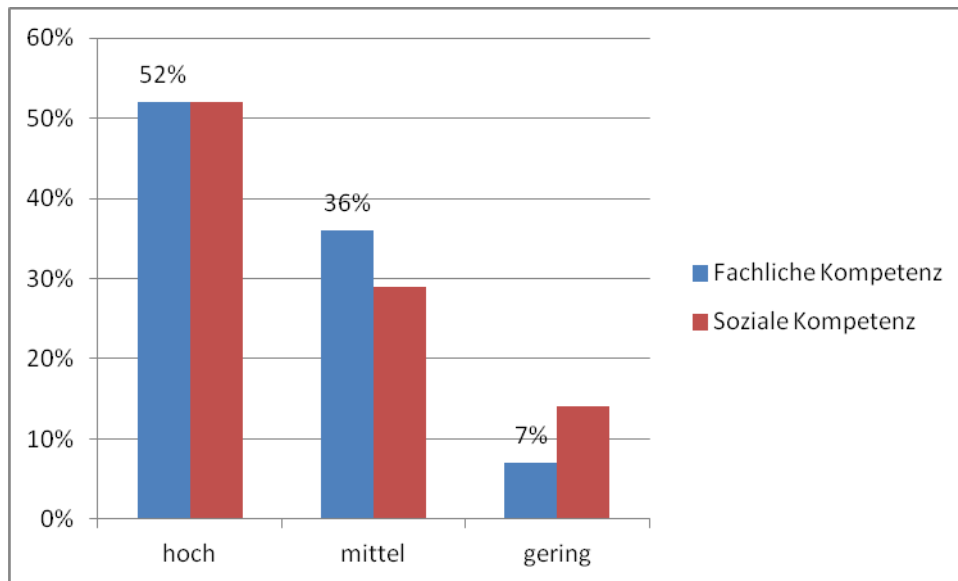


Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen eingeschlossen

4.4.2 Einschätzung der Fachkompetenz der Supervisorin / des Supervisors

Im Fragebogen wurden die KlinikmitarbeiterInnen um eine Einschätzung der „fachlichen“ und „sozialen Kompetenz“ ihrer Supervisorin/ ihres Supervisors gebeten, wobei das Rating auf einer dreistufigen Skala („hoch“, „mittel“, „gering“) erfolgen konnte (Abb. 2.3). Insgesamt wurde die fachliche Kompetenz von 52% der Befragten als „hoch“, von 36% als „mittel“ und von 7% als „gering“ beurteilt. Die soziale Kompetenz wurde ähnlich gut beurteilt („hoch“ = 52%; „mittel“ = 29%; „gering“ = 14%).

Abbildung 2.2: Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Supervisorin/ des Supervisors



4.5 Wirkungsbereiche der Supervision

Im dritten Abschnitt des Fragebogens wurden die KlinikmitarbeiterInnen nach der Wirkung von Supervision in den letzten 6 Monaten vor der Untersuchung befragt. Hierbei musste eine Einschätzung zum persönlichen, beruflichen, team- und patientenbezogenen Nutzen auf einer vierstufigen Skala („kein Nutzen“, „geringer Nutzen“, „mittlerer Nutzen“, „hoher Nutzen“) getroffen werden. In den Abbildungen 3.1 bis 3.4 sind die Antworten der KlinikmitarbeiterInnen nach den einzelnen Aspekten dargestellt.

Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse zur Wirkung von Supervision wurden in einem nächsten Schritt die vier Skalen in einer Abbildung zusammengefasst (Abb. 3.5). Fasst man die vier Ebenen zusammen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen), so wird von 21 % aller Befragten (N = 42) ein hoher Nutzen und von 38 % ein mittlerer Nutzen von Supervision angegeben; 31 % sehen einen geringen Nutzen und 10 % sehen keinen Nutzen (Abb. 3.5).

Abbildung 3.1 (N=42)

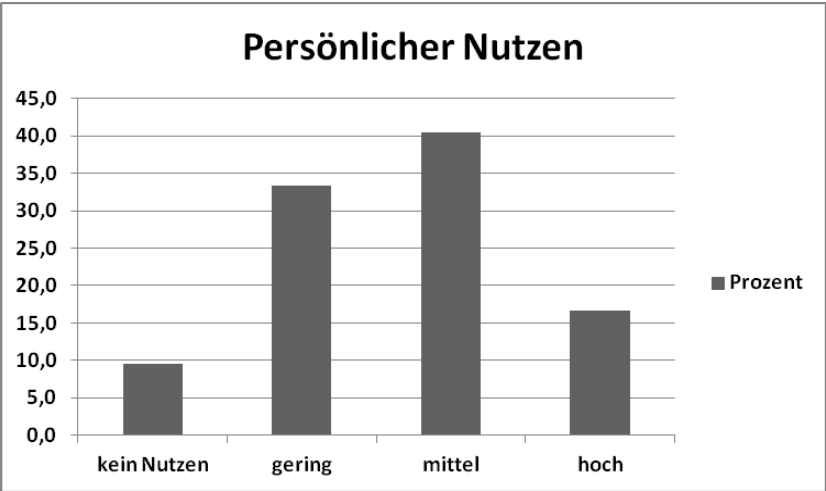


Abbildung 3.2 (N=42)

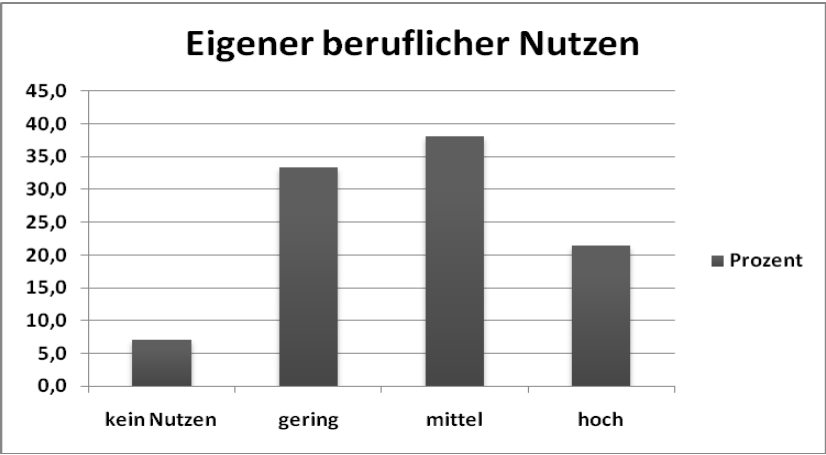


Abbildung 3.3 (N=42)

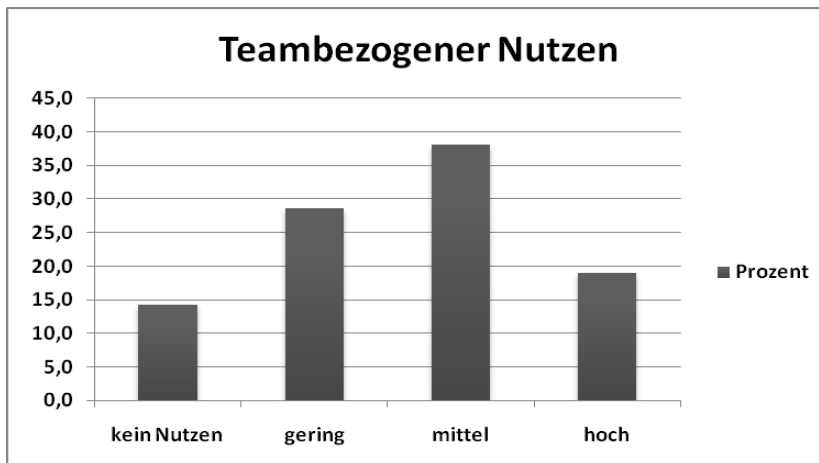
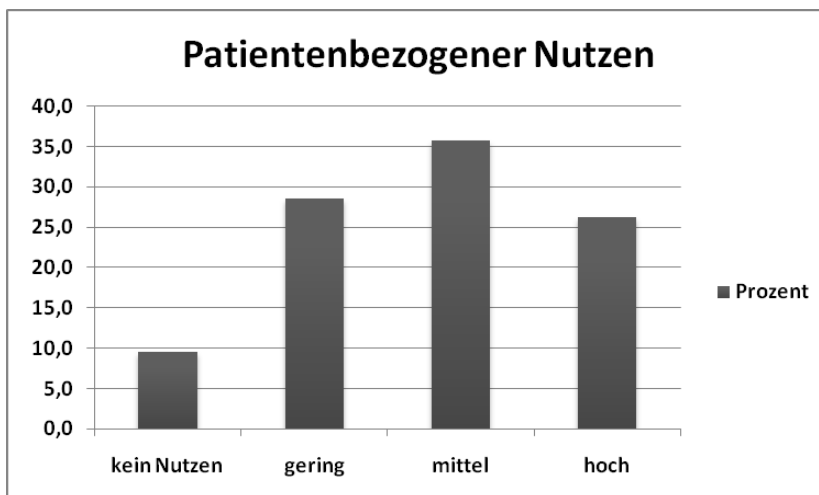
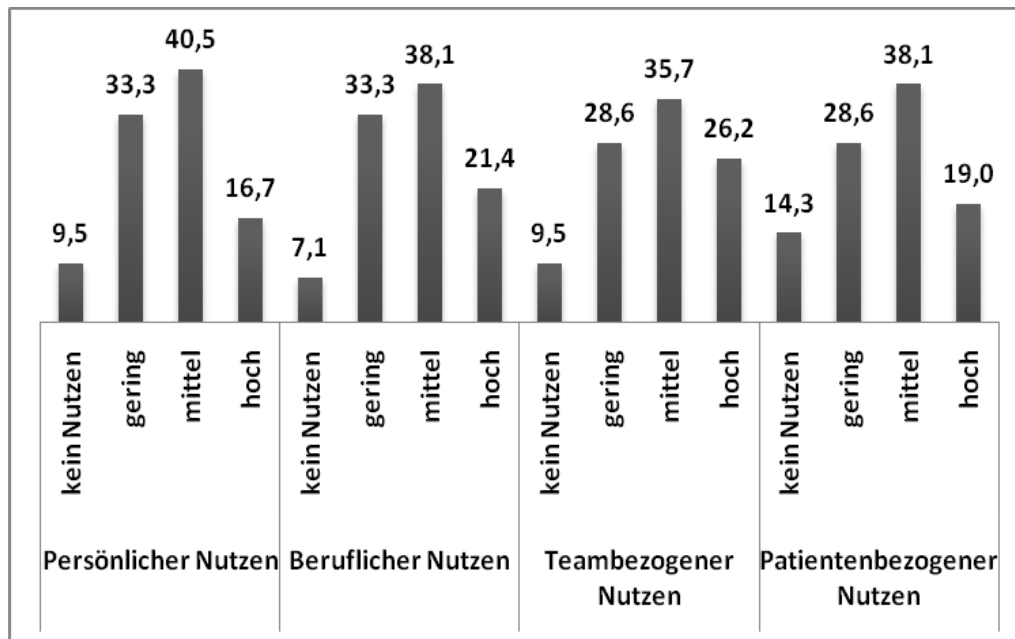


Abbildung 3.4 (N=42)



Die Wirkung von Supervision durch die KlinikmitarbeiterInnen wurde zwischen den vier Kliniken unterschiedlich beurteilt. Es zeigten sich signifikante Unterschiede auf den Ebenen „beruflicher“ und „patientenbezogener Nutzen“ (Kruskal-Wallis-Test: $p < 0.001$; $p < 0.001$), jedoch nicht bezüglich des „persönlichen“ und „teambezogenen Nutzens“.

Abbildung 2.5: Wirkung der Supervision in den letzten 6 Monaten für die Gesamtstichprobe (N=42) *



* Angaben in Prozent

4.6 Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten 6 Monaten (quantitative Auswertung)

Eine weitere wichtige Fragestellung der vorliegenden Untersuchung war es, das Ausmaß an negativen Erfahrungen in der Supervision zu messen. Diese Variable wurde sowohl quantitativ wie qualitativ ausgewertet. Zum Zwecke der quantitativen Auswertung wurden die schriftlichen Aussagen über positive und negative Erfahrungen erfasst, ausgewertet und anschließend dichotomisiert. Eine erlebte negative Erfahrung wurde mit 1 kodiert, keine negative Erfahrung mit 2.

Insgesamt gaben 50% (21/42) des Gesamtkollektivs an, in den letzten 6 Monaten vor der Untersuchung positive Erfahrungen gemacht zu haben, während 36% (15/42) äußerten, negative Erfahrungen in „irgendeiner Form“ gemacht zu haben. 14 der MitarbeiterInnen äusserten sich nicht zu dem genannten Thema (33%), respektive füllten den entsprechenden Abschnitt des Fragebogens nicht aus. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede in der Anzahl genannter „negativer Erfahrungen“ zwischen den einzelnen Kliniken (Kruskal-Wallis-Test, $\chi^2 = 17.570$, $df = 3$, $p < 0.01$; Tab. 4). Die Gruppen wiesen jedoch weder signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters, noch hinsichtlich der Berufserfahrung auf (Tab. 5.1).

Tabelle 5: Anteil negativer Erfahrungen in den letzten 6 Monaten nach Kliniken

Negative Erfahrungen **	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Gesamt
Ja	1 (11%)	1 (11%)	11 (85%)	2 (18%)	15 (36%)
Nein	3 (33%)	4 (44%)	0 (0%)	6 (55%)	13 (31%)
Fehlend	5 (56%)	4 (44%)	2 (15%)	3 (27.3%)	14 (33%)
Gesamt	9 (100%)	9 (100%)	13 (100%)	11 (100%)	42 (100%)

Prozente in Klammern; ** $p < 0.01$

Frauen und Männer unterschieden sich nicht-signifikant in der Häufigkeit ihrer Aussagen bzgl. negativer Erfahrungen (41% Frauen vs. 13% Männer).

Die Freiwilligkeit bzw. Verpflichtung zur Teilnahme an der Supervision, die Häufigkeit und die Dauer der Supervisionssitzungen zeigten keinen signifikanten Einfluss bezüglich negativer Erfahrungen (Tab. 5.2).

Die SupervisorInnen, in deren Zusammenhang negative Erfahrungen berichtet wurden, zeigten keine signifikanten Altersunterschiede gegenüber den übrigen SupervisorInnen.

Dagegen zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf den Grundberuf der SupervisorInnen (was im vorliegenden Falle jedoch offensichtlich auf die überwiegend negative Bewertung eines einzelnen Supervisors zurückzuführen ist).

Die Geschlechtszugehörigkeit der SupervisorInnen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Zahl an negativen Bewertungen.

Tabelle 5.1: SupervisandInnen (n = 42)

	Negative Erfahrungen		P-Wert
	Ja n = 15	Nein n = 27	
Alter (Jahre)	35.3	43.4	0.288
Geschlecht: M/F	13% / 41%	87% / 59%	0.132
Berufserfahrung (Jahre)	4-6	7-10	0.279

Da bei der Erfassung der Form von Supervision Mehrfachnennungen berücksichtigt wurden, wird nachfolgend darauf verzichtet, eine Abgrenzung der Supervisionsformen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Häufigkeit negativer Bewertungen vorzunehmen.

Tabelle 5.2: Freiwilligkeit der Teilnahme, Anzahl SV und Dauer (n = 42)

	Negative Erfahrungen		P-Wert
	Ja n = 15	Nein n = 27	
Supervision freiwillig Supervision obligatorisch	13% 87%	30% 67%	0.216
Anzahl SV in den letzten 6 Monaten	5.6	8.0	0.576
Dauer einer Supervisionssitzung (Min.)	86	86	0.848

4.7 Positive und negative Erfahrungen in der Supervision in den letzten 6 Monaten vor der Untersuchung (qualitative Auswertung)

In einem dritten Schritt wurden die Aussagen der Subgruppe mit negativen Erfahrungen (n=15) qualitativ ausgewertet, um zwischen „unerwünschten Wirkungen“ und „negativen Erfahrungen“ bzw. „Schädigungen“ durch Supervision unterscheiden zu können. Die schriftlichen Aussagen der SupervisandInnen wurden nach den in Tabelle 6.1 aufgeführten 9 Kategorien sortiert. Im Anschluß an die Kategorisierung wurden die Aussagen bzgl. „negativer Erfahrungen“ / „Schädigungen“ und „unerwünschten Wirkungen“ geratet. Schließlich wurden 4 von 25 Aussagen als „negative Erfahrung“ bzw. „Schädigung“ gewertet. Dies entspricht 16% der Gesamtstichprobe. Als Ursache negativer Erfahrungen wurde die Supervisorin / der

Supervisor drei Mal häufiger genannt als die SupervisandInnen (19 versus 6 Nennungen; vgl. Tab. 6.1).

Tab. 6.1: Qualitative Analyse unerwünschter Wirkungen, negativer Erfahrungen und Schädigungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=15)

Nr.	Kategorien *	SupervisorIn	SupervisandInnen
1	Entwertung	1	
2	Nichteingehen auf Anliegen, Themen des Teams	2	2
3	Mangel an klinischer Erfahrung, Feldkompetenz	1	
4	Mangelndes Vertrauen, Offenheit	2	
5	Zeitverlust	1	
6	Organisatorische Probleme	3	3
7	Passivität, mangelndes Engagement	3	
8	Fehlende Passung	3	1
9	Negativer Einfluss auf Atmosphäre im Team	3	
Subtotal Nennungen:		19	6
Total			25

* Sechs der aufgeführten Kategorien entstammen dem von Gottfried et al. (2003) verwendeten Kategoriensystem

Negative Erfahrungen und Schädigungen **fett** markiert; Mehrfachnennungen

Die Aussagen der MitarbeiterInnen mit positiven Erfahrungen (n=21) wurden ebenfalls qualitativ ausgewertet. Aus den schriftlichen Aussagen der SupervisandInnen ergeben sich die folgenden 10 Hauptkategorien (Tab. 6.2).

Tab. 6.2: Qualitative Analyse positiver Erfahrungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=21)

Nr. *	Kategorien	Anzahl Nennungen **
1	Verbesserung der Zusammenarbeit u. Kommunikation im Team	6
2	Anerkennung u. Verbesserung der Arbeit mit Patienten	4
3	Gemeinsames Reflektieren über eigene Arbeit	3
4	Konfliktlösungen erarbeiten	2
5	Mehrperspektivität	2

6	Schützend	2
7	Stützend	2
8	Emotionen ausdrücken können, Entlastung	1
9	Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten	1
10	Sicht von Aussen	1
Total		24

* Sortierung nach Häufigkeit; ** Mehrfachnennungen

4.8 Risiken und Nebenwirkungen von Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden die KlinikmitarbeiterInnen danach befragt, welche Risiken und Nebenwirkungen Supervision für sie selbst sowie für ihre Patienten beinhalten könnte. Betrachtet man die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, so ergibt sich folgendes Bild (Tab. 7.1). Insgesamt wurden die Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für die KlinikmitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (36% versus 19%) (Abb. 4). Desweiteren waren diejenigen KlinikmitarbeiterInnen, welche mögliche Risiken und Nebenwirkungen für sich selbst in Betracht zogen, signifikant jünger, als diejenigen, die keine solchen Äußerungen tätigten (35 Jahre versus 43 Jahre; Mann-Whitney-U-Test: $p = 0.013$). Hinsichtlich der Nennung möglicher Risiken und Nebenwirkungen für die Patienten zeigte sich kein signifikanter Altersunterschied. Supervisandinnen und Supervisanden unterschieden sich zudem nicht signifikant in ihren Aussagen.

Tabelle 7.1

	Mögliche Risiken und Nebenwirkungen (n=42) *	
	Für die Klinikmitarbeiter	Für die Patienten
Nein	8 (19.0)	15 (35.7)
Ja	15 (35.7)	8 (19.0)
Fehlende Angabe	19 (45.2)	19 (45.2)
Gesamt	42 (100.0)	42 (100.0)

* Prozenete in Klammern

4.9 Protektive, respektive präventive Faktoren der Supervision aus Sicht der KlinikmitarbeiterInnen

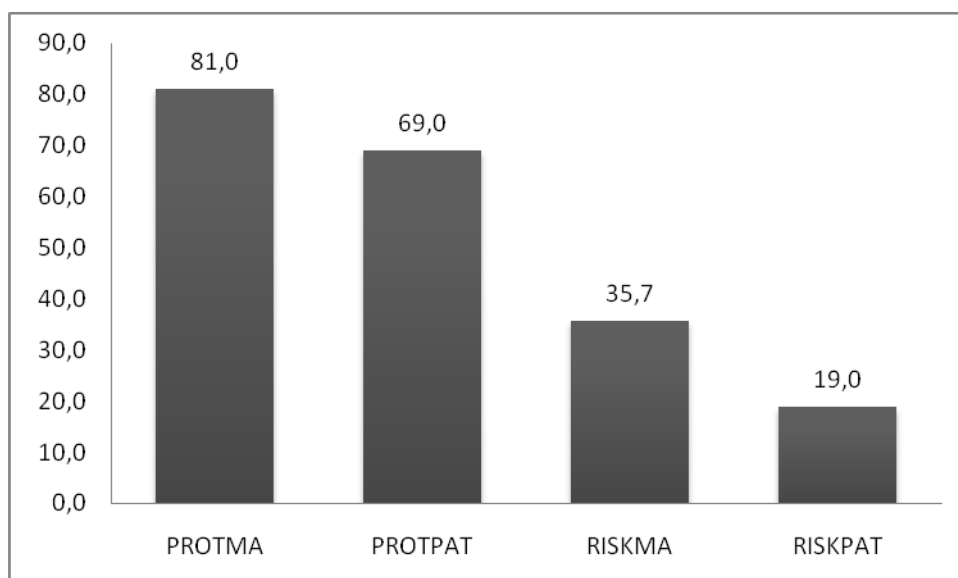
Die KlinikmitarbeiterInnen wurden ferner bzgl. protektiver und präventiver Anteile von Supervision für sie selbst sowie für ihre PatientInnen befragt. Betrachtet man die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, so ergibt sich folgendes Bild (Tab. 7.2). Insgesamt wurden protektive und präventive Anteile von Supervision für die KlinikmitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (81% versus 69%) (Abb. 4). Hinsichtlich der Nennung möglicher protektiver und präventiver Faktoren von Supervision zeigten sich keine signifikanten Altersunterschiede.

Tabelle 7.2

	protektive und präventive Faktoren (n=42) *	
	Für die Klinikmitarbeiter	Für die Patienten
Nein	0 (0.0)	5 (11.9)
Ja	34 (81.0)	29 (69.0)
Fehlende Angabe	8 (19.0)	8 (19.0)
Gesamt	42 (100.0)	42 (100.0)

* Prozenete in Klammern

Abbildung 4: Erwartete protektive Faktoren und Risikofaktoren von Supervision *



* PROTMA = protektive Faktoren für die KlinikmitarbeiterInnen;
 PROTPAT = protektive Faktoren für die PatientInnen;
 RISKMA = Risikofaktoren für die KlinikmitarbeiterInnen;
 RISKPAT = Risikofaktoren für die PatientInnen;
 Angaben in Prozent

4.10 Erwartungen der KlinikmitarbeiterInnen an die Supervision

Im vierten Teil des Fragebogens konnten die KlinikmitarbeiterInnen ihre Erwartungen an die Supervision in einer dreistufigen Skala („voll zutreffend“, „unentschieden“, „nicht zutreffend“) mittels Ankreuzen angeben. Hierbei galt es insgesamt neun Items zu beurteilen (vgl. Fragebogen im Anhang). Im Rahmen einer Faktorenanalyse konnten drei Faktoren mittels der „Hauptkomponentenanalyse“ extrahiert werden (Varimax-Methode). Dabei erklärt der erste Faktor 25.6%, der zweite Faktor 20.6%, der dritte Faktor 16.2% der Gesamtvarianz.

Deutung: Der erste Faktor sammelt Items, welche die Verbesserung der fachlichen Kompetenz und persönlichen Performanz der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters repräsentieren. Der zweite Faktor sammelt Items, welche für die Klärung und Lösung von Team-Konflikten stehen. Der dritte Faktor ist weniger eindeutig interpretierbar. Er korreliert positiv mit der Erwartungen auf das Aufdecken „unbewusster“ Prozesse sowie negativ mit der Erwartung auf Unterstützung / Entlastung.

Frage 4b) Welche Erwartungen haben Sie an Supervision? (vgl. Fragebogen)

Faktor 1	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen • Optimierung von therapeutischen Interventionen • Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten
Faktor 2	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team • Verbesserung der Kommunikation im Team
Faktor 3	<ul style="list-style-type: none"> • Aufdecken "unbewusster" Prozesse • Unterstützung / Entlastung (negativ korreliert)

4.11 Eigenschaften einer Supervisorin / eines Supervisors

Die KlinikmitarbeiterInnen wurden schließlich dazu befragt, welche Eigenschaften eine Supervisorin / ein Supervisor ihrer Meinung nach verkörpern sollte. Die Antworten wurden mittels einer dreistufigen Skala („voll zutreffend“, „unentschieden“,

„nicht zutreffend“) erfasst. Dabei galt es, insgesamt acht Items zu beurteilen (vgl. Fragebogen im Anhang).

In einer Faktorenanalyse konnten drei Faktoren mittels der „Hauptkomponentenanalyse“ extrahiert werden (Varimax-Methode).

Frage 4c) Ich betrachte eine Supervisorin/ einen Supervisor als: (vgl. Fragebogen)

Faktor 1	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrerin, Lehrer • PsychotherapeutIn • Beistand / Helfer
Faktor 2	<ul style="list-style-type: none"> • SpezialistIn und ExperteIn (negativ korreliert) • Vermittler zwischen den Parteien
Faktor 3	<ul style="list-style-type: none"> • Förderer / Entwickler von Neuem • Problemlöser

Der erste Faktor erklärt 21.9%, der zweite Faktor 21.8%, der dritte Faktor 19.6% der Gesamtvarianz.

Der erste Faktor sammelt Items, die für die fachliche Kompetenz und Performanz des Supervisors stehen (pädagogisch, psychotherapeutisch, fachlich). Der zweite Faktor sammelt Items, die insbesondere die Fähigkeit zur Vermittlung repräsentieren. Der dritte Faktor sammelt solche Items, die für eine aktive Problemlösung und Begleitung von Seiten des Supervisors stehen.

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit im Bereich Supervision in stationären Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige war es, einen Schritt in Richtung einer evidenzbasierten Supervision zu tun.

5.1 Der Rücklauf

Der Rücklauf von 42 Bögen in dem Zeitraum von Mai 2011 bis Juni 2011 zeigt hier eine relativ kleine Studie.

5.2 Das SupervisandInnensystem (personal factor)

Die Mehrzahl der SupervisandInnen sind Frauen (68%). Die größte Berufsgruppe sind PsychologInnen (45,2%) gefolgt von Andere (26,1%) und Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin mit VDR-Anerkennung sowie Ärzte mit jeweils 14,3%. Das Durchschnittsalter beträgt 40,6 Jahre, Die Hälfte der KlinikmitarbeiterInnen verfügt über sieben oder mehr Jahre an Berufserfahrung.

In der Schweizer Studie von *Gottfried, Pitetjean, Petzold* 2003 liegt der durchschnittliche Anteil der Frauen bei 61%, in der deutschen Studie *Siegele, Orth, Petzold*, 2007 bei 68%. Ebenso ähnlich hoch ist das Durchschnittsalter der Schweizer (39,4 Jahre) und der Deutschen Studie (41 Jahren).

5.3 Supervisionssetting (context factor)

In 81% der Fälle fand die Supervision klinikintern statt. Die häufigste Supervisionsform stellt die „teambezogene Supervision“ mit 74% dar. Die Fallsupervision folgt mit 59,5%, wobei signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken bestehen. In einem Drittel der Fälle findet die Supervision im gesamten interdisziplinären Team statt.

Die Schweizer Studie und ebenfalls die Deutsche Studie wichen vom obigen Ergebnis, was die teambezogene und fallgezogene Supervision betrifft, ab. Die häufigste Supervision dort stellte die Fallsupervision gefolgt von der Teamsupervision dar.

5.4 SupervisorInnen (personal factor)

In mehr als zwei Dritteln der Fälle geben die KlinikmitarbeiterInnen an, ihre Supervision werde von einem Mann geleitet (71% vs. 26%), wobei es einen signifikanten Unterschied zwischen den Kliniken gibt. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der Deutschen Studie (66% vs. 34 %) sowie in der Schweizer Studie (57% vs. 43%). Das durchschnittliche Alter der SupervisorInnen wurde auf 56 Jahre geschätzt, das ideale liegt nach Einschätzung der SupervisandInnen bei 45-55 Jahren. 19% vermerkten, dass das Alter der SupervisorInnen nicht von Bedeutung sei. In der Deutschen Studie wurde das durchschnittliche Alter auf 47 Jahre geschätzt, in der

Schweizer Studie auf 49 Jahre beide also wesentlich jünger. Das ideale Alter in der Deutschen Studie sowie in der Schweizer Studie liegen hier ebenfalls bei 45-55 Jahren.

Der überwiegende Teil der SupervisorInnen sind vom Grundberuf PsychologInnen (62%), gefolgt mit 14% SozialpädagogIn/SozialpädagogIn, anderer Grundberuf (10%), 2% Ärzte. In 12% der Fälle waren die SupervisandInnen nicht mit dem Grundberuf der SupervisorIn vertraut.

Bei den Zusatzausbildungen gaben die Hälfte der Befragten (45%) an, diese nicht zu kennen. Am häufigsten wurde Supervision genannt (16%), Verhaltenstherapie (10%), Gestalttherapie (6%), Andere Richtungen (4%), Integrative Therapie (4%) sowie der Familientherapie (systemisch), Gesprächstherapie, Organisationsentwicklung und Psychoanalyse mit 2%.

In der Deutschen Studie gaben lediglich 8% an, nicht die Zusatzausbildung des Supervisors zu kennen, nur 2,2 % kannten den Grundberuf nicht. In der Schweizer Studie gaben ähnlich wie oben benannt 48% an, die Zusatzausbildung nicht zu kennen, 8% gaben an den Grundberuf nicht zu kennen.

Das ideale Alter wurde in allen drei Studien zwischen 45-55 Jahre benannt, scheinbar wird dieser Altersgruppe eine hohe Kompetenz, Performanz sowie langjährige Berufserfahrung zugesprochen, die zugleich auch gewünscht wird. Hier scheint es jedoch egal zu sein welchen Grundberuf die/der SupervisorIn hat (12% kannten den Grundberuf nicht) auch welche Zusatzausbildung die/der SupervisorIn hat (45%). Eine hohe positive Attribution wird der/dem SupervisorIn zugesprochen, ohne eine Differenzierung vorzunehmen, welchen Grundberuf und welche Zusatzausbildung es gibt. Die Frage wird aufgeworfen, ob es ein bestimmtes Bild von der „Supervision“ gibt.

5.5 Einschätzungen der Fachkompetenz der SupervisorInnen

Die MitarbeiterInnen schätzen die fachlichen Kompetenzen ihrer SupervisorInnen in 52% der Fälle als hoch ein, in 36% der Fälle mittel, in 7% der Fälle als gering. Die sozialen Kompetenzen werden ähnlich bewertet, in 52% hoch, 29% mittel, 14% gering. Dabei scheint die Geschlechtszugehörigkeit der SupervisorInnen keine Rolle zu spielen.

Diese hohe Attribution an die/den SupervisorIn durch die Klinikmitarbeiter wurde auch in der Schweizer Studie ähnlich hoch angegeben, die fachliche Kompetenz mit 64% hoch, 33% mittel, 3% gering, die soziale Kompetenz mit 61% hoch, 35% mittel, 4% gering. In der Deutschen Studie wurde die fachliche Kompetenz mit 81,6% hoch, mit 18,4% mittel und mit 0% gering attribuiert. Die soziale Kompetenz ähnlich hoch bewertet, mit 80% hoch, 15,9% mittel, 3,5% gering. Auch bei diesen beiden Studien scheint die Geschlechtszugehörigkeit keine Rolle zu spielen.

Der/dem SupervisorIn wird eine hohe fachliche Kompetenz zugesprochen, die sich aber (siehe unten) n i c h t im Nutzen von Supervision widerspiegelt.

5.6 Die Effektvariable „Wirkung von Supervision“ (technical factor)

In der Zusammenfassung der vier Ebenen persönlicher, beruflicher, teampatientenbezogener Nutzen durch Supervision antworten nur 21% der Befragten mit einem hohen Nutzen, 38% mit einem mittleren Nutzen, 31% einen geringen Nutzen und 10% sehen keinen Nutzen. Zwischen den Kliniken zeigten sich signifikante Unterschiede, auf den Ebenen „beruflicher“ und patientenbezogener Nutzen“, jedoch nicht bezüglich des „persönlichen“ und „teambezogenen Nutzens“.

Ähnliche Ergebnisse gab die Schweizer Studie 29% = hohem Nutzen, 47% = mittlerer Nutzen, 18% = geringen Nutzen, 6% = keinen Nutzen, sowie die Deutsche Studie mit 43,2% hoher Nutzen, 42,8% = geringer Nutzen, 11,6% = geringen Nutzen, 2,4% = keinen Nutzen.

5.7 Positive und negative Erfahrungen in der Supervision während der letzten 6 Monate

Bei der Frage nach positiven und negativen Erfahrungen in der Supervision während der letzten 6 Monate gaben 50% der Mitarbeiter an positive Erfahrungen gemacht zu haben, während 36% äusserten, negative Erfahrungen in „irgendeiner Form“ gemacht zu haben. 33% der MitarbeiterInnen äußerten sich nicht zu dem genannten Thema. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede in der Anzahl genannter „negativer Erfahrungen“ zwischen den einzelnen Kliniken, die das Ergebnis etwas verfälschen. In einer Klinik gab es von 85% der Mitarbeiter die Nennung von negativ gemachter Erfahrungen. Hier wird das Thema von Schädigung bzw. Risiken und

Nebenwirkungen von Supervision angesprochen (*Ehrhardt, Petzold 2011*). Die Frage bleibt, wie können negative Erfahrungen durch Supervision thematisiert und aufgearbeitet werden?

In der Schweizer Studie gaben 74% an positive Erfahrungen gemacht zu haben, 18% negative Erfahrungen, 8% äusserten sich nicht zu diesem Thema. In der deutschen Studie äußerten sich 65,2% über positive Erfahrungen, 4,3% über negative Erfahrungen, 26,1% äusserten sich nicht zu diesem Thema, 4,3% hatten sowohl positive als auch negative Erfahrungen in der Supervision gemacht.

In der qualitativen Auswertung unerwünschter Wirkungen, negativer Erfahrungen und Schädigungen durch die Supervision haben 15 Mitarbeiter (n=15) insgesamt 4 Nennungen von negativen Erfahrungen gemacht, einmal Entwertung und dreimal negativer Einfluss auf die Atmosphäre im Team, dies entspricht 16% der Gesamtstichprobe. Positiv hingegen (N=21) gab es bei Mehrfachnennungen 24 Aussagen. Als positive Erfahrung durch den Supervisor wurde sechsmal die Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation im Team genannt, Viermal Anerkennung und Verbesserung der Arbeit mit dem Patienten.

In der Schweizer Studie waren 5% der Gesamtstichprobe, die negative Erfahrungen gemacht hatten, in der Deutschen Studie lag die qualitative Analyse bei 3% der negativen Erfahrungen, die als schädigend einzustufen waren.

5.8 Protektive Faktoren und Risikofaktoren für die SupervisandInnen und PatientInnen durch Supervision

Welche möglichen protektiven Faktoren und Risikofaktoren beinhaltet Supervision für die Mitarbeiter? Für 81% aller KlinikmitarbeiterInnen beinhaltet Supervision protektive, fördernde und präventive Anteile. Dabei wurde die protektive und präventiven Anteile von Supervision für die Mitarbeiterinnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (81% versus 9%) Insgesamt wurden die Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für die MitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die PatientInnen (36% versus 19%). Diejenigen Mitarbeiter, welche mögliche Risiken und Nebenwirkungen für sich selbst in Betracht zogen waren signifikant jünger.

Auch in der Schweizer Studie wurden die protektiven und präventiven Anteile für die MitarbeiterInnen höher eingeschätzt als für die Klienten (76% vs. 68%), in der

deutschen Studie (73% vs. 66%). Auch sahen ältere KlinikmitarbeiterInnen signifikant mehr protektive Faktoren durch Supervision als jüngere MitarbeiterInnen.

5.9 Erwartungen an Supervision

Durch Supervision erhoffen sich die MitarbeiterInnen die Verbesserung der fachlichen Kompetenz und persönlichen Performanz (25,6%), es folgen Klärung und Lösung von Teamkonflikten (20,6%). Dementsprechend sollen die Eigenschaften eines Supervisors in einer fachlichen Kompetenz und Performanz bestehen (21,9%) mit der Fähigkeit zur Vermittlung (21,8%) und aktiver Problemlösung und Begleitung (19,9%).

Insgesamt wird der/m SupervisorIn eine hohe fachliche und soziale Kompetenz zugeschrieben, die sich aber in den Ergebnissen mit einem hohen Nutzen mit 21% und geäußerten 36% negativ gemachter Erfahrungen zu widersprechen scheint. Zudem erhält der Supervisor eine hohe positive Attribution, obwohl 45% der Klinikmitarbeiter nicht über die Zusatzausbildung ihrer/s SupervisorIn informiert sind. Insgesamt besteht zu Recht ein hoher Anspruch an die fachliche Kompetenz und persönliche Performanz der/s SupervisorIn, denen die Ausbildungsinstitute Rechnung tragen müssen. Zusätzlich bedarf die/der SupervisorIn Kenntnisse des Feldes und des Faches, hier des Feldes der Suchttherapie und des Fachwissens über Suchttherapie (*Ehrhardt, Petzold 2011*).

Jedoch beinhaltet Supervision für 81% der Klinikmitarbeiter protektive, fördernde und präventive Anteile. Der Anteil der an Supervision den Klienten zugute kommt wird mit **nur** 9% angegeben. Scheinbar dient Supervision hier als ein Ort der emotionalen Entlastung. Wie zu Beginn dargestellt, stehen die Kliniken unter enormen Qualitäts-Kosten- und Wettbewerbsdruck, der sich auch bei den Mitarbeitern niederschlägt. Jüngere (und ggf. unerfahrene) MitarbeiterInnen schätzen die Risiken und Nebenwirkungen einer Supervision für sich höher ein.

5.10 Einschränkungen der Studie und Ausblick

Als Argument gegen die Repräsentativität der Ergebnisse der Studie spricht die relativ kleine Stichprobe (n=42). Dennoch zeigen sich ähnliche Ergebnisse im Vergleich mit der Schweizer und der Deutschen Studie.

Die Wirksamkeit bzw. der Nutzen von Supervision ist in dieser Studie gering ausgefallen, welches ein sehr unbefriedigendes Ergebnis darstellt. Der/m SupervisorIn wurde eine hohe Fachlichkeit unterstellt, die sich im Nutzen nicht widerspiegelte. Vielleicht spiegelt sich hier der Mythos wieder an die Allmacht des Supervisors zu glauben; dass schon alleine der Name Supervisor eine Omnipotenz unterstellt. Dieser Mythos lässt den Supervisor selbst und die anderen glauben, man könne den vielen und unterschiedlichen Erwartungen und Zielsetzungen gerecht werden (*Pallasch* 1997, S.56/57). Auch wurde der/m SupervisorIn eine hohe Fachlichkeit im Alter unterstellt, dies deckt sich mit dem Mythos das eine langjährige Erfahrung einen Supervisor zum Experten mache, dies ist empirisch nicht belegt, außerdem weiß man nicht, welche Qualifikationsmerkmale einen guten Supervisor ausmachen (*Pallasch* 1997, S.56/57). Das Desinteresse der SupervisandInnen an dem Ausbildungsberuf und der Zusatzausbildung können auch am Mythos der Omnipotenz der/s SupervisorIn liegen, ebenso aber auch an dem Mythos, es gäbe für die Supervision eine solide theoretische Basis. Für die Supervision und die Supervisionsausbildungen gibt es kein übergreifendes theoretisches Fundament, dieses ist aus vielen Einzelstücken zusammen gesetzt, man weiß nicht genau, was für einen Supervisor wichtig ist (*Pallasch* 1997, S.56/57). Ähnliche und weitere Grundannahmen, Mythen bzw. problematische und ungeklärte Konzepte werden in „Mythos Supervision“ von *Leitner, Petzold, Orth, Sieper, Telsemeyer* (2003, S8ff) aufgegriffen und hinterfragt mit dem Ziel Forschungsinteresse zu wecken.

Da es wenig evidenzbasiertes Wissen über die Wirkung supervisorischen Handelns und deren Konzepte gibt, wird mehr Forschung auf diesem Gebiet benötigt ebenso eine forschungsfreundliche Haltung, welche schon in den Supervisionsausbildungsstätten gefördert werden könnte. Auch der Frage nach den hervorgerufenen Risiken und Nebenwirkungen durch Supervision sollte weiter nachgegangen werden. *Ehrhardt und Petzold* (2011) haben hier jetzt eine erste, sehr aufschlussreiche und nicht eben erfreuliche Dunkelfeldstudie vorgelegt. Auch der Frage von *Schay et.al.* 2006, wie wirkt Supervision auf das Klientensystem muss nachgegangen werden. Zusammenfassend sollte es eine Verschränkung bzw. Kreislauf von Forschung-Lehre-Theorie-Praxis geben, um die „junge“ Disziplin Supervision auf wissenschaftlich fundierten Boden stellen zu können, die ein Theorieentwicklung und Nachweise ihrer Wirkung aufzeigt.

6. Zusammenfassung

6.1 Zusammenfassung: Die Wirkung von Supervision in stationären Entwöhnungs-behandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Ziel der Studie war die Evaluierung der Wirkung von Supervision im stationären Setting der Entwöhnungsbehandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Vier Kliniken mit einer Rücklaufquote von n=42 beteiligten sich. Lediglich 21% der Befragten sahen einen hohen Nutzen, 38% mit einem mittleren Nutzen, 31% mit einem geringen Nutzen und 10% sahen keinen Nutzen. Dies widersprach der hohen fachlichen Zuschreibung seitens der SupervisandInnen gegenüber den SupervisorInnen. Dieses Phänomen bestätigte eine schweizer und deutsche Studie (*Gottfried, Petitjean, Petzold 2003: Supervision in der Psychiatrie – Multicenterstudie Schweiz; Siegele, Orth, Petzold, 2007: Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken*), welche die Wirksamkeit von Supervision in der Psychiatrie untersuchten und für den Berufsstand der SupervisorInnen ein unbefriedigendes Ergebnis darstellt.

Schlüsselwörter: Supervisionsforschung, Wirkungen von Supervision, Feldexploration in Suchtkliniken

6.2 Summary: The effects of Supervision in stationary facilities for addicted alcohol and medication user

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of supervisions in stationary facilities for addicted alcohol and medication user in weaning of treatment. Four hospital facilities with a return rate of n=42 participated in the evaluation. Only 21% of the respondents found supervision very effective, 38% scored middle effects, 31% appraise supervision with a low level of effectiveness and 10% said there were no effects. This is in a contradiction with the professional appreciation of supervisors, expressed by the supervisees. This phenomenon is supported by a Swiss and German study (*Gottfried, Petitjean, Petzold 2003: Supervision in der Psychiatrie – Multicenterstudie Schweiz; Siegele, Orth, Petzold, 2007: Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken*), which evaluated the effectiveness of supervision in psychiatry. It shows for the profession of supervisors an unsatisfactory result.

Keywords: supervision research, effects of supervision, field exploration in addiction clinics

7. Tabellenverzeichnis, Verzeichnis der Abbildungen

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der KlinikmitarbeiterInnen nach Kliniken

Tabelle 2: Beruf und Berufserfahrung der KlinikmitarbeiterInnen

Tabelle 3: Supervisionsform nach einzelnen Kliniken

Tabelle 4: Angaben über die SupervisorInnen nach Kliniken

Tabelle 5: Anteil negativer Erfahrungen in den letzten 6 Monaten nach Kliniken

Tabelle 5.1: SupervisandInnen

Tabelle 5.2: Freiwilligkeit der Teilnahme, Anzahl der SV und Dauer

Tabelle: 6.1: Qualitative Analyse negativer Erfahrungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=15)

Tabelle 6.2: Qualitative Analyse positiver Erfahrungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=21)

Tabelle 7.1: Mögliche Risiken und Nebenwirkungen für KlinikmitarbeiterInnen und PatientInnen

Tabelle 7.2: Protektive und präventive Faktoren für KlinikmitarbeiterInnen und PatientInnen

7.2 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: „Dynamic System Approach to Supervision“

Abbildung 2.1: Zusatz- und /oder Psychotherapieausbildungen der SupervisorInnen

Abbildung 2.2: Einschätzung der fachlichen und sozialen Kompetenz der SupervisorInnen

Abbildungen 3.1 – 3.4: Persönlicher-, beruflicher-, team-, patientenbezogener Nutzen

Abbildung 4: Erwartete protektive Faktoren und Risikofaktoren durch Supervision

Literatur

- Atteslander, P. (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung. Erich Schmidt Verlag, Berlin.
- Aßfalg, R. (1997): Entwicklung und Perspektiven der stationären Suchtkrankenhilfe. In: DHS Hrs. 1997: Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Lambertus 1997, S. 162-180.
- Beer, T. (1996): Evaluation von Supervision - Zur Erforschung der Wirkungen von Supervisionsprozessen, Diplomarbeit im Rahmen der wissenschaftlichen Prüfung in Psychologie zur Erlangung des akademischen Grades „Diplom-Psychologe“, Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie
- Beer, T. (1998): Evaluation von Supervision. Ein Beitrag zur Wirkungsforschung und Qualitätssicherung berufsbezogener Beratung. In: Berker, P.; Buer, F. (Hrsg.), Praxisnahe Supervisionsforschung – Fehler-Designs-Ergebnisse. Votum, S. 99-129
- Belardi, N. (1992): Supervision – Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Junfermann, Paderborn.
- Belardi, N. (1998): Supervision – Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Berker, P.; Buer, F. (Hrsg) (1998): Praxisnahe Supervisionsforschung – Fehler-Designs-Ergebnisse. Votum, Münster
- Blinkert, B., Huppertz, N. (1975): Der Mythos der Supervision – Kritische Anmerkungen zu Anspruch und Wirklichkeit. Neue Praxis 2, S.117-127
- Bortz, J., Döring, N. (2006) :Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Heidelberg.
- Bortz, J., (2005) : Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Heidelberg.
- DGSV e.V., 2012: Supervision ein Beitrag zur beruflichen Qualifizierung beruflicher Arbeit DGSV Broschüre. Zimmermann Druck + Medien GmbH.
- DGSV e.v., Hg., 2008: Der Nutzen von Supervision. kassel university press GmbH, Kassel.
- Chudy M. (2011): Identität als Thema der Supervision in Theorie und Praxis .: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 13/2011
- Chudy, M., Petzold, H. G. (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven.: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 3/2011
- Ebert, W. (2001): Systemtheorien in der Supervision – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Leske + Budrich, Opladen.
- Edlhaimb-Grubec, C. M. (2005): Etymologische Fragmente zu Wort und Begriff der Supervision im Fokus der Integrativen Supervision. Supervision 02/2005, <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2005-edlhaimb-grubec-christiana-maria-etymologische-fragmente-zu-wort-und-begriff.html>

- Ehrhardt, J., Petzold, H.G. (2011): Wenn Supervisionen schaden – Explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“, *Integrative Therapie* 1-2, 137 – 192.
- Eichert, H.-C. (2008): Supervision und Ressourcenentwicklung. Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/eichert_supervision08-2008.pdf
- Ertel, F., Jakob-Krieger, C., Petzold, H. G. (2009): Supervision als Ressource von TelefonSeelsorge. Eine Felderkundung zur Rolle und Bedeutung von Supervision mit Ehrenamtlichen in der TelefonSeelsorge aus Integrativer Sicht. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 6/2009
- Gottfried, K. 2003: Supervision in der Psychiatrie eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, H.G.; Schigl, B.; Fischer, M.; Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Leske+Budrich, Opladen, S. 299-331.
- Grawe, K.;Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen.
- Haessig, H., Petzold, H. G. (2009): Transversale MACHT in der Supervision - integrative und differentielle Perspektiven. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2009.
- Haubl, R. Hausinger, B. (Hrsg.) (2009): Supervisionsforschung. Einblicke und Ausblicke. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Heffels, L., Petzold, H.G. (2006/2011): Zur Weiterbildungsfunktion der Supervision am Beispiel der Supervision für Lehrer. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 2/2011.
- Hollmann, G. (2011): Supervision als ressource von telefonseelsorge. Eine Felderkundung zur Rolle und Bedeutung von Supervision mit Ehrenamtlichen in der TelefonSeelsorge aus Integrativer Sicht. Master Thesis im Universitätslehrgang Supervision und Coaching, Donau-Universität, Krems.
- Holloway, E. (1998): Supervision in psychosozialen Feldern - Clinical Supervision- A Systems Approach. Junfermann, Paderborn.
- Kaufmann, C., Petzold, H.G. (2012): Noverbale Kommunikation in der Perfomanz von SupervisorInnen – Eine Erkundung im supervisorischen Feld www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2011
- Kolar, M., Petitjean, S., Petzold, H. G. 2007, Die Wirkung von Supervision im Feld der Psychiatrie Multicenterstudie Österreich. In: DGSV e.v., Hg., 2008: Der Nutzen von Supervision. kassel university press GmbH, Kassel, S. 84-85.
- Knaus, K.-J., Petzold, H., Müller; L. 2005, Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland eine explorative Multicenterstudie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 05/2005

- Lamacz-Koetz, I., Petzold, H. G. (2009): Nonverbale Kommunikation in der Supervision und ihre leibtheoretische Grundlage. Wenn Sprache nicht ausreicht - Eine explorative Studie. In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung Ausgabe 03/2009 www.fpi-publikationen.de/supervision
- Leitner, A., Petzold, H.G., Telsemeyer, P. (2004b): Die Qualität von „Psychotherapeutischer Medizin“ – eine Evaluationsstudie in der psychotherapeutischen Weiterbildung im Methodenvergleich. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 01/2004
- Lindenmeyer, J. (2004): Stationäre Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Konzepte und Therapieergebnisse. Psychotherapie, Bd.9 Heft 1, S. 74-83.
- Lukesch, B., Petzold, H. G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011
- Märtens, M.; Möller, H. (1998): Zur Problematik der Supervisionsforschung: Forschung ohne Zukunft? Supervision als homöopathische Ingenieurung. OSC, 3, S. 205-221
- Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002a): Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In: Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, S. 16-39.
- Möller, H. (1996): Prologomena zu einer subjektwissenschaftlichen Supervisionsforschung. OSC, 1, S.371-382
- Möller, H. (2001): Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale - Methoden. Stuttgart.
- Möller, H; Märtens, M. (1999): Evaluation von Supervision wohin? In: Pühl, H. (Hrsg.), Supervision und Organisationsentwicklung. Leske-Budrich, Opladen, S.104-123
- Müller, L. Petzold, H., Schreiter-Gasser, U. 2005, Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz. In: DGSV e.v., Hg., 2008: Der Nutzen von Supervision. kassel university press GmbH, Kassel, S. 67-68.
- Müller, M. (2005): Zur Entwicklungsgeschichte der Nonverbalen Kommunikation und ihrer Bedeutung für die Praxis der Supervision. FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 05/2009
- Neumann-Wirsing, H.; Kersting, H.-J. (Hrsg.) (1993): Systemische Supervision oder: Till Eulenspiegels Narreteien. Aachen.
- 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; Neueinstellung 7/2009, <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2009-Itze-ebert-petzold-neueinst-aus-2002-integrative-supervision-in-ausbildung-und-praxis.html>

- Orth-Petzold, S., Petzold, H.G., Gottschalk, R., Disler, T., Kernbichler, I. Müller, L. (2009): Überlegungen zur Feld- und Fachkompetenz von Supervisoren in der Pflege und Altenarbeit - Ein Projekt zur Ausbildung von SupervisorInnen aus der Pflege für die Pflege. Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 2/2009
- Pallasch, W. (1997): Supervision – Neue Formen beruflicher Praxisbegleitung in pädagogischen Arbeitsfeldern. Juventa Verlag
- Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 553-572, Neuaufl. Stuttgart: Pfeiffer-Klett-Cotta (2005a)265-283.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. Integrative Therapie 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie, Modelle, Theorien & Methoden einer Schulenübergreifenden Psychotherapie Band 1-3. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (2005e): Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer „Profession“ - Mythen und einige Fakten zu Herkommen und Hintergrund des Wortes „Supervision“. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 1/2005.
- Petzold, H.G. (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 284-292.
- Petzold, H.G. (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“.* Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4,* 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>
- Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G., Engemann, K., Zachert, D. (2003): Effektive Performanz. Komplexes Lernen in Supervision und Coaching Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2003
- Petzold, H.G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L., König, M. (2007): Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung. Hückeswagen: EAG:. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm

Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 09/2008

Petzold, H.G.; Oeltze, J.; Ebert, W. (2002): Die Wirkung integrativer Supervision im Mehrebenenmodell – eine empirische Studie auf der Klienten-, Supervisanden-, Supervisoren und Auftragerebene. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit FPI/EAG.

Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2011): Evidenzbasierte Supervision und mehrebenenorientierte Qualitätssicherung – oder „Mythos Gütesiegel“ und Supervision als Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne [2001 - 2011] – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen „von der Basis“. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2011.

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag, S. 195 - 298.

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

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 17/2010.

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): D A S SUPERVISIONS JOURNAL - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit. .: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 1/2011.

Petzold, H.G.; Schay, P.; Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. VS-Verlag, Wiesbaden.

Petzold, H.G.; Schay, P.; Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. VS-Verlag, Wiesbaden.

Petzold, H.G., Schigl, B. (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.

Petzold, H.G.; Schigl, B.; Fischer, M.; Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Leske+Budrich, Opladen.

Petzold, H.G., Sieper, J.(2012a): Gendergerechte Therapie. In: Schigl, B., Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Wiesbaden: VS -Verlag

Pühl, H. (Hrsg.) (1999): Supervision und Organisationsentwicklung. Leske-Budrich, Berlin.

- Pühl, H. (Hrsg.) (2000): Handbuch der Supervision 2. Edition Marhold, Opladen.
- Rappe-Giesecke, K. (1994): Supervision. Berlin, Heidelberg.
- Schreyögg, A. (2000): Supervision – Ein Integratives Modell. Junfermann, Paderborn.
- Schreyögg, A. (2000): Supervision – Didaktik und Evaluation. Junfermann, Paderborn.
- Schay, P., Dreger, B., Siegele, F., Petzold, H.G. (2003): Die Wirksamkeit von Supervision für den Klienten. Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Klientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. Postgradualer Studiengang zum Diplomsupervisor, Freie Universität Amsterdam, Faculty of Human Movement Sciences. Auch in: Schay 2006.
- Schay, P. (2006): Innovation in der Drogenhilfe. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. Integrative Therapie 1-2, 85-145.
- Siegele, F.; Orth, S., Petzold, G.H.(2007): Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit-Jg. 2007.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Siller, G. (2008): Professionalisierung durch Supervision – Perspektiven im Wandlungsprozess sozialer Organisationen. VS Verlag Wiesbaden.
- Stopper, A. (2004): Evaluation von Supervisionsprozessen –Überlegenheit quantitativer gegenüber qualitativer Analyse? Thesenblatt im Rahmen des Seminars „Sprachliche Kommunikation“. Institut für Psychologie Universität Bern.
- Wellenreuther, M. (2000): Quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft – Eine Einführung. Juventa, Weinheim und München.
- Wijnen, H. van, Petzold, H.G. (2003): Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 15/2003.
- Wottawa, H.; Thierau, H. (1990): Evaluation. Huber, Bern.

Europäische Multicenter-Studie
Forschungsprojekt „Supervision in der Psychiatrie“

Projektgruppe Deutschland

Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit

Hückeswagen

Donau-Universität Krems

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

Postgradualer Studiengang Supervision

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

FRAGEBOGEN ZU SUPERVISION[©]

(Bitte zurücksenden an folgende Adresse:)

Andrea Naujoks
Werkstattstr. 46

50733 Köln

Angaben zur Person

Diese Angaben sind für unsere Untersuchung sehr wichtig. Seien Sie versichert, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden. Der Abschnitt mit Ihren persönlichen Daten wird nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens abgetrennt und von uns mit einer Kodierungsnummer versehen, die eine spätere Zuordnung unmöglich macht. Alle Auswertungen werden nur mit den kodierten Teilen des Fragebogens durchgeführt und danach werden diese in der Forschungsabteilung der „Freien Universität in Amsterdam“ zugriffssicher aufbewahrt .

Alter: |_|_|||_|_|

weiblich

männlich

Ihr **Grundberuf**:

Krankenschwester, Krankenpfleger

Ärztin/ Arzt

Psychologin/ Psychologe

SozialpädagogeIn/ SozialarbeiterIn mit VDR-Anerkennung

- SozialpädagogIn/ SozialarbeiterIn ohne VDR-Anerkennung
- Physiotherapeutin/ Physiotherapeut
- Ergotherapeutin/ Ergotherapeut
- Musiktherapeutin/ Musiktherapeut
- Bewegungstherapeutin/ Bewegungstherapeut
- (Anderer)

Ihre **Funktion**: leitend nicht leitend in Ausbildung

Anzahl Jahre **Berufserfahrung**: Bitte zutreffendes Feld ankreuzen:

Weniger als 1 Jahr	1-3 Jahre	4-6 Jahre	7-10 Jahre	11-15 Jahre	Über 15 Jahre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Fragebogen erhalten über.....

1a) In welchem Rahmen findet die Supervision statt ?

- In der Klinik Klinikextern

1b) Welche Form der Supervision haben Sie (Mehrfachnennung möglich) ?

- Fallsupervision Team gesamtes interdisziplinäres Team

1c) Ist die Teilnahme an der Supervision freiwillig ?

- Ja Nein

1d) Wie oft fand die Supervision in den letzten 6 Monaten statt ?

|__| |__| (Anzahl)

1e) Wie lange dauert eine Sitzung ?

|__| |__| |__| (Minuten)

2a) Fragen zur Person der Supervisorin/ des Supervisors:

Ungefähres Alter:

|__| |__|

weiblich

männlich

2b) Über welchen Grundberuf verfügt Ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor ?

- Ärztin / Arzt Psychologin / Psychologe Sozialpädagogin / Sozialpädagoge
- Pflegeberufe Anderer.....

2c) Falls bekannt, über welche Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung verfügt Ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor (Mehrfachnennungen möglich) ?

- Nicht bekannt Psychoanalyse Gesprächstherapie
- Verhaltenstherapie Integrative Therapie Supervision

Familientherapie (systemisch) Organisationsentwicklung Gestalttherapie

Andere Richtung.....

2d) Falls bekannt, welchem Fachverband gehört Ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor an?

- DGSV – Deutsche Gesellschaft für Supervision
 BDP – Bund Deutscher Psychologen
 Anderer Verband
 Nicht bekannt

3a) Fragen zur Wirkung von Supervision:

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

Bewertung	hoch	mittel	gering	Kein Nutzen
Persönlicher Nutzen				
Eigener beruflicher Nutzen				
Patientenbezogener Nutzen				
Teambezogener Nutzen				

3b) Wenn „kaum oder kein Nutzen“ entstanden ist, haben Sie konkrete negative Erfahrungen in einer Supervision gemacht ? Welche ?

.....

3c) Wenn ein hoher Nutzen entstanden ist, haben Sie konkrete positive Erfahrungen (schützende, stützende, förderliche Anteile) in einer Supervision erlebt ? Welche ?

.....

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

Bewertung	hoch	mittel	Gering
Fachlich			
Sozial			

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

.....

4b) Welche Erwartungen habe ich an eine Supervision ?

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team			
Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik			
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten			
Verbesserung der Kommunikation im Team			
Unterstützung/ Entlastung			
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen			
Optimierung von therapeutischen Interventionen			
Problem- u. Konfliktlösung			
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team			

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

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Beistand/ Helfer			
Lehrerin, Lehrer			
SpezialistIn und ExpertIn			
Förderer/ Entwickler von Neuem			
PsychotherapeutIn			
Coach			
Vermittler zwischen den Parteien			
Problemlöser			

4d) Welches ideale Alter sollte Ihrer Meinung nach eine Supervisorin/ ein Supervisor haben ?

Bis 35 Jahre	35-45 Jahre	45-55 Jahre	55-65 Jahre	Über 65 Jahre

4e) Gibt es einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen SupervisorInnen in der Wirksamkeit ihrer Arbeit?

Ja Nein

Wenn ja, welchen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4f) Welche möglichen „Risiken und Nebenwirkungen“ beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach ?

Für Sie?.....

.....

.....

.....

.....

Für Ihre PatientInnen?.....
.....
.....
.....

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

Für Sie?.....
.....
.....
.....

Für Ihre PatientInnen?.....
.....
.....
.....

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!