

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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

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

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

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

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung Ausgabe 02/2004

Mythos Supervision?

Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis*

*Hilarion G. Petzold¹⁻⁴, Anton Leitner¹, Krems an der Donau, Amsterdam, Susanne Orth¹⁻³, Erkrath, Johanna Sieper³⁻⁴, Neuss, Petra Telsemeyer³, Düsseldorf**

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale 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>

(1) Zentrum für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems, (2) Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, (3) Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Forschungsstelle, Düsseldorf/Hückeswagen, (4) Humanwissenschaftlichen Abteilung des Institut St. Denis, Paris. Es sind – wo dies sinngemäß zutrifft – immer beide Geschlechter gemeint.

»Supervision ist eine Innovationsdisziplin par excellence, sie fördert neue Entwicklung, transportiert neue Erkenntnisse und verhindert Erstarrung. Sie muss als Disziplin, Praxeologie und Feld deshalb selbst in beständigen kokreativen Reflexionen/Metareflexionen, Diskursen und Innovationsbewegung sein. Sie ist eine moderne Methode psychosozialer Intervention, die in Form von Kontextanalysen, Assessments, supervisorischer Diagnostik einerseits und durch Beratung, Weiterbildung, Initiierung und Begleitung von Projekten und Maßnahmen der Strukturverbesserung andererseits zum Aufbau, zur Sicherung und Entwicklung bzw. Optimierung der Qualität professionellen Handelns von Mitarbeitern, Teams, Staffs sowie zur Steigerung der Effizienz von Organisationen und Institutionen in vielfältigen beruflichen Feldern beitragen kann. Sie erfolgt im „**informed consent**“ mit den Klienten um „**client welfare**“ und „**client security**“ auf der Grundlage von evidenzbasierter „**best practice**“ zu gewährleisten. Weil die „**client dignity**“ es verlangt, muss Supervision eine engagierte, eine „eingreifende Disziplin“ für „Menschenarbeiter“ und ihre KlientInnen sein« (Petzold, Ebert, Sieper 2001).

»Supervision kann ein großes Einfluss- und Wirkungspotential haben, das auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommen kann: der des SupervisandInnensystems, des KlientInnensystems, des Auftraggebersystems und durch Rückkoppelungseffekte auf der Ebene des supervisorischen Feldes selbst. Effekte gibt es nicht zuletzt aufgrund von Wirkungsattributionen an diese Beratungsmethode und wegen der hohen Salienz von SupervisorInnen. Wo aber Wirkungen sind, das zeigt die Medikamenten- und Psychotherapieforschung, ist auch die Möglichkeit von Nebenwirkungen gegeben, so dass diesem Potential besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist: in der Praxis, in der Forschung in der Theorienbildung und metakritischen Diskussion« (ibid., vgl. Märtens, Petzold 2002)

„Was an Supervision wie und warum wirkt, ist ... auf Theorien gegründet, die nicht mehr als den Status von Ideologien haben, von wissenschaftlich fundierten Konzepten, von einer Absicherung durch Forschung ... ganz zu schweigen“ (Möller 2001)

1. Der „Kontext“:

Konzeptkritische Fragen und Forschungsbedarf zu Geltungsansprüchen, Wirkungen und Nebenwirkungen im „Mehrebenensystem“ der Supervision

Dieser Beitrag ist aus einem Engagement für die wissenschaftlich noch „junge“ Disziplin „Supervision“ geschrieben, die als Praxeologie schon eine lange Tradition hat, aber erst in neuerer Zeit ihren Wirkungen durch empirische Studien nachzugehen beginnt. Eine solche Orientierung in Richtung von „Evidenzbasierung“ und zum Nachweis der Basiskriterien „Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit“ ist unerlässlich, nicht zuletzt, weil das, was wirkt, auch Nebenwirkungen haben kann (Lutz, Grawe 2001). Der Beitrag will einen kritisch-selbstkritischen Diskurs im Feld der Supervision, d. h. bei den Nutzern von Supervision (SupervisandInnen*) und bei den Anbietern von Supervision (SupervisorInnen) anregen, aber auch bei den Auftraggebern für Supervision und bei den Zielgruppen von Supervision (KlientInnen). Er will dafür werben, sich vermehrt für Forschungsprojekte einzusetzen und an Untersuchungen mitzuwirken, wie etwa an der Studie über „Risiken und Nebenwirkungen von Supervision“ (www.Supervisionsforschung.de).

Als SupervisorInnen, PsychotherapeutInnen und ForscherInnen im psychosozialen Feld sehen die AutorInnen dieses Textes „Supervision“ als ein *potentiell* sehr wertvolles Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung für die psychosoziale und pädagogische Arbeit mit KlientInnen und MitarbeiterInnen an.

Dies gilt vor allem, wenn *supervisorisches Handeln* in seiner Theorienbildung durch die wissenschaftliche Psychologie, insbesondere die Sozialpsychologie und durch die empirischen Sozialwissenschaften fachlich fundiert ist und sich in seiner Praxeologie auf durch Forschung überprüfte bzw. evaluierte Methoden gründet.

Zum Kontext: Supervision ist ein Phänomen der Moderne, entstanden, um als Sozialtechnologie zur „Reduktion von Komplexität“ Menschen, die mit Menschen arbeiten, darin zu unterstützen, in komplexen Lebenswelten Vielfalt und Undurchschaubarkeit zu bewältigen. Als Beratungsmethode wird Supervision von Organisationen und Institutionen im Non-Profit- und z. T. auch (wenngleich in geringem Maße) im Profit-Bereich in Anspruch genommen (*Auftraggebersystem*), ebenso von Angehörigen psychosozialer Berufe (*SupervisandInnensystem*) oder anderer Professionals, die mit Menschen, PatientInnen, KlientInnen, KundInnen (*KlientInnensystem*) arbeiten. Supervision wird von spezifisch ausgebildeten und professionell organisierten oder auch unspezifisch vorqualifizierten Fachleuten (*SupervisorInnensystem*) angeboten und durchgeführt. Sie ist ein Ansatz der Beratung, Begleitung, Unterstützung, der Krisenhilfe, Schulung, Leistungs-optimierung, der Professionalisierung, Qualitätssicherung, Forschung usw., eine „Allroundmethode“, die für alle Probleme an den Schnittstellen des „Systems“ *Klient/Helfer/Organisation* wirksame Lösungsmöglichkeiten zu bieten beansprucht. Aber ist das wirklich so? Lassen sich die von den SupervisorInnen behaupteten Möglichkeiten der Problembewältigung und Qualitätsentwicklung und die von Supervisanden und Auftraggebern der Supervision attribuierten Wirkungspotentiale empirisch belegen? Oder handelt es sich um den „Mythos“ einer als universell anwendbar und prinzipiell effektiv stilisierten „Supermethodologie“ psychosozialer Intervention?

Diesen Fragen wird in den vorgestellten Untersuchungen nachgegangen. Es gilt zu erkennen, wo die Grenzen der derzeitig vorwiegend praktizierten Supervisionsmethodik, der „reported supervision“ (verbale „Falldarstellung“) liegen und damit auch die Grenzen der derzeit gelehrten Supervisionsformen (mit der Lehrsupervision als Kernstück). Derartige „neuralgischen Bereiche“ anzuschauen, dazu will diese Arbeit einen kleinen Beitrag leisten. Ziel muss es sein, die **Möglichkeiten und Grenzen** solider supervisorischer Arbeit zu bestimmen.

Eine an der Donau-Universität Krems, am Zentrum für Psychosoziale Medizin, parallel zum Universitätslehrgang „Supervision“ durchgeführte Studie, die vom Land Niederösterreich gefördert wurde, evaluierte kritisch die internationale Supervisionsliteratur. Das Forscherteam (Petzold, Schigl, Fischer, Höfner) kam zu dem Ergebnis, dass auf der Ebene des KlientInnen-/PatientInnensystems keine Wirkungen von Supervision durch empirisch kontrollierte Studien nachgewiesen sind. Auf der Ebene des SupervisandInnensystems (Berater, Therapeuten etc.) sind Wirkungen vorhanden, aber überwiegend nicht durch kontrollierte und methodisch solide Studien dokumentiert, so dass die Nachweise eher als schwach oder wenig differenziert angesehen werden müssen. Die Frage etwa, ob, wann, wodurch Supervision burn-out-prophylaktisch wirkt – ein oft behaupteter Effekt –, kann bei derzeitigem Forschungsstand nicht beantwortet werden, denn hier fehlen Studien im Kontrollgruppendesign, die allein auf eine solche Frage eine Antwort geben könnten. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie ist, dass die vorhandene Heterogenität der Supervisionsansätze es unmöglich macht, von übergreifenden Wirkungen für alle Formen von Supervision zu sprechen. Wirkungen sind – ähnlich wie in der

Psychotherapie – immer nur für den jeweils untersuchten Ansatz nachzuweisen, und hier ist dann das Ergebnis: „Für die Mehrzahl der Supervisionsansätze in den deutschsprachigen Ländern liegen keine empirisch abgesicherten Wirkungsnachweise vor!“ Studien über „allgemeine oder unspezifische Wirkfaktoren“ (die anzunehmen sind) fehlen.

Qualitätssicherung über die Gewährleistung von „*Formalstandards*“ (etwa des Umfangs und der Elemente von Ausbildungen), ohne inhaltliche Festlegungen und Spezifizierungen (z. B. psychoanalytisch, gruppensystemisch, systemisch mit dieser oder jener Interventionsmethodik) ist nicht möglich. Der Grund dafür ist, dass die „Standards“ noch nie durch wissenschaftliche, empirische Untersuchungen auf ihre Effekte, Funktionalität und Dysfunktionalität überprüft wurden. *Formalstandards* sind aus der Sicht empirischer sozialwissenschaftlicher Forschung völlig ungeeignet, um die „vier Basisanforderungen“ an psychosoziale und medizinische Interventionsformen nachzuweisen: **„Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit“**.

Diese Nachweise – insbesondere auch der der „Unbedenklichkeit“, was Risiken, Nebenwirkungen, Schäden, rechtliche Problematiken anbelangt (vgl. *Märtens, Petzold 2002*) – müssen in einer Zeit, wo „*evidenzbasierte Interventionen*“ in Medizin, Psychotherapie, Suchtkrankentherapie Standard werden oder schon sind z. T. gesetzlich vorgeschrieben, auch von der Supervision verlangt werden. Für Psychotherapieverfahren werden Nachweise ihrer Wirksamkeit gesetzlich zwingend vorgeschrieben, für die Wirksamkeit von Supervision fehlen diese Nachweise! Hier steht „Supervision auf dem Prüfstand“ (*Petzold, Schigl, Fischer, Höfner 2003*). Diese Arbeit versteht sich als ein Beitrag dazu, Supervision als Disziplin und Methode kritisch zu evaluieren, um zu ihrer Fundierung und Optimierung beizutragen. Auch ist dieses Forschungsprojekt im Interesse und zum Wohle der KlientInnen und PatientInnen, der SupervisorInnen, der Institutionen und Organisationen, die Supervision zur Qualitätssicherung in Anspruch nehmen und im Interesse der Disziplin selbst.

Supervision hat in den deutschsprachigen Ländern in vergangenen 20 Jahren mehr und mehr an Verbreitung gefunden, wobei sich derzeit eine gewisse „Marktsättigung“ zeigt. SupervisorInnen haben sich in Fachverbänden zusammengeschlossen, die Politik, Qualitätssicherung und „marketing“ für die „professional community“¹ der SupervisorInnen und das „Produkt Supervision“ betreiben.

In der „Deutschen Gesellschaft für Supervision“ (DGSv) als dem führenden deutschen Dach- und Fachverband sind derzeit über 3500 SupervisorInnen Mitglieder. Daneben gibt es im Rahmen des „Bundes Deutscher Psychologen“ (BDP), einiger kleinerer Supervisionsverbände und bei verschiedenen Psychotherapieverbänden noch einmal ca. 2000 supervisorisch tätiger „professionals“, wobei wir die Supervision im Bereich kollegialer Weiterbildung im Rahmen des ärztlichen Ausbildungssystems hier unberücksichtigt lassen. Rechnet man eine Minimalrechnung -, dass jeder dieser 5000 SupervisorInnen *pro Jahr* in Einzel- und Gruppensettings 5 KlientInnen hat, so ist von 25 000 Personen im **SupervisorInnen-system** auszugehen. Man könnte aber auch von 20 KlientInnen ausgehen und wäre damit bei 100 000 Personen näher an einer Maximalrechnung. Das ist eine enorme Zahl. Eine über mehrere Jahre greifende Akkumulierung der SupervisorInnen wird nicht vorgenommen, da auf Grund der SupervisorInnenwechsel einerseits und der Kontinuität der Supervisionsnutzer andererseits in den letzten Jahren eine relative Stabilität der Nutzerpopulation gegeben zu sein scheint und wir Zuwachs und Abgänge nicht einschätzen können. Manche nehmen auch frustriert vom Gebrauch der Supervision Abschied. Die Grundgesamtheit der Supervision Nutzenden kann also in Deutschland mit einer Zahl, die zwischen 25 000 und 100 000 Personen liegt, angenommen werden. Legt man Supervisionssitzungen von 50 Minuten im vierzehntägigen Rhythmus zugrunde (also wieder an der unteren Grenze angesetzt), so ergeben sich 25 x 25 000 Stunden = 625 000 Stunden. Multipliziert man diese Stundenanzahl mit € 50,- als Stundenhonorar (die etwas

niedrigeren Preise für Teamsupervisionen werden als Minderungsfaktor eingesetzt, die Verbandssätze liegen zwischen € 75,-- und € 100,--), so ergibt sich ein Umsatz von € 31.230.000,-- - eine sehr vorsichtige Rechnung. Es könnte aber auch ein weit höherer Betrag sein, wenn man von einer höheren KlientInnenanzahl und realistischeren Stundenhonoraren ausgehen würde. In Österreich sind derzeit bei der Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS) ungefähr 1.025 eingetragene Mitglieder. Auf der Grundlage der oben angeführten Berechnung würde sich für Österreich ein Umsatz von € 6.406,250,-- ergeben. (Kleinere Verbände wurden nicht berücksichtigt.)

Für einen solchen volkswirtschaftlich doch bedeutenden Betrag – der zu einem großen Teil durch öffentliche Haushalte finanziert wird - könnte man von Seiten der „Profession“ *evidenzbasierte Wirkungsnachweise* von Supervision für *Supervisanden (SupervisandInnensystem*: BeraterInnen, TherapeutInnen, Schwestern etc.) und deren *KlientInnen* und *PatientInnen (KlientInnensystem)* erwarten sowie den empirischen Nachweis, dass diese Methode *keine Risiken und Nebenwirkungen* hat. **Solche Nachweise fehlen bislang** - das *SupervisandInnensystem* ausgenommen, für das (weitgehend unspezifische) Wirkungsnachweise vorliegen.

Nach bald 50 Jahren deutschsprachiger Supervisionspraxis (*Belardi 1992*) ist es an der Zeit: **Die Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision müssen beforscht werden!** Anspruch und Wirklichkeit sind zu überprüfen und die wichtigen Grundannahmen dieser Disziplin und Praxeologie müssen **konzeptkritisch** untersucht werden, auch auf Anschlussfähigkeit an die Wissensstände der empirischen Psychologie, Sozial- und Neurowissenschaften (*Petzold 1998a*).

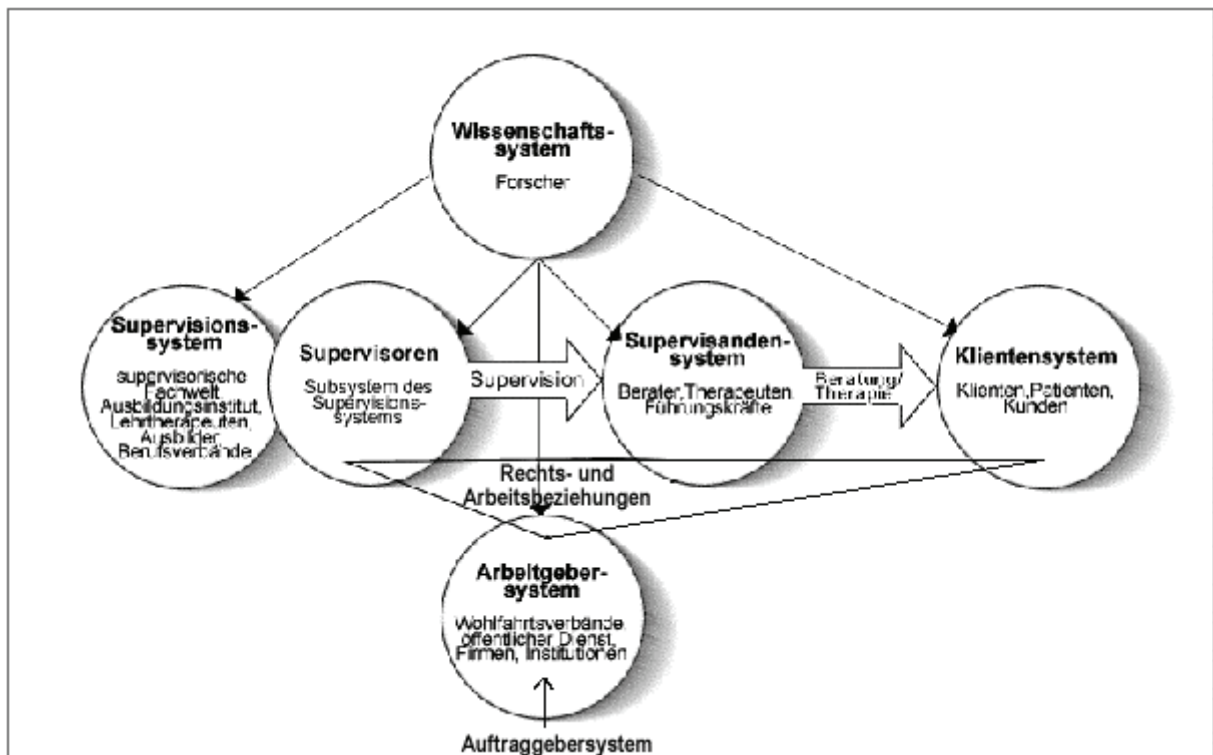
In diesem Text soll ein Überblick über problematische Annahmen und über Forschungsfragestellungen gegeben werden, die im Bereich der Wirkungs-, Nebenwirkungs- und Schadensforschung für die Interventions- und Beratungsmethode „Supervision“ von Interesse sind. Es werden *konzeptkritische* Fragestellungen vorgestellt. Es sollen dabei im Folgenden auch einige der zugrunde liegenden Probleme aufgezeigt werden, die Forschungsinteresse wecken. Damit wird natürlich nur ein Ausschnitt aus den Forschungsaktivitäten im Bereich von Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung gegeben, allerdings aus einem Sektor, der besondere Beachtung verdient und für das gesamte Feld der Supervision und der Psycho-, Sozio- und Familientherapie (wo ja sehr viel Supervision stattfindet) von Bedeutung ist, da den aufgeworfenen Fragen und Forschungsaufgaben etwa zur Frage der Schweigepflicht oder der Nebenwirkungen bislang in der „*professional community of supervisors*“ kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Eine „*scientific community*“ ist erst zaghaf im Entstehen.

Dabei wird von folgendem „Konzeptbegriff“ in diesem Text ausgegangen:

»**Konzepte** sind von einer fachlichen „community“ als **Ko-responsenzgemeinschaft** (*Petzold 1978c*) in Konsens-Dissensprozessen gefundene, konsensgegründete *Annahmen über Wirklichkeit* und *Erklärungen von Wirklichkeit* mit zeitbefristeter Gültigkeit, die als „soziale Repräsentationen“ (vgl. *Moscovici 2001*) für die Theorie, Praxeologie und Praxis eines Therapieverfahrens eine handlungsbegründende und -leitende Funktion haben. Sie sind so lange gültig, wie sie von einer Konsensgemeinschaft getragen werden. Als *fundiert* („wahr“) können sie gelten, solange sie nicht durch bessere Argumente und durch überzeugende Forschungsergebnisse widerlegt werden. **Konzepte** werden deshalb – wo immer möglich – durch empirische Forschung geprüft sowie durch kritische *intradisziplinäre Diskurse* und *interdisziplinäre Polyloge* permanent auf ihre innere Konsistenz, ihre ökologische Validität und ihre Anschlussfähigkeit an relevante Referenzwissenschaften (Biologie, Psychologie, Soziologie, Neurowissenschaften) untersucht, wobei sie auch auf ihre ideologische Orientierung und gesellschaftliche Relevanz im Sinne einer Humanitätsverpflichtung und Demokratieverortung metareflektiert werden müssen. **Konzepte** können weitgreifende oder schmalere greifende „Formate“ und Geltungsansprüche haben (vgl. *Petzold 1998a*). ... Sie sind so gut oder schlecht wie ihre Einbindungen in polyzentrische Wissensnetze, Absicherung durch Forschung bzw.

wissenschaftlichen Diskurs und ihre Konsistenz „zwischen“ Stabilität und Flexibilität, Enttäuschungsfestigkeit und Veränderbarkeit« (Petzold 2002).

Abb. 1: Das Mehrebenensystem der Supervision – Komplexität der Supervisionsforschung und Qualitätssicherung (Petzold, Oeltze, Ebert 2001)



Konzepte sind nach obiger Definition in der Regel *komplexe „soziale Repräsentationen“* (Moscovici 2001; Petzold 2002), die in „sozialen Welten“ wie in „scientific and professional communities“ zum Tragen kommen und Situationswahrnehmungen, -interpretationen und Handlungsverläufe bestimmen².

Wenn Angehörige „helfender Berufe“ (**SupervisandInnensystem**) die Interventions- und Beratungsmethode „Supervision“ nutzen, geschieht dies vielfach mit dem „Konzept im Kopf“, dass es dadurch zu einer Entlastung kommt und weiterhin zu einer Unterstützung für die Optimierung der Arbeit mit PatientInnen bzw. KlientInnen (**KlientInnensystem**). Das sind die Wünsche und Zielsetzungen von Nutzern und von Auftraggebern für Supervision. Sie hat demgemäß – besonders im psychosozialen Bereich – einen hohen Stellenwert. Mit ihr werden Erwartungen an höchste Qualität, Professionalität, Seriosität, Diskretion, Zuverlässigkeit und umfassende Wirksamkeit verbunden. In der Weiterbildung von Menschen in helfenden Berufen, besonders in der Psychotherapie, gehört Supervision zu den vielfältigen Maßnahmen der Qualitätssicherung (Laireiter, Vogel 1998; Petzold, Orth, Sieper 1995). Tatsächlich hat Supervision einen breiten Wirkungsbereich, denn sie wirkt – wie es z. B. die „Integrative Supervision“ konzeptualisierte - in einem „Mehrebenensystem“, das für den Forschungszusammenhang von Petzold, Oeltze, Ebert, (2001 vgl. Abb.1) visualisiert wurde.

In einem solchen komplexen System können vielfältige Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen entstehen. **Wo aber Wirkungen sind, kann es auch zu Nebenwirkungen kommen.** Dass Supervision problematische bzw. auch

schädigende Nebenwirkungen haben kann, wird bei den AnbieterInnen und NutzerInnen von Supervision zunächst nicht unterstellt. Sie wird in den „kollektiven sozialen Repräsentationen“³ als eine Methode der Qualitätsverbesserung, der Qualitätskontrolle gesehen, die den HelferInnen und ihren KlientInnen zugute kommt, was sich dann in den „subjektiven Theorien“, den persönlichen mentalen Repräsentationen über Supervision als „einer guten Sache“ niederschlägt. Deshalb wurde und wird Supervision bislang stets als wünschenswerte, förderungswürdige und rechtlich unbedenkliche Methode gesehen.

Im Psychiatrie-, Heim- und Pflegebereich ist das Image aber teilweise schon zwiespältig oder beschädigt (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Müller, Petzold 2004). So konnte in einer kontrollierten Studie von Supervision im Bereich der stationären Drogentherapie festgestellt werden, dass die Supervision für das KlientInnen-/PatientInnensystem keine Auswirkung hatte und die SupervisorInnen und supervidierten TherapeutInnen das Ziel der Rehabilitation der PatientInnen keineswegs im Zentrum ihrer Arbeit sahen (Schay, Dreger et al. 2001). In einer anderen Untersuchung „Zur Wirkung von Supervision im Altenheimbereich bei der Verbesserung von Überlastungssituationen“ zeigte sich, dass bei den supervidierten MitarbeiterInnen im Unterschied zu den nicht supervidierten die Arbeitszufriedenheit zunahm, die Betreuungsleistung und -motivation aber abnahm. (Man hatte gelernt, sich „abzugrenzen“, die MitarbeiterInnen ohne Supervision verblieben im Muster der „Selbstaussbeutung“ zugunsten ihrer KlientInnen, da die knappen Personalressourcen keine andere Möglichkeit zuließen; Müller, Petzold 2004.) Insgesamt kann man sagen: Von einer *differenziellen* Untersuchung der Wirkungen von Supervision in institutionellen Settings und von einer *evidenzbasierten* Orientierung kann bislang in der Supervision keine Rede sein, ebenso nicht von einem fruchtbaren Zusammenwirken von Forschung, Theorienbildung, Praxis.

Das in der Abbildung 1 aufgezeigte „*Mehrebenensystem der Supervision*“ stellt natürlich auch die Supervisionsforschung vor ganz erhebliche Probleme, die auf allen Ebenen zum Tragen kommt, eben weil sie vernetzt sind. Besonders schwerwiegend ist das für die Ebene des KlientInnen-/PatientInnensystems, weil hier eine besonders vulnerable Population vorliegt, deren Wohlergehen durch Supervision ja in erster Linie gesichert werden soll. Die Beratungs- und Behandlungsqualität soll ja über die Supervision von TherapeutInnen und BeraterInnen gesichert und der Erfolg von Interventionen verbessert werden. Bei besonders schwierigen PatientInnen - etwa mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen -, wird supervisorische Begleitung von Behandlungen geradezu zu einem erfolgsbedingenden Kriterium gemacht (vgl. Fiedler 2000, 96). Ähnlich steht es mit der Supervision im Drogenbereich, wo ein klarer Auftrag der Kostenträger vorliegt, die Supervision mitzufinanzieren, weil dadurch der Behandlungserfolg verbessert werden soll. Was ist aber, wenn sich hier keine Wirkungen nachweisen lassen? Dies zeigte eine kontrollierte Studie aus diesem Bereich (vgl. Schay, Dreger, Siegle, Petzold 2001).

SupervisionsforscherInnen (Märtens, Möller 1998) betonen die Schwierigkeit von Wirkungsnachweisen für das PatientInnensystem und machen dafür auch grundsätzliche Probleme geltend, ja sie bezweifeln sogar die Möglichkeit solcher Nachweise. Trotz erheblicher Schwierigkeiten, Anstrengungen sollten aber unternommen werden, um auch für das KlientInnensystem Wirkungen untersuchbar zu machen (vgl. die Designs in Petzold, Schigl et al. 2003).

Für fehlende Wirkungsnachweise finden sich folgende Gründe:

1. *Forschungsmethodische Gründe*

Wirkungen auf der Ebene des KlientInnensystems werfen *untersuchungsmethodische* Schwierigkeiten auf (z. B. Zugänglichkeit der Untersuchungspopulation, Stichprobengröße, Kontrollgruppe, Fehlen standardisierter Erhebungsinstrumente, Variablenvielfalt);

forschungsethische Probleme (z. B. besonders vulnerable Patientengruppe, d. h. hohes Verletzungs- und Retraumatisierungsrisiko, Erhalten des „informed consent“, Freiwilligkeit der Teilnahme, Kontrollsetting etc.); rechtliche Probleme (Datenschutz, PatientInnenrechte, Persönlichkeitsschutz etc.).

2. Therapiemethodische Gründe

Die Mehrzahl der Therapieverfahren ist bislang nicht dafür ausgelegt, Supervision für die PatientInnenebene spezifisch zu nutzen. Supervision und Kontrollanalyse im Rahmen von Therapieausbildungen bzw. die Therapieausbildungen vermitteln keine solche Methodologie. Sie steht als theoretisch begründete und interventionstechnisch ausgearbeitete – geschweige denn empirisch validierte Methodik – in fast keinem Therapieverfahren zur Verfügung. Die zeigt die theoretisch eher magere Literatur zu Psychotherapiesupervision und Kontrollanalyse (Franke 1999) und wird ebenso durch schmales interventionsmethodisches Arsenal dokumentiert. Theoriearbeit und theoriegeleitete Untersuchungen zu Supervision als Ausbildungselement fehlen weitgehend (Oeltze, Ebert, Petzold 2002). Ebenso fehlen Aussagen, wie Erkenntnisse aus der „Fallsupervision“, d. h. aus der Supervision von Interaktionsprozessen.

3. Supervisionsmethodische Gründe

Auch in der Supervisionsliteratur zu Theorie, Praxeologie, Methodik findet sich wenig über die verschiedenen Settings. Es fehlen Konzepte für spezifische Patienten/Klientengruppen und Störungsbilder, für behandlungsspezifische Settings (ambulant/stationäre), zur Genderspezifität oder zur Altersgruppenspezifität. Überlegungen zur Indikation von Supervisionsmethodiken verbale „reported supervision“, Rollenspielsimulationen, Tonband und Video gestützte Supervision, One-Way-Screen-Supervision, Life-Supervision in der Triade (Therapeut/Patient/Supervisor) oder im Polylog (Therapeutenteam/Patient/Supervisor), die theoriegeleitet oder beforscht sind, fehlen praktisch in der gesamten internationalen Literatur. Diese Probleme werden nicht angefasst. Viele „Supervisionsschulen“ haben eine enge, nicht evaluierte Methodik und eingegrenzte „Theoreme“ oder „Ideologeme“ für ihre Praxis. Die Mehrzahl der SupervisorInnen haben überdies gar keine Intention, in das Behandlungsgeschehen hineinzuwirken, obwohl sie es de facto und unvermeidbar tun. Wenn das aber so ist, wie kann es dann zu spezifischen Wirkungen kommen? Die Mehrzahl der PatientInnen werden nicht darüber informiert, dass ihre Prozesse („Fälle“) supervidiert werden. Sie werden nicht über die Ergebnisse der Supervision informiert. Nicht über die Arbeitsweise und den Nutzen von Supervision instruiert. Sie wissen oft gar nicht was Supervision ist. In Folge dessen sind sie auch nicht „daran beteiligt“, die Ergebnisse kritisch mitzureflektieren und zu nutzen. Es ist im Feld der Supervision oft übliche Praxis, die PatientInnen darüber in Unkenntnis zu lassen. Dies ist rechtlich bedenklich oder unzulässig. Es ist auch ein methodisches Vorgehen, bei dem gezielte positive Wirkungen für den Therapieprozess nicht angenommen werden können. Sie liegen demnach auch nicht vor. Allein die Supervision der Passung – einem der wichtigsten Indikatoren für den Therapieerfolg in der Initialphase der Therapie - könnte den Behandlungserfolg nachhaltig fördern (Böcker 2000). Die supervisorische Begleitung der Zielfestlegung und Zielvereinbarung zwischen Therapeut/Berater und Patient/Klient sowie der Zielverfolgung im Behandlungs-/Beratungsprozess könnte die Zielerreichung positiv beeinflussen.

Therapieverfahren, die überhaupt nicht mit expliziten Zielvereinbarungen arbeiten, fallen auch aus einer zielrealisierend ausgerichteten Supervisionsmethodik. Es geht nicht primär um die Veränderung der Behandlungsmethodik, sondern um eine zum „PatientInnensystem hin transparente“ und auf die „selbstwirksame Mitgestaltung“ des Behandlungs- und Supervisionprozesses durch den Patienten/die Patientin gerichtete Supervisionsmethodik. Bei ihr wird man positive Wirkungen annehmen können durch: Förderung der Souveränität, der Selbstwirksamkeit, eines internalen Locus of Control (Flammer 1990), durch Wertschätzung, Stärkung des Selbstwertgefühls, des Problemverständnisses.

Vor dem Hintergrund derartiger Überlegungen, muss es darum gehen, Supervisionsmethodiken zu entwickeln und zu lehren, die über mehrere Ebenen des Supervisionssystems – vor allem zum KlientInnensystem hin - wirksam werden können.

1.1 Problematische und ungeklärte „Konzepte“

Erst in jüngster Zeit beginnt man sich in der europäischen Supervision mit der Frage der Wirksamkeit und Qualitätssicherung zu befassen. Im deutschsprachigen Bereich sind durch die Arbeiten von Buer, Franke, Märten, Möller, Petzold, Rappe-Gieseke,

Schigl, Schneider, Schreyögg – um nur einige Forscher zu nennen – in der theoretischen, der qualitativen und der quantitativen Forschung im Bereich der Supervision Impulse gesetzt und Beiträge geleistet worden. Dennoch sind noch viele Fragestellungen nicht aufgegriffen worden und bleiben viele Konzepte noch problematisch.

In der Folge seien einige dieser Konzepte angesprochen:

1. Konzept

Fachlich qualifizierte Supervision ist wirksam und effektiv, sie entlastet und sichert Qualität.

Konzeptkritik: *Das muss differenziell empirisch nachgewiesen werden.*

Die *Wirkung bestimmter Formen* der Supervision ist bei richtigem Einsatz (Indikation) durchaus *gegeben*. *Gesichertes Wissen* jedoch, wie, in welchen Settings, mit welchen Orientierungen und Methoden, bei welchen Zielgruppen, mit welchen Risiken und Nebenwirkungen Supervision wirkt, haben wir nicht. Auch nicht, ob sie Qualität hat und welche sie wie sichert. All das ist noch weitgehend offen und überwiegend *ohne wissenschaftlichen Nachweis*. Für den Ansatz der „Integrativen Supervision“ wird versucht, solche Nachweise nach und nach zu erbringen (*Schigl, Petzold 1997; Ebert, Oeltze, Petzold 2002*).

2. Konzept

Das **Supervisorenssystem** ist Garant für Qualität, d. h. nur Supervision, die durch Supervisoren durchgeführt wird, welche spezifisch nach bewährten fachverbandlichen „Standards“ ausgebildet sind, hat verlässliche und hohe Qualität. Das wird in der „professional community of supervisors“ offensiv vertreten. Deshalb wird großer Wert auf die Einhaltung solcher Standards gelegt (*Weigand 1999*).

Konzeptkritik: Faktum ist, dass diese Standards konzeptkritisch (etwa anhand sozialpsychologischer Theorien) oder empirisch in Auswertungsevaluationen oder - und wichtiger noch - auf Effekte im Mehrebenensystem (*Petzold 1990o*) bislang *niemals vermittels wissenschaftlicher Untersuchungen überprüft wurden*⁴. Dabei kommt der Evaluation der Arbeit von ausgebildeten SupervisorInnen mit SupervisandInnen und KlientInnen besondere Bedeutung zu, weil nur hier wirkliche Effekte der Ausbildung in der Performanz (Fertigkeit) mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen ersichtlich werden und in der Folge begründete Standard- und Curriculumsrevisionen möglich wären. Geschieht dies nicht, kommt es zu Blockierungen von Innovation oder auch gegebenenfalls zur Fortschreibung suboptimaler oder dysfunktionaler Praxen. Dies ist konzeptkritisch zu vermerken und hier haben auch die Reformbestrebungen anzusetzen.

Das Fehlen empirischer Wirkungsnachweise bei Supervision für das *KlientInnen*system wird immer wieder beklagt (*Frank 1999; Möller, Märten 1999*), anders als für das *Supervisandensystem*, für das positive Wirkungen feststellbar sind, z. B. Entlastung, Unterstützung, Bestätigung. Es wird „Zufriedenheit mit Supervision“ berichtet (*Frank 1999; Märten, Möller 1999*) – und zwar unabhängig davon, um welche Form von Supervision (Einzel-, Gruppen-, Teamsupervision) und um welche methodische Ausrichtung von Supervision es sich handelt. (Allerdings liegen von der systemischen, integrativen, behavioralen Richtungen einige empirische Effizienz nachweise vor, die psychoanalytischen Orientierungen tun sich mit nomothetischen Nachweisen schwer.) Zu dieser Unspezifität kommt die Beobachtung hinzu, dass Formen der Intervision, kollektiver Supervision (*Rotering-*

Steinberg 1999) oder kollegialer Fallbesprechungen und Teamgespräche ähnliche Zufriedenheit und Effekte zu bewirken scheinen, wie professionell geleitete Supervision. Dies konnte in einem Vergleich von zwei *Supervisionsgruppen* (n = 20) mit drei *Intervisionsgruppen* (n = 18 zeigen) belegt werden (Petzold, Oeltze, Ebert 2001).

Von Ausbildungsinstituten, Hochschulen, psychosozialen Diensten, Kliniken etc. werden *Supervision/Intervision* oftmals gleich geordnet (ca. 200 hits in einer Google-Suche). Das wirft Fragen hinsichtlich der Spezifität von Effekten „professioneller Supervision“ auf. Sollten „*unspezifische Wirkfaktoren*“ wie kollegialer „*social support*“, Entlastung, Verständnis, Solidaritätserfahrungen, „guter Rat“ und „probate Tipps“ von erfahrenen KollegInnen die Wirkung von Supervision ausmachen oder zumindest einen wesentlichen Teil der Effekte? Dem wäre in Untersuchungen nachzugehen, denn es spricht einiges dafür, dass sich in der Supervision das Faktum „*unspezifischer Wirkfaktoren*“ reproduziert, das auch aus der Psychotherapie bekannt ist (Märtens, Petzold 1998; Garfield 1973; Huf 1992), wo die Unterschiede in der Wirkung zwischen Selbsthilfe, Laientherapien und professionellen Therapien ja gar nicht so groß sind (so sie denn überhaupt bestehen) und der Frage nach wirksamen spezifischen Faktoren mit aufwendigen Untersuchungen nachgegangen wird (Grawe et al. 1999, Brummund, Märtens 1998).

Es gibt auch einige bedenkliche Detailergebnisse zu Wirksamkeitsannahmen und Wirkungen von Supervision, zu „**Konzepten**“ über das Funktionieren guter supervisorischer Arbeit, von denen einige erwähnt werden sollen, weil sie ein Risikopotenzial für KlientInnen bieten:

3. Konzept

Supervision bringt die „Tiefenstruktur“ von pathologischen Situationen des Patienten oder aus der Dynamik der Patienten/Therapeut-, Klient/Berater-Beziehung im Fallbericht und die durch diesen Bericht bei den TeilnehmerInnen der Supervisionsgruppe ausgelösten Reaktionen zu Tage. In so genannten „Balintphänomenen“ sollen sich in supervisorischen Interaktionen derartige dynamische Konstellationen „spiegeln“.

Konzeptkritik: Für dieses verbreitete und beliebte – und in seinen Geltungsansprüchen weit reichende - Konzept gibt es bislang keine Nachweise aus *Untersuchungen unter experimentellen Bedingungen*, obwohl dies eine reizvolle Forschungsaufgabe wäre. Ohne solche Untersuchungen ist mit einer derartigen Annahme alleinig spekulativ orientiertem Interpretieren Tür und Tor geöffnet. Das kann zu Lasten des Patienten, der Klientin gehen. Verbunden ist damit die hohe (und unkritische) Wertung von „*reported supervision*“ über verbalen Bericht (eventuell anhand von Protokollen oder Notizen), die die häufigste Form der Supervision im Feld ist – von der Familientherapie einmal abgesehen, die oft auch *life supervision* und Videosupervision verwendet. Die neurowissenschaftliche Gedächtnisforschung hat gezeigt, wie unzuverlässig unsere Erinnerungen sind (Schacter 1996) und die forensische Gedächtnisforschung hat eine Fülle von Materialien über „*false memories*“ (bei Unfallzeugen, Missbrauchsgeschehen etc.) erarbeitet (Lofthus et al. 1989, 1995). Daher ist zu hinterfragen, ob die aus der Erinnerung gebrachten *Berichte* von TherapeutInnen/SupervisandInnen und die *Berichte*, welche SupervisorInnen von diesen *Berichten* zu ihren LehrsupervisorInnen bringen, noch viel mit der ursprünglichen Patientensituation zu tun haben. Auch diese Situation selbst wird noch durch die theoretische Brille des Therapeuten/Supervisanden

selektiv ausgewertet und vom Supervisor weiter selektiv bewertet. Über all diese Vorgänge besteht kaum gesichertes Wissen.

Wir konnten folgendes Experiment durchführen:

3 Videobänder von erfahrenen TherapeutInnen/SupervisorInnen, die in der TherapeutInnen-/PatientInnen-situation für videogestützte Supervision aufgezeichnet wurden, sind nicht benutzt worden, sondern diese 3 Situationen wurden im habituellen Modus von „reported supervision“ verbal (und z. T. mit Rollenspielsequenzen) vorgestellt und ihrerseits mit Video aufgezeichnet. Danach haben wir die beiden Aufzeichnungen verglichen. Die Divergenzen zwischen Bericht und Originalsituation waren, was sichtbare/berichtete Inhalte, sichtbares/berichtetes Interaktionsverhalten, sichtbares/berichtetes PatientInnenverhalten anbelangt, z. T. so extrem, das man von zwei verschiedenen „events“ mit groben Ähnlichkeiten sprechen konnte (Petzold, Orth 1996).

Zur Verlässlichkeit und zu Artefakten bei „reported supervision“ ist dringender Forschungsbedarf gegeben, denn es besteht die Gefahr, dass die Patientensituationen in einer Art in der Supervision vorgetragen und dann „bearbeitet“ werden, die mit der Lebenswirklichkeit der PatientInnen und der Wirklichkeit der Therapiesituation nur wenig zu tun hat, weil die Verformungen durch Erinnerungsprozesse, aber auch durch interpretative Wertungen so stark zur Wirkung kommen.

4. Konzept

Supervision untersucht und klärt die Hintergründe und Ursachen von Problemen, um dann das Entwickeln von veränderungswirksamen Handlungsstrategien zu ermöglichen.

Konzeptkritik: Dafür müssten die Forschungsstände zu Kausalattributionen, zu „fundamentalen Attributionsfehlern“, zu „Attributionsstilen“ (Stroebe et al. 1996) in der Supervision eine kardinale Bedeutung haben. Sie sind aber eigenartiger Weise bislang in der supervisorischen Theorienbildung und Forschung praktisch nicht aufgegriffen worden, obgleich es doch in der Supervision beständig um Analyse und Zuschreibungen von Ursachen bzw. um die Initiierung von wirksamen Handlungsstrategien und Interventionen für das **SupervisorInnen-system** und – oft wichtiger noch – für das **KlientInnen-system** geht. König-Fuchs (1991) hat in einer Untersuchung zeigen können, dass TherapeutInnen, KlientInnen und SupervisorInnen die Tendenz haben, Misserfolge *external* zu attribuieren. Wenn man sich aber einig ist, dass die Probleme im Außenfeld liegen, sind der Entlastungseffekt und die Positivwertungen gewiss. So ist hier die konzeptkritische Frage zu stellen, ob die Entlastung der SupervisorInnen (der HelferInnen, TherapeutInnen, Pflegenden) wirklich den PatientInnen, KlientInnen zugute kommen. Wenn zum Beispiel chronifizierte Überlastung aus Ressourcen- und Personalmangel in der Supervision als außen verursacht offengelegt wird, die Beachtung der eigenen Grenzen gepredigt wird, dann kann man sich leicht denken, wessen Bedürfnisse auf der Strecke bleiben: die der PatientInnen! Für den gerontologischen Bereich liegt hier auf jeden Fall ein Risikopotential (Petzold, Petzold1997a, b) vor.

1. 2 Allgemein supervisorische Kompetenz versus Feldkompetenz – eine Polarisierung mit Gefahrenpotentialen

Konzept

Das wesentliche Moment für die Wirksamkeit supervisorischer Arbeit liegt bei der „allgemein supervisorischen Kompetenz“, gegenüber der die „Feldkompetenz“ eine nachgeordnete Rolle spielt.

Konzeptkritik: Für dieses Konzept und diese Behauptung gibt es *keinen empirischen Beleg*. Dennoch wird sie häufig vertreten. Man muss das mit diesem Konzept verbundene Implikat sehen: SupervisorInnen können mit ihrer Kompetenz in fast allen Feldern arbeiten (heißt, jeden Auftrag annehmen). Der Supervisor wird damit zum souveränen Generalisten stilisiert. Aber es finden sich bedrückende Beispiele, wo die *fehlende Feldkompetenz durch die allgemein supervisorische nicht aufgefangen bzw. kompensiert wird*, so in Altenpflegeheimen, auf gerontopsychiatrischen Stationen, bei Krankenteams (ÄrztInnen, PflegerInnen, Verwaltungspersonal). Dort finden sich häufig SupervisorInnen (etwa mit sozialpädagogischem/sozialarbeiterischen Berufshintergrund), die in diesen schwierigen Bereichen noch nie selbst gearbeitet haben, die das Hierarchiesystem eines Krankenhauses nie wirklich erlebt haben, die nie einen Menschen sterben sahen, also über keine spezifische „Feldkompetenz“ verfügen. Und doch sind solche SupervisorInnen in diesen Sektoren tätig. Im Pflege- und Gerontobereich, im intensivmedizinischen Bereich ist fehlende „Feldkompetenz“ auf Seiten der SupervisorInnen eher die Regel als die Ausnahme⁵, wie wir in verschiedenen Erhebungen feststellen konnten (Stöckler 1996; Ch. Petzold 1996). SupervisorInnen in diesem Bereich arbeiten fast ausschließlich nach dem Modell der „reported supervision“, des verbalen Berichts, und verwenden praktisch nie Modelle der Life-Supervision oder Videosupervision. Daher gibt es keine Beobachtungserfahrung von den Supervisanden im unmittelbaren Umgang mit den PatientInnen. So erhalten sie keinen wirklichen Einblick in das faktische Tun des Personals. Besonders in der Teamsupervision können im Feld unerfahrene SupervisorInnen kollektiven Verleugnungsmechanismen, mangelnden Wissensständen und vertuschter „gefährlicher Pflege“ aufsitzen. Hier ist nun zu fragen, wie es kommt, dass bei den zahlreichen Vorfällen gefährlicher Pflege und der Gewalt gegen PatientInnen im Geronto-, Krankenhaus- und Behindertenbereich (Petzold 1989b), die in die hunderte gehen, es nie SupervisorInnen waren, die – obgleich in diesen Bereichen tätig – solche Missstände entdeckt und angezeigt haben? Bei der bedrückenden Häufigkeit von PatientInnentötungen (Maisch 1996; Beine 1998) in diesen Bereichen (in der Pädiatrie oder Orthopädie kommt das nicht vor) durch Pflegepersonal, das z. T. aufgrund von Überlastungen und Traumatisierungen in „malignem Burnout“ pathologisch reagiert hat (Petzold 1985d, 1993g). Es waren nach Analyse der Akten und Dokumente (Übersicht bis 1996 bei Maisch) nie Supervisoren, die Vorfälle aufgedeckt haben oder präventiv wirken konnten. Sie teilten offenbar die Blindheit, das Wegsehen, das für diese Kontexte als charakteristisch beschrieben wurde (Maisch 1996). Feldkompetenz böte hier zweifelsohne eine bessere Grundlage – wenn auch keine Sicherheit (Petzold 1994a/1998a, 162ff). Das muss *konzeptkritisch* gegenüber der einseitigen Favorisierung der generellen Supervisionskompetenz geltend gemacht werden.

Mit Blick auf diese Beispiele wiegt es schwer, dass die „community of supervisors“ versäumt hat zu untersuchen, welche *spezifischen* Wirkungen Supervision für das KlientInnensystem hat. Dies gilt auch für jeden Supervisionsansatz, denn es ist nicht unbedingt davon auszugehen, dass psychoanalytische Supervision die gleichen

Effekte hat, wie behaviorale oder systemische, obgleich es sicher auch schulenübergreifende Momente geben wird. Warum sollten die Verhältnisse anders liegen, als in der Psychotherapie? Felder, für die unbedingt Feldkompetenz erforderlich ist, sollten ausgewiesen werden.

In der Supervision findet sich eine *Tendenz zur Selbstbestätigung* der eigenen Konzepte und des eigenen Tuns, die so stark zu sein scheint, dass sie deren kritische Reflexion mit ihren Implikationen und Prämissen offenbar nur schwer möglich macht, ganz zu schweigen von einer Metareflexion der eigenen *Axiome* oder der Initiierung von Risiko- und Schwachstellenforschung. Wie sonst ließe sich erklären, dass in der supervisorischen Fachliteratur die voranstehend angesprochenen „neuralgischen“ Themen weitgehend fehlen und „Konzepte“ vertreten und vorgeschrieben werden, die ein Gefahrenpotential für das KlientInnensystem beinhalten? Ein Moment der Erklärung bietet die der Supervision *strukturell inhärente* Funktion, legitimierend und versichernd zu wirken. Diese Funktion ist auch durchaus wichtig, aber sie hat eine *prekäre Qualität* und beinhaltet ein beträchtliches Gefahrenpotential, auf das immer wieder hingewiesen wurde:

»Supervision und Therapiesupervision hat neben anderem die Funktion, das eigene Tun kontrollieren zu lassen, bestätigt zu erhalten, zu legitimieren bzw. legitimiert zu bekommen. Darin liegt die Gefahr, dass sich Angehörige psychosozialer Berufe oder einer Therapieschule (und der Supervisor gehört in der Regel gleichermaßen dieser Berufsgruppe an und meistens auch der gleichen Therapierichtung), in der und durch die Supervision in ihren Annahmen, Fehlannahmen, Ideologien und Vorurteilen wechselseitig bekräftigen und bestärken. Dadurch erfolgt eine Immunisierung gegen Kritik.

Supervision – schulenspezifische in Sonderheit - ist ein mächtiges Instrument der Homogenisierung von Meinungen, Weltansichten, therapeutischen und agogischen Konzepten bzw. Ideologemen, ein Instrument der Kontrolle „interventiver (Richt)Linientreue“, der Gewährleistung einer „kalibrierten“ therapeutischen, agogischen, einer sozialarbeiterischen, pflegerischen usw., einer „supervisorischen **Identität**“. Äußerst gering sind die Toleranzen gegenüber Unterschiedlichkeit, Verschiedenheit, „différance“ (Derrida) und die Spielräume für Andersheit, „altérité“ (Levinas), für „Heterotopien“ (Foucault), für „Dissens und Polyloge“ (Petzold 1999)«.

2. Konzeptkritische Probleme, Rechtsverletzungen und „riskante Supervision“

Erica Brühlmann-Jecklin (2002) hat aufgezeigt, dass „mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der Psychotherapie“ zu sehen sei. Gleiches ist offenbar für die Supervision anzunehmen, wobei es um die mangelnde Reflexion, Metareflexion und interdisziplinäre Koreflexion sowohl auf der Ebene des einzelnen Psychotherapeuten bzw. Supervisors geht. Dazu kommt auch die Ebene der gesamten *professional community* der PsychotherapeutInnen wie auch – hier liegen die Probleme ganz ähnlich – der SupervisorInnen (Petzold, Ebert, Sieper 2001).

Jede „engagierte Wissenschaft“ und Praxeologie (Bourdieu 1980, 1997) - hat das gezeigt – muss sich beständig selbst kritisch reflektieren und metareflektieren, besonders wenn sie, wie die Supervision, eine „*eingreifende Wissenschaft*“ ist (Leitner 2000). Sie bedarf deshalb der konzeptkritischen Untersuchungen und nicht nur der unverzichtbaren empirischer Effektuntersuchungen. Sie muss „Wühlarbeit unter den eigenen Füßen“ leisten (Nietzsche)⁶, um sensu Foucault (1998; Bubltz et al. 1999) die eigene Geschichte auf die in der Gegenwart noch zum Tragen kommenden anonymen **Diskurse** zu untersuchen. Machtdiskurse - etwa als Nachwirkung kontrollierender „Pastoralmacht“ (Foucault 1982), und Supervision hat dort eine ihrer Quellen (s. u.) – bergen die Gefahr, dass sie sich in der aktuellen supervisorischen Praxis etwa gegenüber dem KlientInnensystem (den „Pastoranden“) reproduzieren. Damit werden diese nicht wie „mündige Bürger“

behandelt, sondern wie „unmündige Schäflein“, um deren Wohl man sich sorgt, ohne dass sie dazu gehört werden, ob das ihrem Willen entspricht und die Richtung der Bemühungen von ihnen erwünscht ist. KlientInnen - in der Regel uninformatiert darüber, dass sie in der „Supervision vorgestellt werden“ - wissen heute oft nicht einmal (wie bei einer „visitatio“ zur „pastoralen Qualitätskontrolle“ durch einen „supervisor“ oder „superintendent“) was über sie verhandelt wird, und was dabei herauskommt. Dass ein solcher Diskurs der *Pastoralmacht* (Petzold, Orth 1999) tatsächlich am Werke ist, zeigen Untersuchungen über den Umgang von SupervisorInnen und SupervisandInnen mit Verschwiegenheit, persönlichen Geheimnissen, PatientInnen- und KlientInnen- Daten (siehe unten). Es sind deshalb theoretische und wissenschaftsgeschichtliche Untersuchungen erforderlich, um relevante Hintergrunddimensionen, die im Dunkel liegen, aufzuhellen. Solche Untersuchungen – wo sie denn überhaupt unternommen werden - greifen im Bereich der Supervision bislang sehr kurz. Da wird der Ansatz der „Supervision“ hergeleitet von der ehrenamtlichen Hilfeleistung gegen Ende des 19. Jh. an den „Ursprüngen der Sozialarbeit“, den „friendly visitors“, die durch erfahrene Praktiker, *supervisors*, begleitet wurden (Weigand 1989; Belardi 1992 usw.). Untersucht man aber die Ursprünge genauer, kommt dann zum Beispiel – in der gesamten Supervisionsliteratur ignoriert/verdrängt – zu Tage, dass der Hintergrund von Supervision in mittelalterlichen kirchlichen und staatlichen Kontrollsystemen liegt, wie es in einer begriffsgeschichtlichen Untersuchung (Petzold, Ebert, Sieper 2001) aufgezeigt werden konnte:

Der spätlateinische Begriff *supervidere* wird dem *superintendere* und *inspicere* parallelisiert, genauso wie der Begriff *supervisor* dem Begriff *inspector* bzw. *supervisio/inspectio* gleichgeordnet wird. Das kontrollierende Moment ist in der Bedeutung dominant: *supervisio/superintendence*. In den für die Begriffsgeschichte bedeutsamen mittelalterlichen britischen und irischen lateinischen Quellen taucht *supervisio* 1338, *supervisus* 1322 in der Bedeutung von „survey“, Aufsicht führen, überwachen auf und *supervisor* 1295 als „surveyor“, *supervisus* als „surveyorship“ 1397. In der Folge finden wir *supervisor domorum* als Hausverwalter, als Arbeitsaufseher *supervisor operationum* 1333. Im protestantischen Raum findet man in den Kirchenordnungen des 16. Jh. an der Spitze eines Territoriums einen *Superintendenten*, Würdenträger in Aufsichtsfunktion „per quam examen, visitatio et ordinationes fiant“ (Jeversche Kirchenordnung von 1562). Dann tauchen die „supervisors“ und „overseers“, als Aufseher in den Armenhäusern und Arbeitslagern auf, die in der Folge der „poor laws“ 1601 eingerichtet wurden⁷. Weiterhin wurden Strafverdächtige oder Straftäter unter „court supervision“ gestellt (Quellen und Nachweise bei Petzold, Ebert, Sieper 2001). Eine weitere Vertiefung dazu wurde im Rahmen des Universitätslehrganges „Supervision im Gesundheitswesen“, Donau-Universität Krems, erarbeitet: „Ethymologische Frag-Mente zu Wort und Begriff Supervision im Fokus der Integrativen Supervision“ (Edlhaimb 2004).

Eine dekonstruktivistische Analyse *sensu Derrida* des Supervisionsverständnisses und -begriffes zeigt, dass das Kontrollmoment bis heute dominant ist. Die Disziplin müsste kritisch ihre Leittheoreme und Basisannahmen, ihre handlungsleitenden Konzepte und Praxen überprüfen, etwa unter der Frage:

Welche Funktion hat Supervision in modernen Gesellschaften und welche verdeckten (und offenen) Aufträge erhält sie?

Was sind wirksame Implikate eines Begriffes und Konzeptes wie „Supervision“ (in der angloamerikanischen freien Wirtschaft wird unter „supervisor“ bis heute eine vorgesetzte Fachkraft mit *controlling function* verstanden)?

Auch im psychosozialen Bereich kommt der Supervision (verdeckter zwar als in der „court supervision“ oder Funktion der „overseer“) vielfach eine Kontrollfunktion für die Gesellschaft zu. So wurde z. B. nach den PatientInnen-tötungen in Lainz sofort von Seiten der Gemeinde Wien als Träger der Einrichtung „Supervision angeordnet“ (Rosenmayr 1989; Petzold 1994a). Dies geschah in kontrollierender Absicht, ohne dass eine ausreichende Analyse der wirklichen Missstände stattfand (Überlastung des Personals, unzureichende Ausbildung, mangelhafte Dienst- und Fachaufsicht,

Negativeffekte der „Konzentration“ schwerer Pflege in einer Großeinrichtung etc.) und ohne dass *strukturelle* Maßnahmen zur Beseitigung der Ursachen der Missstände eingeleitet wurden.

Berger und Luckmann (1970) haben herausgearbeitet, dass Beratungsansätze für die Gesellschaft in der Regel eine Normierungs- bzw. Normalisierungsfunktion, ja Disziplinierungsfunktion haben. Das gilt in spezifischer und ganz besonderer Weise für die „Beratungsform“ Supervision. Exemplarisch sei die derzeit zu beobachtende „Marktorientierung“ der Supervision erwähnt, die zu Lasten ihrer „Hilfeleistungsorientierung“ und „Weiterbildungsorientierung“ im „Feld“ praktisch unthematisiert erfolgt. Alle Kräfte richten sich auf die „Implementierung der Supervision im Markt“, ausgerichtet an dem, was „der Markt verlangt“ (Weigand 1999).

Die Supervision steht bei Untersuchungen über Risiken, Nebenwirkungen, Schäden und Rechtsverletzungen durch Supervision in den Anfängen. Dass man von keiner Unbedenklichkeitsannahme ausgehen kann, dafür hat ein obergerichtliches Urteil gesorgt (Bayr. OLG 8.11. 92, 2. St RR 157/94, abgedr. *Neue Zeitschr. für Strafrecht* 1995, S.187), durch das sich die Situation allerdings in einem Aspekt gewandelt hat, genauer: Es wurde eine Rechtssituation verdeutlicht. In dem Urteil wurde festgestellt, dass die Weitergabe von KlientInnenmaterialien – sie haben den Status von „persönlichen Geheimnissen“ - durch Therapeuten/Berater/Angehörige helfender Berufe – *in Supervisionen* nicht rechtmäßig ist und Verletzungen von Schweigepflicht bzw. von Persönlichkeitsrechten darstellen. Die Weitergabe von persönlichen Daten, Problemen und Situationen von KlientInnen, die diese ihren BeraterInnen anvertraut haben, ist in Supervisionen unzulässig (auch von Nicht-PatientInnen, z. B. AusbildungskandidatInnen) etc.

Damit ist ein strafrechtlich relevanter Bereich im Kontext von Supervision, Balintgruppen, Fallbesprechungsgruppen o. ä. deutlich geworden, welcher zuvor weitgehend unbeachtet gewesen ist, und welcher Beachtung, Maßnahmen und Forschung dringend erfordert.

Zwei weitere Rechtsprobleme stehen im Raum, da das Urteil allein auf die „Weitergabe von Geheimnissen“ abstellt.

- *Die Weitergabe von PatientInnendaten in Supervisions- und Balintgruppen durch detaillierte „Falldarstellungen“ an Fachleute (TherapeutInnen, ÄrztInnen, Schwestern, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etwa aus Kliniken, Krankenhäusern, Praxen etc.), die nicht unmittelbar an der Behandlung des Patienten beteiligt sind - ohne Wissen und Einwilligung der betroffenen PatientInnen und bei MitarbeiterInnen aus Institutionen ohne Genehmigung ihres zuständigen Dienstherrn - ist unzulässig*, zumal rigorose Anonymisierungen in der Regel nicht erfolgen. Bei der (schriftlich zu erfolgenden) *Freistellung* durch PatientInnen kommt als Problem hinzu, dass dafür eine vollständige Information der Betroffenen über die Art und die Bedingungen der Supervision bzw. des Supervisionssettings gegeben werden muss. *Absolute Freiwilligkeit* ist zu gewährleisten, damit psychologischer Druck und damit Nötigung (die aufgrund der besonderen Belastungssituation von PatientInnen als Delikt nahe liegt) ausgeschlossen sind.
- *Die Weitergabe von Dienstangelegenheiten und Dienstgeheimnissen durch Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes, (aber auch in Körperschaften öffentlichen Rechts, z. B. Kirchen), die an Einzel- und Gruppensupervisionen teilnehmen und dabei Probleme aus ihrem Arbeitsbereich darstellen, in der Regel ohne Genehmigung ihres zuständigen*

Dienstherren (und oft müsste dies der „oberste Dienstherr“ sein, im Justizbereich ggf. der Minister).

Hier liegen gravierende Rechtsprobleme für das gesamte Feld der Supervision, die zum Teil noch nicht im Bewusstsein der SupervisorInnen wie auch der SupervisandInnen, ja auch der Auftraggeber und ohnehin nicht der KlientInnen und PatientInnen deutlich sind, und die durch rechtswissenschaftliche Untersuchungen dringend der Klärung bedürfen (vgl. z. B. die Diplomarbeit von *Siemes* 2001). **Wo aber Rechtsverletzungen gegeben sind, ist auch mit persönlichen Verletzungen und Schäden zu rechnen.**

Aus Einzelberichten ist seit langem bekannt, dass – neben allen positiven Wirkungen - durch Supervision für Einzelne, Gruppen und Teams auch Belastungen entstehen können. Supervision kann misslingen, ja schädigen! Es gibt „riskante Supervision“, wenn etwa ein Supervisor mit seinem besonderen Status, aus seiner Position der „Salienz“ (*Stroebe et al* 1996) zu Ungunsten von Teammitgliedern, des Gesamtteams, von Leitungspersonen oder von Patienten/Klienten dysfunktionalen Einfluss ausübt bis hin zum „*mobbing by supervision*“. Oder es kann schlicht zu Fehlbewertung aufgrund falscher Situationseinschätzung oder mangelnder Feldkompetenz kommen, zu Dependenzstrukturen oder zum Missbrauch von Macht, zur Verletzung von Diskretionsräumen o. ä..

Erfahrene, langjährig tätige SupervisorInnen und besonders LehrsupervisorInnen kommen durch ihre spezifische Tätigkeit immer wieder mit solchen Themen und Problemen in Kontakt, etwa wenn sie in der Teamsupervision ein Team übernehmen, welches zuvor von einem anderen Supervisor betreut wurde, und dann Vorkommnisse zu Tage treten, die als bedenklich, unprofessionell, fehlerhaft, schädigend oder gar rechtsverletzend eingestuft werden müssen. Dabei ist die Art der Ausbildung oder die Zugehörigkeit zu einem Fachverband (als Qualitätsparameter) offenbar kein Sicherheitskriterium für die Bonität der Arbeit. Oder Supervisoren haben ein Mitglied eines Teams (das Teamsupervision erhält) in Einzelsupervision, Coaching oder – wenn sie Therapeuten sind - in Therapie und werden so in einer Art „indirekter teilnehmender Beobachtung“ Zeugen von schlechter oder gar „riskanter Supervision“. Vielleicht ist dieses Teammitglied sogar in die Einzelberatung gekommen, weil es mit der durch die Teamsupervision entstandenen Problematik nicht fertig wurde.

3. ExpertInnenbefragung zu Risiken und Problemen von Supervision

Um solche auch im KollegInnenkreis immer wieder kolportierten Erfahrungen etwas aus dem Bereich des „Okkasionellen“ (Gelegentlichen) zu nehmen und Fragestellungen für Forschungsprojekte zu generieren, wurde 1996 im Sinne einer explorativen ExpertInnenbefragung 30 erfahrenen – mindestens sieben Jahre tätige - SupervisorInnen/LehrsupervisorInnen unterschiedlicher Orientierung aus dem psychosozialen Feld in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden einen Fragebogen übersandt. Es wurden 17 Fragen gestellt mit der Antwortstruktur:

sehr häufig (= mehr als 5 mal), häufig (= 3 – 5 mal), eher selten (= 1- 3 mal), nie (0), weiß nicht (). Dabei war die Rücklaufquote von 21 Bögen bei dem sensiblen Thema gut bis sehr gut. Den TeilnehmerInnen war natürlich volle Diskretion und Datensicherheit zugesichert worden, wie sie von den am 24. Oktober 1994 verabschiedeten EG-

Datenschutzrichtlinien, die man allen Untersuchungen zugrunde legen muss, gefordert sind („Richtlinie 95/46EG zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr“). Die Befragten waren über den Zweck der Erhebung vollauf informiert (Art. 11 Abs. 2 EG-RL). Besonders bei sensiblen Daten, wie sie mit Frage 11 und 12 gegeben sind, ist höchste Sorgfaltspflicht geboten (deshalb auch die vorsichtige Formulierung von Frage 11).

Nachstehend die Ergebnisse:

Tabelle I: Ergebnisse der ExpertInnenbefragung 1996 „Probleme und Risiken von Supervision“, Fragebogenuntersuchung N = 21

Aussendung: 30, Rücklauf: 21, 12 wbl. 9 ml., D 15, CH 3, NE 3

davon 7 PsychologInnen, 9 Sozialpädagogen/SozialarbeiterInnen, 4 PädagogInnen, 1 Theologe.
Gemittelttes Alter 48.3 (range 36 – 61). Gemittelte Berufsjahre als SupervisorIn 12.4 (range 7 – 22)

1. Sind ihnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin in den vergangenen 5 Jahren durch Supervision verursachte schwere Belastungen oder Schäden bekannt geworden?

a) für das SupervisandInnensystem:

21 Ja-Antworten, davon 4 unabgefragte Zusätze wie durch „unqualifizierte“, „unsachgemäße“ Supervision o. ä.

sehr häufig (*mehr als 5 mal*) 3 häufig (*3 – 5 mal*) 8 eher selten (*1-3 mal*) 10 nie 0 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

19 Ja-Antworten

sehr häufig 4 häufig 5 eher selten 10 nie 2 weiß nicht 0

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

12 Ja-Antworten

sehr häufig 2 häufig 4 eher selten 6 nie 9 weiß nicht 0

2. Sind Ihnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin in den vergangenen 5 Jahren Diskretionsverletzungen (Schweigepflichtsverletzungen, missbräuchlicher Umgang mit Informationen aus der Supervision) bekannt geworden?

a) für das SupervisandInnensystem:

21 Ja-Antworten

sehr häufig 3 häufig 15 eher selten 3 nie 0 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

21 Ja-Antworten

sehr häufig 6 häufig 10 eher selten 5 nie 0 weiß nicht 0

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

16 Ja-Antworten

sehr häufig 3 häufig 7 eher selten 6 nie 5 weiß nicht 0

3. Ist Ihnen im Laufe und im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin Machtmissbrauch durch SupervisorInnen bekannt geworden?

a) für das SupervisandInnensystem:

21 Ja-Antworten, davon 3 unabgefragte Zusätze wie durch „unqualifizierte“, „unsachgemäße“ Supervision o. ä.

sehr häufig 4 häufig 8 eher selten 9 nie 0 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

19 Ja-Antworten

sehr häufig 2 häufig 12 eher selten 5 nie 2 weiß nicht 0

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung) 12 Ja-Antworten

sehr häufig 1 häufig 6 eher selten 5 nie 9 weiß nicht 0

4. Ist Ihnen das Phänomen „mobbing by supervision“ bekannt geworden? (verstanden als: Initiierung von Ausgrenzungsprozessen und Stigmatisierungen gegenüber Mitgliedern von Teams oder von Klientengruppen durch den Supervisor oder Unterstützung solcher Prozesse in Gruppen oder unterlassenes Eintreten für Betroffene in der Supervisionssituation)

a) für das SupervisandInnensystem:

21 Ja-Antworten

sehr häufig 8 häufig 8 eher selten 5 nie 0 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

21 Ja-Antworten

sehr häufig 6 häufig 12 eher selten 3 nie 0 weiß nicht 0

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung) 5 Ja-Antworten

sehr häufig 1 häufig 2 eher selten 2 nie 16 weiß nicht 0

5. Verfügten bei den Ihnen bekannt gewordenen Fällen problematischer oder riskanter Supervision die durchführenden SupervisorInnen über eine qualifizierte Supervisionsausbildung?

Ja 16 Nein 2 Weiß nicht 3

6. Gehörten die zur Rede stehenden SupervisorInnen ihrer eigenen Supervisionsrichtung an?

sehr häufig 0 häufig 2 eher selten 6 nie 9 weiß nicht 4

7. Hätten Sie die Möglichkeit gehabt, mit den KollegInnen, von denen Ihnen problematische oder riskante Supervision bekannt geworden war, zu sprechen, um die Probleme anzusprechen bzw. abzuklären?

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 3 nie 13 weiß nicht 5

8. Haben Sie diese Möglichkeit wahrgenommen?

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 2 nie 19 weiß nicht 0

9. Fragen Sie selbst als Supervisorin/Lehrsupervisorin die von Ihnen Supervidierten danach, ob sie von ihren KlientInnen/PatientInnen eine Erlaubnis/Freistellung eingeholt haben, ihre Situationen in der Supervision darzustellen?

Frage nach mündlicher Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 2 häufig 4 eher selten 8 nie 7 weiß nicht

Frage nach schriftlicher Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 0 häufig 2 eher selten 6 nie 12 weiß nicht 1

10. Wenn Sie selbst Supervision nehmen, fragen Sie dann ihre KlientInnen um Erlaubnis/Freistellung?

Mündliche Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 2 häufig 2 eher selten 8 nie 9 weiß nicht 0

Schriftliche Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 6 nie 12 weiß nicht 1

(Die Beantwortung der folgenden Frage liegt bei Ihnen. Wir würden uns aber sehr freuen, wenn Sie sie ausfüllen würden. Wir sichern Ihnen nochmals strenge Vertraulichkeit zu).

11. Sind Sie in Ihrer eigenen supervisorischen Tätigkeit in Situationen geraten, von denen Sie sagen könnten: „das war von meiner Seite riskante bzw. schädigende Supervision?“

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 2 nie 15 weiß nicht 4

12. Sehen Sie Ihren eigenen Supervisionsansatz anderen Supervisionsschulen/-ansätzen gegenüber als überlegen an?

Sehr überlegen 10 etwas überlegen 8 gleichwertig 3 unterlegen 0 weiß nicht 0

13. Halten Sie Supervision als Form qualitätssichernder Intervention für wirksam?

a) für das SupervisandInnensystem:

sehr häufig 16 häufig 5 eher selten 0 nie 0 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

sehr häufig 9 häufig 6 eher selten 4 nie 0 weiß nicht 2

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

sehr häufig 1 häufig 7 eher selten 1 nie 0 weiß nicht 2

14. Wie sehen Sie den Kosten/Nutzeneffekt von Supervision?

Sehr hoch 14 hoch 6 eher mäßig 0 gering 0 weiß nicht 1

15. Supervision dient u. a. der Bestätigung von Therapieideologien, Supervisionsideologien, Vorurteilen, Fehlannahmen der jeweiligen Therapie- bzw. Supervisionsschule. Trifft dies zu?

Sehr häufig 4 häufig 9 eher selten 4 nicht 2 weiß nicht

16. Sind Ihnen Fälle von sexuellem Missbrauch durch SupervisorInnen zur Kenntnis gekommen?

a) für das SupervisandInnensystem:

sehr häufig 1 häufig 3 eher selten 6 nie 11 weiß nicht 0

b) für das KlientInnensystem:

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 4 nie 17 weiß nicht 0

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

sehr häufig 0 häufig 1 eher selten 2 nie 18 weiß nicht 2

17. Supervisoren kommen oft in Situationen, wo im Klientensystem „riskante Pflege“, „Vernachlässigung“, schlechte Versorgung festzustellen ist, sollten sie diese Situationen

a) den verantwortlichen Vorgesetzten melden

Immer 1 gelegentlich 6 nie 8 weiß nicht 6

b) falls das nichts nützt an die Öffentlichkeit gehen

Immer 0 gelegentlich 2 nie 8 weiß nicht 11

Um Forschungsfragen zu generieren und die Antworten der Befragung noch tiefer auszuloten wurden zusätzlich 6 (3 ml. 3 wbl.) qualitative themenorientierte Interviews mit TeilnehmerInnen der Befragung durchgeführt zum Thema:

„Welche ‚neuralgischen Punkte‘, vernachlässigten Themen und potentiellen Probleme von Supervision wären Ihrer Meinung nach durch Forschung näher zu untersuchen?“

Dabei wurden folgende Probleme und Defizite von den Interviewten besonders herausgestellt:

Tabelle II: Ergebnisse der ExpertInnenbefragung 1996 „Probleme und Risiken von Supervision“ aus den qualitativen Interviews N= 6

1. Dependenz (Abhängigkeit) von der Supervisorenautorität 6x,
2. Schutz von PatientInnen/KlientInnendaten 6x,
3. Problem der Diskretion 6x,
4. Fehlendes Wissen über Wirkung und Wirkfaktoren von Supervision 6x
5. Fehlendes Wissen über Supervisionsforschung 6x
6. Macht, Allmacht, Narzissmus von SupervisorInnen 6x,
7. Nichthinterfragbarkeit von SupervisorInnen 6x,
8. Mangelnde Transparenz der Interventionen 5x,
9. Selbstüberschätzung von SupervisorInnen 5x,
10. überzogene Kompetenzzuschreibungen durch die Supervisanden 5x,
11. Feststellung der tatsächlichen Kompetenz des Supervisors 5x,
12. Feststellung tatsächlich guter Ausbildungen und ihrer Kriterien 5x
13. Mangelnde Feldkompetenz 4x
14. Problem der Selektivität berichteter Supervisionsmaterialien und der Kriterien der Auswahl und ggf. (arbiträren) Bewertung durch Supervisor, Supervisand, Supervisiongruppe, Balintgruppe 4x
15. Fehlende verbindliche ethische Leitprinzipien für SupervisorInnen 4x
16. Mangelnde sozialwissenschaftliche Kenntnisse 4x
17. Überschätzung der Leistungsmöglichkeiten von Supervision 4x,
18. Unklarheit der Kontrakt/Vertragsverhältnisse 4x
19. Unklarheit der Rechtssituation von Supervision 4x
20. Problematisches Auswahlverfahren von SupervisorInnen 4X (das Team wählt den Supervisor, der zu seiner Abwehrstruktur passt und die Probleme bleiben ungelöst)

Das ist ein beachtlicher und keineswegs vollständiger Katalog von Problemen, die für potentielle Supervisionsschäden oder „riskante Supervision“ relevant sein können,

für sechs Interviews eine recht nützliche Ausbeute. Probleme mit weniger als 4 Nennungen werden hier nicht vollständig aufgeführt, sondern nur einige, die von hoher Relevanz erscheinen, gerade *weil* sie in der „community of supervisors“ wenig oder auch gar nicht thematisiert werden (wie durch eine Literaturrecherche überprüft werden konnten). Deshalb noch folgende Auswahl:

21. Fehlende Genderperspektive 1x (durch einen männlichen ! Supervisor),
22. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Status von Professionen innerhalb der Supervision 1x, (bloß Sozialarbeiter, warum bekommt der ärztliche Supervisor mehr Geld für die gleiche Arbeit wie ein Psychologe, Schweizer Supervisor),
23. Fehlende Literatur und Forschung zu „typischen“ Supervisionsfehlern 2x,
24. Fehlen theoretischer supervisionsspezifischer Krisenmodelle und praktischer supervisorischer Kriseninterventionsmethoden 1x,
25. Fehlende Klärung des Verhältnisses von „life supervision“, „video supported supervision“, „verbally reported supervision“ 1x (durch niederländische Supervisorin),
26. Fehlende Überprüfung des Wahrheitsgehaltes, d.h. der Objektivität, Zuverlässigkeit und ökologischen Validität der berichteten Supervisionsmaterialien 1x (durch dieselbe),
27. Fehlende Auseinandersetzung mit den Ängsten und der Ohnmacht der Supervisoren 1x,
28. Fehlende Auseinandersetzung mit der Frage: Welche Persönlichkeitstypen/strukturen tendieren dazu, Supervisoren zu werden? 1x
29. Wann ist Supervision Augenwischerei, Blendwerk, und wann und wie oft sind SupervisorInnen Blender, die den „Mythos Supervision“ pflegen 1x (durch Schweizer Supervisor)
30. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Problem von doppelten oder Mehrfachloyalitäten 2x
31. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Geld in der Supervision 2x

Überdies ist zu sehen, dass die Befragten natürlich auch die „blinden Flecke“ des Feldes bzw. der „Profession der SupervisorInnen“ (so es denn eine „Profession“ ist, und nicht nur eine „Funktion“ zu einem Grundberuf, vgl. *Petzold, Ebert, Sieper* 2001) reproduzieren bzw. ihre Exzentrizität (*supervisio*) ggf. nicht radikal genug überschreiten. So fehlten in den Interviews z.B. Items wie:

Tabelle III: Ergänzende Überlegungen des Forscherteams

32. Fehlende Auseinandersetzungen mit den Grenzen supervisorischer Arbeit
33. Fehlen von Forschung zu und theoretischer Auseinandersetzung mit potentiellen Supervisionsschäden (trotz oder wegen dieser Befragung nicht erwähnt?)
34. Fehlende Modelle und Forschungen zu Erfordernissen für die Supervision in spezifischen Feldern
35. Fehlende Auseinandersetzung mit der nicht selten anzutreffenden Alibifunktion von Supervision
36. Thematisierung der Fragen: Welche Funktion hat Supervision für Auftraggebersysteme? Welche Funktionen für die öffentlichen Systeme der psychosozialen Hilfeleistung, Gesundheit, Bildung o. ä.
37. Fehlende kritische/metakritische Auseinandersetzungen mit den Entwicklungen des Feldes der Supervision
38. Fehlende kritische Überprüfung von gebräuchlichen bzw. beliebten Theoriemodellen, Ideologien und Deutungsschablonen in der Supervision auf Konsistenz und wissenschaftliche Haltbarkeit⁸
39. Fehlende Forschungen über die Auffassungen, Bewertungen, Einschätzungen von Supervision in der Öffentlichkeit und bei spezifischen Zielgruppen (Schwestern, Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Verwaltungsleitern etc.), d. h. fehlendes Wissen über „kollektive mentale Repräsentationen“, „réprésentations sociales“ (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2002) von Supervision und damit darüber, was KlientInnen, SupervisandInnen, KundInnen von Supervision halten, von Supervision erwarten oder befürchten⁹.
40. Fehlende Untersuchungen zum Konstrukt der „supervisorischen Beziehung“: Affiliation (Anschluss, Verbrüderung), Reaktanz (Widerstand), Dialog, Diskurs, Polylog etc.

Die Untersuchung wurde repliziert, um zu sehen, ob und in welcher Form sich derzeit, sechs Jahre später, ein anderes Bild ergibt. In der Zwischenzeit wurden für *LehrsupervisorInnen* bzw. *SupervisorInnen der Institution* (FPI/EAG) und für einen

3. Ist Ihnen im Laufe und im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin Machtmissbrauch durch Supervisoren bekannt geworden?

a) für das SupervisandInnensystem:

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 14 nie 18 weiß nicht 0 fehlend 1

b) für das KlientInnensystem:

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 8 nie 20 weiß nicht 3 fehlend 2

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

sehr häufig 0 häufig 1 eher selten 7 nie 21 weiß nicht 2 fehlend 2

4. Ist Ihnen das Phänomen „mobbing by supervision“ bekannt geworden? (verstanden als: Initiierung von Ausgrenzungsprozessen und Stigmatisierungen gegenüber Mitgliedern von Teams oder von Klientengruppen durch den Supervisor oder Unterstützung solcher Prozesse in Gruppen oder unterlassenes Eintreten für Betroffene in der Supervisionssituation)

a) für das SupervisandInnensystem:

sehr häufig 0 häufig 1 eher selten 8 nie 22 weiß nicht 1 fehlend 1

b) für das KlientInnensystem:

sehr häufig 0 häufig 1 eher selten 5 nie 23 weiß nicht 2 fehlend 2

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 6 nie 21 weiß nicht 4 fehlend 2

5. Verfügten bei den Ihnen bekannt gewordenen Fällen problematischer oder riskanter Supervision die durchführenden SupervisorInnen über eine qualifizierte Supervisionsausbildung?

Ja 7 Nein 3 Weiß nicht 12 fehlend 11

6. Gehörten die zur Rede stehenden SupervisorInnen ihrer eigenen Supervisionsrichtung an?

sehr häufig 1 häufig 3 eher selten 6 nie 5 weiß nicht 8

7. Hätten Sie die Möglichkeit gehabt, mit den KollegInnen, von denen Ihnen problematische oder riskante Supervision bekannt geworden war, zu sprechen, um die Probleme anzusprechen bzw. abzuklären?

sehr häufig 1 häufig 6 eher selten 6 nie 7 weiß nicht 2 fehlend 11

8. Haben Sie diese Möglichkeit wahrgenommen?

sehr häufig 0 häufig 6 eher selten 3 nie 12 weiß nicht 1 fehlend 11

9. Fragen Sie selbst als Supervisorin/Lehrsupervisorin die von Ihnen Supervidierten danach, ob sie von ihren KlientInnen/PatientInnen eine Erlaubnis/Freistellung eingeholt haben, ihre Situationen in der Supervision darzustellen?

Frage nach mündlicher Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 14 häufig 5 eher selten 11 nie 0 weiß nicht 0 fehlend 3

Frage nach schriftlicher Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 5 häufig 5 eher selten 10 nie 11 weiß nicht 0 fehlend 2

10. Wenn Sie selbst Supervision nehmen, fragen Sie dann ihre KlientInnen um Erlaubnis/Freistellung?

Mündliche Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 10 häufig 7 eher selten 9 nie 4 weiß nicht 0 fehlend 3

Schriftliche Erlaubnis/Freistellung

sehr häufig 5 häufig 1 eher selten 8 nie 17 weiß nicht 0 fehlend 2

(Die Beantwortung der folgenden Frage liegt bei Ihnen. Wir würden uns aber sehr freuen, wenn Sie sie ausfüllen würden. Wir sichern Ihnen nochmals strenge Vertraulichkeit zu).

11. Sind Sie in Ihrer eigenen supervisorischen Tätigkeit in Situationen geraten, von denen Sie sagen könnten: „das war von meiner Seite riskante bzw. schädigende Supervision“?

sehr häufig 0 häufig 0 eher selten 14 nie 14 weiß nicht 4 fehlend 1

12. Sehen Sie Ihren eigenen Supervisionsansatz anderen Supervisionsschulen/-ansätzen gegenüber als überlegen an?

Sehr überlegen 3 etwas überlegen 15 gleichwertig 12 unterlegen 0 fehlend 3

13. Halten Sie Supervision als Form qualitätssichernde Intervention für wirksam?

a) für das SupervisandInnensystem:

sehr häufig 16 häufig 14 eher selten 1 nie 0 weiß nicht 0 fehlend 2

b) für das KlientInnensystem:

sehr häufig 20 häufig 10 eher selten 2 nie 0 weiß nicht 0 fehlend 1

c) für das Auftraggebersystem (die Einrichtung)

sehr häufig 11 häufig 19 eher selten 2 nie 0 weiß nicht 0 fehlend 1

14. Wie sehen Sie den Kosten/Nutzeneffekt von Supervision?

Sehr hoch 6 hoch 25 eher mäßig 0 gering 0 weiß nicht 1 fehlend 1

15. Supervision dient u. a. der Bestätigung von Therapieideologien, Vorurteilen, Fehlannahmen der jeweiligen Therapieschule. Trifft dies zu?

sehr häufig 1 eher selten 14 nicht 13 weiß nicht 1 fehlend 4

Welche Vorschläge können Sie für eine Verbesserung der Situation in der Supervision machen - mit Blick auf bessere Einhaltung der Schweigeverpflichtung (ggf. separates Blatt benutzen)

- mit Blick auf Verbesserung der Gewährleistung von Freistellungen durch die PatientInnen/KlientInnen

- Zur Verhinderung und Minderung von „riskanter Supervision

Vergleich der Ergebnisse der Studie von 1996 und 2002:

Zu den soziographischen Daten:

In der Untersuchung von 1996 sind weniger Personen angefragt worden als in der Untersuchung von 2002 (30 zu 120) mit einem Rücklauf von 70 % in der Untersuchung von 1996 gegenüber 28 % in der Untersuchung von 2002. Die Verteilung der Geschlechter ist in beiden Gruppen ähnlich (12 weiblich, 9 männlich in 1996, 17 weiblich, 14 männlich in 2002). Von den Studienfächern her sind 1996 mehr Pädagogen/Sozialarbeiter als Psychologen vertreten, während 2002 die Psychologen den größeren Anteil stellen. Das Alter lag in der Studie von 2002 interessanterweise im Mittel 6 Jahre höher als in der Studie von 1996, was dafür spricht, dass eine ähnliche Kohorte erreicht worden ist.

Zu den inhaltlichen Fragen:

Um eine Vergleichbarkeit der Daten herstellen zu können, wurde eine statistische Berechnung durchgeführt. Aufgrund der vorliegenden Daten wurde als Verfahren dafür der Mann-Whitney-U-Test gewählt. Von insgesamt 26 Vergleichen zeigte sich in 19 Fällen ein signifikantes Ergebnis, d. h., dass der Unterschied zwischen den zwei Befragungen bedeutsam ist. Sieben der Vergleiche sind nicht signifikant.

Bei den Fragen, die Erlebnisse in und mit Supervision betreffen wurden 16 Vergleiche berechnet, wovon 13 Vergleiche bedeutungsvoll sind. Einen geringen, nicht bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen ergaben die Fragen: 4c. Ist Ihnen das Phänomen „mobbing by supervision“ bekannt geworden? für das Auftraggebersystem. 5. Verfügten bei den Ihnen bekannt gewordenen Fällen problematischer oder riskanter Supervision die durchführenden SupervisorInnen über eine qualifizierte Supervisionsausbildung? 6. gehörten die zur Rede stehenden SupervisorInnen Ihrer eigenen Supervisionsrichtung an?

Ein bedeutungsvoller Unterschied ergab sich hingegen in den folgenden Fragen, wobei sich durchwegs in der Untersuchung von 2002 sowohl bei den negativen Aspekten, als auch bei den positiven Aspekten günstigere Ergebnisse ergaben: 1. Sind Ihnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin in den vergangenen 5 Jahren durch Supervision verursachte schwere Belastungen oder Schäden bekannt geworden? a) für das SupervisandInnensystem b) für das KlientInnensystem c) für das Auftraggebersystem. 2. Sind Ihnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisor in den vergangenen 5 Jahren Diskretionsverletzungen (Schweigepflichtsverletzungen, missbräuchlicher Umgang mit Informationen aus der Supervision) bekannt geworden? a), b), c) (diese Bezeichnung bezieht sich hier, wie im Folgenden auf: a) für das SupervisandInnensystem b) für das KlientInnensystem c) für das Auftraggebersystem) 3. Ist Ihnen im

Laufe und im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Supervisorin/Lehrsupervisorin Machtmissbrauch durch SupervisorInnen bekannt geworden? a), b), c). 4. Ist Ihnen das Phänomen „mobbing by supervision“ bekannt geworden? a), b). 7. Hätten Sie die Möglichkeit gehabt, mit den KollegInnen, von denen Ihnen problematische oder riskante Supervision bekannt geworden war, zu sprechen, um die Probleme anzusprechen bzw. abzuklären? 8. Haben Sie diese Möglichkeit wahrgenommen?

Insgesamt vier Fragen beschäftigen sich mit dem Umgang mit der Schweigepflicht. Ein ähnliches Ergebnis in den verglichenen Gruppen ergibt sich bei der Frage 10. Wenn Sie selbst Supervision nehmen, fragen Sie dann ihre KlientInnen um schriftliche Erlaubnis/Freistellung? Einen bedeutenden Unterschied ergaben die Fragen 9. Fragen Sie selbst als Supervisorin/Lehrsupervisorin die von Ihnen Supervidierten danach, ob sie von ihren KlientInnen/PatientInnen eine Erlaubnis/Freistellung eingeholt haben, ihre Situationen in der Supervision darzustellen? a) Frage nach mündlicher Erlaubnis/Freistellung b) Frage nach schriftlicher Erlaubnis/Freistellung. 10. Wenn Sie selbst Supervision nehmen, fragen Sie dann ihre KlientInnen um mündliche Erlaubnis/Freistellung? , wobei die Befragten der Studie von 2002 durchweg in allen drei Fragen mehr nach der Erlaubnis zur Weitergabe von Informationen fragen.

Der Vergleich der Frage 11. Sind Sie in Ihrer eigenen supervisorischen Tätigkeit in Situationen geraten, von denen Sie sagen können: „das war von meiner Seite riskante bzw. schädigende Supervision“? ergab, dass die Befragten der Studie von 2002 signifikant häufiger angeben, sich selbst in der Rolle des Supervisors riskant oder schädigend verhalten zu haben.

Die verbleibenden Fragen beziehen sich auf die Einschätzung des positiven Nutzens von Supervision. Die Frage 13. Halten Sie Supervision als Form qualitätssichernder Intervention für wirksam? a), b), c) (Erklärung siehe oben) ergab in allen drei Bereichen keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Gruppen. Verwundern muss, das sich zur Frage 13 c) eine so hohe positive Wirkungsannahme für das KlientInnensystem findet, obwohl hierzu in der internationalen Literatur praktisch kaum Studien vorliegen (vor allen Dingen keine kontrollierte, vgl. *Petzold, Schigl et al. 2003*) und wo Studien vorliegen, sie keine Wirkungen für das Klientensystem dokumentieren (*Schay et al. 2001*). Solchen Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzung und Forschungslage muss in weiteren Studien nachgegangen werden.

Die Gruppe von 1996 sieht ihren eigenen Supervisionsansatz anderen Supervisionsschulen/-ansätzen signifikant als überlegener an, als die Gruppe von 2002 (Frage 12.). Der Kosten/Nutzeneffekt von Supervision (Frage 14.) wird 1996 signifikant als höher eingestuft als 2002.

Tabelle der Ergebnisse des Vergleichs der Untersuchungen zum Thema „riskante Supervision“ von 1996 und 2002

Variable	N 2002	N 1996	M.-W-U	Sign.	M. R. 2002	M. R. 1996
schwere Belastungen für Supervisanden	30	21	40,000	0,000	35,17	12,90
schwere Belastungen für KlientInnen	31	21	176,500	0,001	31,31	19,40
schwere Belastungen für Auftraggeber	29	21	121,000	0,000	31,83	16,76
Diskretionsverletzungen für SupervisandInnen	31	21	19,500	0,000	36,37	11,93
Diskretionsverletzungen für KlientInnen	30	21	57,500	0,000	34,58	13,74
Diskretionsverletzungen für Auftraggeber	30	21	132,000	0,000	32,10	17,29
Machtmissbrauch für SupervisandInnen	32	21	63,000	0,000	35,53	14,00
Machtmissbrauch für KlientInnen	28	21	56,000	0,000	33,50	13,67
Machtmissbrauch für Auftraggeber	29	21	192,000	0,012	29,38	20,14
Mobbing für SupervisandInnen	31	21	29,000	0,000	36,06	12,38
Mobbing für KlientInnen	29	21	16,500	0,000	35,43	11,79
Mobbing für Auftraggeber	27	21	270,000	0,702	25,00	23,86
qualifizierte Ausbildung bei riskanten Fällen?	10	18	73,000	0,219	16,20	13,56
gleiche Supervisionsrichtung bei riskanten Fällen?	15	17	95,500	0,193	14,37	18,38
Möglichkeit der Aussprache bei riskanten Fällen?	20	16	75,500	0,003	14,27	23,78
Aussprache durchgeführt bei riskanten Fällen?	21	21	141,000	0,009	17,71	25,29
Frage, ob Supervidierte mündl. Erlaubnis des Kl. Haben	30	21	144,000	0,001	20,30	34,14
Frage, ob supervidierte schriftl. Erlaubnis des Kl. Haben	31	20	209,000	0,037	22,74	31,05
fragen Sie bei eigener Sup. nach mündl. Erlaubnis?	30	21	169,000	0,004	21,13	32,95
fragen Sie bei eigener Sup. nach schriftl. Erlaubnis?	31	18	228,000	0,228	23,35	27,83
haben Sie sich selber in Superv. riskant verhalten?	28	17	147,000	0,010	19,75	28,35
Supervision ist qualitätssichernd für die SupervisandInnen	31	21	243,000	0,069	29,16	22,57
Supervision ist qualitätssichernd für die KlientInnen	32	19	244,000	0,187	24,13	29,16
Supervision ist qualitätssichernd für die Auftraggeber	32	9	108,000	0,181	19,88	25,00
Überlegenheit des eigenen Supervisionssatzes	30	21	171,000	0,003	30,80	19,14
Kosten/Nutzeneffekt von Supervision	31	20	153,000	0,000	31,06	18,15

N 2002 = Anzahl in der Gruppe der Untersuchung von 2002, N 1996 = Anzahl in der Gruppe von 1996, M.-W-U = Wert im Mann-Whitney-U-Test, Sign. = asymptotische Signifikanz (2-seitig), M. R. 2002 = Mittlerer Rang im M.-W-U der Gruppe von 2002, M. R. 1996 = Mittlerer Rang im M.-W-U der Gruppe von 1996 (Die Werte sind so kodiert, dass ein kleinerer Wert eine höhere Ausprägung bedeutet.)

Diskussion der Ergebnisse:

Betrachtet man den Rücklauf der Studien, so ist er bei der Studie von 1996 mit 70 % sehr hoch, weitaus höher als bei der Studie von 2002 mit 28 %. Andererseits ist ein Viertel bis ein Drittel an Antworten für Untersuchungen im Bereich der Psychotherapie und Supervisionsforschung ein durchaus üblicher Rücklauf. Über die Gründe für die unterschiedliche Responderquote kann nur spekuliert werden. Die 1996er-Studie war die erste dieser Art im supervisorischen Feld, was die Motivation zur Mitwirkung offenbar erhöht hat. In der Studie von 2002 waren in der Zielpopulation mehr Psychologen und PsychotherapeutInnen als in der Studie von 1996, die mehr Sozialarbeiter/Pädagogen umfasste. Die Zunahme von Supervisionsausbildungen im Feld der Psychologie schlagen hier zu Buche.

Die Ergebnisse zum Geschehen in und mit Supervision sprechen dafür, dass in der Befragung von 2002 nach dem Urteil der SupervisorInnen insgesamt über weniger negative Dinge in der Supervision berichtet werden kann (1. a), b), c), 2. a), b), c), 3. a), b), c), 4.). Falls jedoch etwas passiert ist, werden die Aufklärungsmöglichkeiten als positiver angesehen (7., 8.). Hier nun ist zu unterstreichen, dass es sich um Einschätzungen von SupervisorInnen/LehrsupervisorInnen handelt. Es sind also Einschätzungen von Professionals, die über ihre eigene Profession, ihre eigene Tätigkeit urteilen, und keine Beurteilung von SupervisandInnen (zu diesen vgl. Oeltze, Ebert, Petzold 2001) oder KlientInnen (zu diesen Schay, Dreger, Siegele, Petzold 2002). In Befragungen von SupervisandInnen – etwa aus dem Bereich der Psychiatrie oder aus Ausbildungen – fallen die Beurteilungen nicht so gut aus (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Oeltze, Ebert, Petzold 2002). In letztgenannter Studie stehen die Aussagen der Ausbildungskandidatinnen den Selbstbewertungen von LehrsupervisorInnen geradezu entgegen, was zeigt, dass hier durchaus unterschiedliche Wahrnehmungen vorliegen können.

Die Angaben zur Schweigepflicht sprechen dafür, dass das Bewusstsein für diese Problematik in der befragten Population insgesamt gestiegen ist (9. a), b), 10. a). Hier nun muss geltend gemacht werden, dass in der Zwischenzeit diese Frage durch Publikationen (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997) und die Verbreitung von Informationen, insbesondere über die ergangene Rechtsprechung, Beachtung erhalten hat. Bei den SupervisorInnen und TherapeutInnen des Integrativen Ansatzes, der unter den Respondern ja stark vertreten ist, hat es Weiterbildungen zu diesem Thema und strikte Verfahrensanweisungen von Seiten des Ausbildungsinstituts gegeben, die in dieser Untersuchung Niederschlag finden. Insofern kann man diese positive Entwicklung sicher nicht in das gesamte Feld generalisieren. Auch muss beachtet werden, dass in dieser Untersuchung praktisch alle Responder auch ausgebildete PsychotherapeutInnen sind, für die diese Fragestellungen von besonderem Belang sind. Dennoch zeigen die gegenüber der Studie von 1996 verbesserten Zahlen, aber auch, dass die Situation noch keineswegs optimal ist.

In der Studie von 2002 wird signifikant häufiger angegeben, dass sich die Befragten als Supervisor selber riskant bzw. schädigend verhalten haben (11.). Eine mögliche Interpretation dieses Ergebnisses wäre, dass die SupervisorInnen selbstkritischer geworden sind und deswegen dieses Verhalten häufiger angeben und wiederum, dass alle Befragten über die Doppelqualifikation *Supervisor* und *Psychotherapeut* verfügen.

Die Frage (13.), ob Supervision als qualitätssichernd angesehen wird, wird in beiden Studien ähnlich positiv bewertet. Diese geringe Diskrepanz hängt möglicherweise damit zusammen, dass in beiden Studien dieser Punkt sehr positiv gesehen wird, so dass eine Art „Deckeneffekt“ (der Unterschied wird nicht sichtbar, weil sich viele Werte in oberen Bereich befinden) entsteht. Außerdem haben wir wieder die nahe liegende Wirksamkeits- und Bonitätsannahme gegenüber dem eigenen Verfahren, was einmal mehr deutlich macht, wie wesentlich es wird, diese Frage in objektiven Studien zu untersuchen – und an denen fehlt es (Petzold, Schigl, Fischer, Höfner 2003).

Das Ergebnis, dass der eigene Supervisionsansatz - 1996 noch als überlegener angesehen – jetzt aber bescheidener eingestuft wird, könnte mit einer steigenden, selbstkritischen Haltung im Zusammenhang stehen. Andererseits wird der Kosten/Nutzeneffekt von Supervision gegenüber 1996 signifikant als höher eingestuft, vielleicht, weil die Themen „Wirtschaftlichkeit“ und „Kosteneinsparungen“ inzwischen eine immense Bedeutung gewonnen haben.

Durchwegs wird deutlich, dass solchen durchaus nützlichen Erhebungen aus dem SupervisorInnensystem auch Erhebungen aus dem SupervisandInnen und KlientInnen ja dem Auftraggebersystem parallel gestellt werden müssen. Die erste, alle Ebenen umfassende Studie, wurde von Oeltze, Ebert, Petzold (2002) durchgeführt.

Empirische Erkundungen des supervisorischen Feldes, die Überprüfung von Geltungsbehauptungen von Professionen (hier der SupervisorInnen) oder ihrer Berufs- und Fachverbände („Markenzeichen“, „Gütesiegelqualität“, vgl. *Petzold, Oeltze, Ebert* 2001) muss unbedingt erfolgen, um Mythen zu begegnen, die einer wirklichen Qualitätsentwicklung entgegenstehen. Wie auch die Psychotherapie eine dekonstruktivistische Analyse ihrer Mythen und Ideologien braucht (*Petzold, Orth* 1999) oder eine Auseinandersetzung mit „Risiken und Nebenwirkungen, hat auch das supervisorische Feld eine Auseinandersetzung mit seinen Ideologemen nötig.

4. Interessen und Projekte der Arbeitsgruppe (siehe Anmerkung 4) in der Risiko- und Schadensforschung

Die Ergebnisse dieser explorativen Erhebung ließen es gerechtfertigt und sinnvoll erscheinen, Untersuchungen in Angriff zu nehmen, die den Fragen schädigender bzw. riskanter Supervision sowie spezifischer Probleme supervisorischer Arbeit näher nachzugehen versuchen. Die von den „ExpertInnen“ genannten Häufigkeiten erscheinen relativ groß – auch wenn der abgefragte Zeitraum „innerhalb der letzten 5 Jahre“ beträchtlich ist und bei den befragten SupervisorInnen/LehrsupervisorInnen ein großes Supervisionsvolumen (d. h. ein breiter Informationsstand) angenommen werden muss. Bei den Qualitätsansprüchen, die die Profession an sich stellt und nach außen kommuniziert (*Weigand* 1999; *Fortmeier* 2001), erscheint die Inzidenz doch gewichtig. Bei diesen Themen, die sich natürlich dem gesamten supervisorischen Feld stellen, werden in der Regel gänzlich Neuland beschritten. Der Stand der empirischen Supervisionsforschung befindet sich noch weitgehend in den Anfängen. Es wird notwendig werden, mit Pilotuntersuchungen und explorativen Studien einzelne Themen in Angriff zu nehmen – und das ist eine Aufgabe des gesamten supervisorischen Feldes.

Die Arbeitsgruppe hat ihre Aufmerksamkeit auf die themenkomplexe Qualitätssicherung durch Optimierung von Weiterbildung, Evaluation von Supervision und Supervisionsausbildungen, Wirksamkeits-, Nebenwirkungs- und Schadensforschung gerichtet.

- In dem Forschungsprojekt von *Petzold, Schigl, Fischer, Höfner* (2003) wurde versucht, den gesamten zugänglichen Stand der Supervisionsforschung mit seinen Teilbereichen (wie sie sich auch in den Themen der Tabelle II finden, Punkte 4, 5, 16, 23-26, 33, 34, 39) zu erfassen, zu sichten und zu ordnen, um einmal zu Grundlagen zu kommen.
- Durch Ausbildungsforschung wurde in mehreren großen Studien versucht, die Themen der Punkte 11, 12 anzugehen (*Petzold, Schigl* 1996; *Schigl, Petzold* 1997; *Oeltze, Ebert, Petzold* 2002).
- Zur Klärung relevanter Rechtsfragen (Punkt 18, 19) wurde eine Studie durchgeführt (*Diplomarbeit von Siemes* 2001), die in wesentlichen Fragen Aufschluss bringen konnte.
- Das Problem Wirkungen und Wirkfaktoren von Supervision (Tab. II Punkt 4) wurde zunächst mit einer explorativen Studie durch Experteninterviews mit SupervisorInnen angegangen (*Fischer, Fürnkranz, Schigl, Petzold* 2002), die

Grundlagen für empirische Prozess- und Wirkfaktorenforschung vorbereiten soll.

- In einer weiteren Fragebogenuntersuchung (*Gottfried, Petitjean, Petzold 2003*) wurde dem Thema der Wirksamkeit und des Nutzens von Supervision (Punkt 4) in verschiedenen Settings im Bereich der Psychiatrie durch Befragung von „Nutzern“ von Supervision (Schwestern, Ärzte, Psychologen etc.) nachgegangen. Dabei wird neben positiven Erfahrungen auch nach Negativerfahrungen gefragt.
- Für den Bereich der Drogentherapie wurde in einer Mehrebenenstudie (N = 7 SupervisorInnen, N = 26 SupervisandInnen/TherapeutInnen, N = 100 KlientInnen/Drogenabhängige) den Wirkungen von Supervision auf das KlientInnensystem nachgegangen (*Schay, Dregger, Siegele, Petzold 2001*).
- In einer umfangreichen Studie (*Ebert, Oeltze, Petzold 2002*) wurde international zum ersten Mal in dieser Form ein komplettes Supervisionssystem untersucht (siehe Abb. 1) mit einer empirischen Fragebogenuntersuchung, ergänzt durch qualitative Interviews, durchgeführt mit einem 574 Items/Fragen umfassenden Set von Fragebögen (*Oeltze, et al. 2002*) und zwar als eine **Evaluation auf allen fünf Ebenen des Supervisionssystems**:
 - I. bei den LehrsupervisorInnen und der Ausbildungseinrichtung,
 - II. bei den SupervisorInnen, d. h. den AbsolventInnen (n = 71) der Supervisionsausbildung an der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ (EAG) und dem FU-Amsterdam-Aufbaustudiengang (VU) ,
 - III. bei den SupervisandInnen (n = 38) dieser ausgebildeten SupervisorInnen,
 - IV. bei deren KlientInnen (n = 27) dieser Supervisandinnen und
 - V. bei den Auftraggebern der SupervisorInnen (n = 17).Für IV und V sind das keine sehr großen Zahlen, aber bei den bestehenden Schwierigkeiten, hier Kooperationen zu erhalten, doch recht beachtliche. Das Ausbildungssystem (I.) wurde mit 324 Fragen in 6 Bereichen evaluiert (u. a. in Theorie- und Praxisvermittlung, curricularer Qualität, Dozentenleistung usw. in Seminaren und in der Lehrsupervision). Das Interessante an dieser Studie ist, dass sie nicht nur das Ausbildungssystem, sondern die supervisorische Arbeit der ausgebildeten SupervisorInnen sowohl auf der Ebene des SupervisandInnensystems, des KlientInnensystems und des Auftraggebersystems untersucht. Dabei wurden auch *Fragen nach Risiken, Nebenwirkungen* gestellt, ohne dass Negativerfahrungen erfasst werden konnten. Im Gegenteil, die Ergebnisse waren durchwegs positiv, was zeigt, dass in derartigen Untersuchungen „riskante“ Supervision und Supervisionsschäden nicht oder nur schwer erfasst werden, sondern dass andere Wege gewählt werden müssen.

5. Schweigepflichtsverletzungen und Umgang mit KlientInnen Daten

In dieser Mehrebenenstudie wurden auch Fragen zur Handhabung von Schweigepflicht erhoben und hier ergaben sich bedenkliche Ergebnisse, von denen einige mitgeteilt seien:

Auf die Frage, ob die Supervisanden von ihren Klienten/Patienten die Erlaubnis einholen, um den Beratungs-/Therapieprozess in der Supervision vorstellen zu dürfen (Frage 1), antworteten 29,0% mit „immer“, 44,7% mit „gelegentlich“ und immerhin 26,3% mit „nie“.

Die Frage 2 erhebt, ob die Supervisanden Beratungs- /Therapieprozesse vorstellen, ohne die jeweiligen Klienten/Patienten vorher um Zustimmung gefragt zu haben. Hier sagen 23,7%, sie hätten „immer“ um Zustimmung angefragt, 44,7% „gelegentlich“ und 31,6% „nie“. Lediglich 1/3 der Befragten holt sich also „immer“ die Zustimmung der Klienten/Patienten, bevor sie einen Beratungs- oder Therapieprozess in der Supervision vorstellen.

Auch die Frage 3 bezieht sich auf die Zustimmung der Klienten/Patienten, den Beratungs-/Therapieprozess in der Supervision vorstellen zu dürfen. Hier wird speziell danach gefragt, ob die Supervisanden sich eine schriftliche Schweigepflichtsentbindung für die Supervision von den Klienten/Patienten geben lassen. 15,8% sagten, dies täten sie „immer“, 7,9% „gelegentlich“ und die große Mehrheit nämlich 76,3% der Befragten äußerte, dass sie sich „nie“ eine solche schriftliche Schweigepflichtsentbindung geben lässt. Über 2/3 der Befragten lassen sich also „nie“ eine schriftliche Entbindung geben (Oeltze, Ebert, Petzold 2002).

Diese Ergebnisse sind bedenklich, zumal das Thema Schweigepflicht aus rechtlicher, ethischer und supervisionstheoretischer Sicht expliziter Gegenstand der Ausbildung in Integrativer Supervision war und ist. Als Konsequenz dieses Ergebnisses wurden unmittelbar (obwohl schon mehrfach geschehen) Informationen an die LehrsupervisorInnen und DozentInnen des Ausbildungsinstituts gegeben (Petzold, Orth, Schay 2002), verbunden mit der nunmehr disziplinarisch relevanten Verpflichtung, SupervisandInnen nach der schriftlichen Freistellung durch die Patienten/Klienten zu fragen. In einer früher durchgeführten schulenübergreifenden explorativen Studie, mit der der Frage der Beachtung der Schweigepflicht nachgegangen wurde, waren die Ergebnisse, die bei 30 AusbildungskandidatInnen der Supervision und 70 AusbildungskandidatInnen der Psychotherapie, die „Kontrollfälle“ supervisorisch begleiten ließen, noch bedeutend schlechter (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997):

N = 100 davon 70 AusbildungskandidatInnen der Psychotherapie unterschiedlicher Richtungen, 30 AusbildungskandidatInnen der Supervision verschiedener Richtungen.

Nur 12,5 % der SupervisionsausbildungskandidatInnen und nur 5,7 % der PsychotherapieausbildungskandidatInnen informierten ihre KlientInnen darüber, dass sie ihre Situationen in einer Supervision präsentierten. Die LehrsupervisorInnen bzw. KontrollanalytikerInnen erkundigten sich in der Regel *nicht* nach einer Entbindung von der Schweigepflicht durch die KlientInnen und zeigten überwiegend wenig emotionale Anteilnahme zum „Klientensystem“. 23 der Befragten in beiden Populationen berichteten von Negativerfahrungen mit ihren Supervisionen bzw. aus Supervisionssettings.

Im klinischen Kontext von Einrichtungen der stationären Drogentherapie wurden KlientInnen/PatientInnen u. a. zu diesem Themenbereich befragt (Schay, Dregger, Siegle, Petzold 2003).

N = 84 PatientInnen

Informiert Sie der Therapeut, wenn er in der Supervision über sie spricht? 29,8% ja - 70,2% nein.

Informiert Sie der Therapeut darüber, was Supervision ist? 66,7% ja - 36,9% nein.

War die Information für Sie klar und verständlich? 63,1% ja – 36,9% nein.

Informiert Sie Ihr Therapeut darüber, wann er in Supervision ist? 64,3% ja – 35,7% nein.

Bringt Ihr Therapeut Ergebnisse aus seiner Supervision in den Therapieprozess ein? 27,4 ja – 72,6% nein.

Die weiteren Ergebnisse dieser Studie, die spezifisch die Auswirkungen von Supervision auf das KlientInnen-system (mit einer Kontrollgruppe von N 26, deren TherapeutInnen keine Supervision erhielten) sind desillusionierend:

Supervision zeigt keine Wirkung auf das Klientensystem u. a. deswegen, weil sie sich vornehmlich auf das *SupervisandInnen-system* richtet und weil die SupervisorInnen offensichtlich nicht in der Lage waren, so zu supervidieren, dass Effekte zum KlientInnen-system hin transportiert werden konnten.

Mit diesen Studien wurden Daten aus einem Bereich und zu Fragestellungen erhoben, die durchaus *rechtlich relevant* sind und bislang in dieser Form noch nicht vorlagen. Man könnte durchaus von einem „Dunkelfeld“ sprechen, d. h. einem gesellschaftlichen Sektor, in dem potentiell strafrechtlich relevante Probleme vorliegen, der ‚offiziell‘ bislang aber unbekannt oder wenig exploriert geblieben ist.

Es empfiehlt sich hier auf jeden Fall Untersuchungen im *Hellfeld*, ggf. mit Untersuchungen im *Dunkelfeld* zu kombinieren (auch um Ergebnisse bzw. Teilergebnisse zu vergleichen):

- So wurde auf der Grundlage der schon durchgeführten Untersuchungen und einer ExpertInnenbefragung eine Studie zur Zufriedenheit mit Supervision, ihren *positiven* und *negativen* Wirkungen sowie zur Schweigepflicht-handhabung bei Personal im *Hellfeld* von psychiatrischen Kliniken in der Schweiz und Österreich in Angriff genommen (*Gottfried, et al. 2003; Kolar, et al. 2004 – Masterthese in Arbeit*). (Eine Studie mit ähnlicher Themenstellung wurde auf der Ebene des Supervisanden- und Klientensystems im Bereich der Drogentherapie durchgeführt, *Schay, Dregger, Siegele, Petzold 2001*.)
- Eine Erhebung, die diese Thematik berücksichtigt, wurde im Rahmen einer Evaluation im Ausbildungssystem unternommen (*Ebert, Oetze, Petzold 2002*) und eine erneute ExpertInnenbefragung von Supervisoren/Lehrsupervisoren (*siehe die Studie oben*) wurde auf den Weg gebracht.
- Gleichzeitig wurde eine Studie zu Schäden, Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen als „explorative Untersuchung“ im Dunkelfeld in Angriff genommen (*Leitner, Ehrhardt, Birchler*), die über Fragebogen und qualitative Interviews mit Betroffenen Aufschluss zu Fragen „riskanter Supervision“ gewinnen will.

6. Zu explorativen Untersuchungen in einem „Dunkelfeld“

Wo nachlässige Handhabung des Verschwiegenheitsgebots, der Sicherheit von persönlichen Daten und Informationen über Patientinnen in dem Umfang gegeben ist, ist davon auszugehen, dass faktische Rechtsverletzungen und auch Schäden für Betroffene eingetreten sind. Damit ist es möglich und angezeigt, von einem „Dunkelfeld“ zu sprechen, ein Begriff, der in der soziologischen bzw. kriminalsoziologischen Forschung unterschiedlich definiert wird (*Kreutzer et al. 1993, 14f*), unter dem man gemeinhin aber die Menge der von Strafverfolgungsbehörden nicht registrierten Delikte (Dunkelfeld der Taten) bzw. nicht erfassten Gesetzesübertreter (Dunkelfeld der Täter) versteht (*Kreutzer 1994*).

Nun können bei den in diesem Kontext zur Rede stehenden Rechtsverletzungen durch problematische Supervision (die von der Verletzung der Schweigepflicht, über datenschutzrechtliche Verstöße bis zu sexuellen Übergriffen und

Missbrauchssituationen reichen können) keine repräsentativen Stichproben der Bevölkerung auf der Täter wie auf der Opferseite befragt werden. Es handelt sich doch um ein sehr spezifisches, eingegrenztes und eingrenzbare Feld. Überdies ergeben sich einige Stichprobenfragen und „sampling problems“, die die Bedingungen für eine klassische Dunkelfeldstudie einschränken, so dass wir nur von „*explorativen Untersuchungen im Dunkelfeld*“ sprechen, die erste Materialien in einem bislang noch nicht erforschten Bereich bereitstellen sollen.

Im Bereich „riskanter bzw. problematischer Supervision“ werden die von Grenzverletzungen Betroffenen auf der Ebene des *KlientInnen-* und des *SupervisandInnensystems* als Untersuchungspopulation nicht einfach zugänglich:

- zum einen, weil sie durch Viktimisierungserfahrungen verängstigt und verletzt sind und sich zurückziehen oder darum bemüht sind, das, was ihnen widerfahren ist, zu verbergen,
- zum anderen, weil sie (wie häufig beim KlientInnen-System) gar nichts von der Rechtsverletzung wissen, oder weil sie (wie häufig beim SupervisandInnen-System), die Schwere der Rechtsverletzung nicht adäquat einschätzen. Es entsteht keine „Kriminalitätswirklichkeit“, da diese immer eine Wahrnehmung und Wertung von Sachverhalten und Situationen durch die Teilnehmer an der jeweiligen Situation ist, also keine „objektive Realität“ (*Schwind et al. 2001, 115ff*).

6.1 Probleme rechtlicher Sachstandseinschätzung

Strafrechtliche Tatbestände müssen als Bewertungsparameter „mental repräsentiert“ sein, um als solche erfasst werden zu können. Werden Schweigepflichtverletzungen, Datenschutzverletzungen, Weitergabe von persönlichen Geheimnissen oder von PatientInnen- und KlientInnen-Daten als „Privatsache“ oder „Bagatellsituationen“ angesehen, kommt es zu keinem Unrechtsbewusstsein. Viele SozialarbeiterInnen, SupervisorInnen, BeraterInnen, TherapeutInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, ohne sich von ihren PatientInnen dafür schriftlich von der Schweigepflicht entbinden zu lassen, sind sich der Unrechtmäßigkeit ihres Verhaltens nicht bewusst oder wollen hier auch keine Rechtsverletzung sehen.

Wo immer das Problem angesprochen wurde (in Supervisionen, Tagungen, kollegialen Treffen), wurde es in der Regel bagatellisiert. SupervisorInnen haben sich sogar bemüht gefühlt, sich gegen eine den Forschern unterstellte „Kriminalisierung ihrer Profession“ zur wehren. Dies ging so weit, dass SupervisorInnen PatientInnen und KlientInnen von einer Mitwirkung an Untersuchungen bezogen auf diese Fragestellung abgeraten haben. Weiterhin wissen viele PatientInnen gar nicht, dass ihre Materialien in Einzel- und Gruppensupervisionen, besonders auch in Balintgruppen z. T. detailliert weitergegeben werden. Genau diese Detailliertheit ist für gute Supervision erforderlich und eine strikte Anonymisierung mit der Rigorosität, die erforderlich wäre, damit sie rechtlichen Bestimmungen zu Datenschutz und Schweigepflicht genügt, würde „*reported supervision*“ weitgehend verunmöglichen. Damit könnte sich vielleicht Gewichtigungen hin zu „*life supervision*“ verschieben, was durchaus interessant und fruchtbar wäre. Dabei ist – daran sei erinnert – es völlig unerheblich, ob die TeilnehmerInnen einer Supervisionsgruppe als approbierte TherapeutInnen (z. B. ÄrztInnen und PsychologInnen) selbst unter Schweigepflicht stehen. Zum Teil wird Informations- und Datenweitergabe *als das*

Recht von TherapeutInnen, die in Supervision gehen, gesehen oder gar als eine *professionelle Pflicht* zur Supervision.

In gleicher Weise wie TherapeutInnen/BeraterInnen (*SupervisandInnensystem*) es als korrekt, ja „gut“ ansehen, ihre Arbeit im Sinne der Qualitätssicherung fachlich supervidieren zu lassen, sehen SupervisorInnen (*SupervisorInnensystem*) es *als ihr Recht* an, „PatientInnen- bzw. KlientInnenmaterialien“ in Lehr- bzw. Kontrollsupervision zu bringen. Ja es ist ihre Pflicht, die von den Curricula der Ausbildungsinstitute eingefordert wird und als Standards der Berufsverbände, verbindlich festgelegt wurde, nämlich dass mehrere „Prozesse“ detailliert (z. B. in einem Fall- oder Prozessjournal) dokumentiert bei einem Lehrsupervisor begleitet/kontrolliert werden. Hier kann es zu einer „doppelten Rechtsverletzung“ kommen:

Es werden aus dem *PatientInnen/KlientInnenensystem* Daten und Informationen an den Lehrsupervisor weitergegeben, wovon der Patient regelhaft nichts weiß (eine etwaige Freistellung gilt für die Supervision, nicht aber für die Lehrsupervision des Supervisors! Das müsste eigens angefragt werden).

Es werden häufig auch Informationen aus dem *SupervisandInnensystem* (über BeraterInnen oder TherapeutInnen) in die Lehrsupervision gebracht, ohne dass diese wissen, dass sie ein „Kontrollfall“ für die erforderlichen und verpflichtenden „Prozesse“ sind. Sie bekommen das geführte „Journal“ nie zu Gesicht oder können auch nicht mitentscheiden, was mit diesem geschieht.

Unter einem solchen Blick ist ohne strikte Anonymisierung oder ohne eindeutige, d. h. schriftliche und spezifische Freistellung von der Verschwiegenheitspflicht *auf allen Ebenen* des Mehrebenensystem eine Weitergabe von personenbezogenen Daten und Informationen aus der persönlichen Sphäre und/oder aus Behandlungen *nicht rechters*. So erscheint das von den „Standards“ der Berufsverbände verlangte *Procedere rechtlich* und *berufsethisch* als höchst bedenklich, zumal diese Standards keine Bestimmungen zu einer Schweigepflichtsentbindung durch den Klienten oder zu einer strikten Anonymisierung enthalten.

Ähnliche Probleme fanden und finden sich im „Feld der Psychotherapie“ – aktuell beim „Antrags- und Gutachterverfahren“ in den deutschen Regelungen zur Psychotherapie, wenn von den Richtlinien impliziert wird: ohne Weitergabe der detaillierten PatientInnendaten (bei denen eine strikte Anonymisierung eine Begutachtung nicht ermöglichen würde) keine Kostenübernahmen (*Cullman* 1997). Die Beispiele zeigen, wie komplex - und z. T. in den „sozialen Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001, *Petzold* 2000) der „professionals“, der SupervisorInnen, SupervisandInnen und Auftraggeber, die rechtlichen und ethischen Probleme und ihre Sachstandseinschätzungen doch sind.

6. 2 Viktimisierungserfahrungen

Bei Menschen, die durch problematische oder missbräuchliche Supervision beschädigt, verletzt und beschämt wurden, liegen die Dinge ähnlich wie bei „problematischer und gefährlicher Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002), findet sich in der Regel keine Kooperationsbereitschaft für herkömmliche empirische soziologische bzw. sozialpsychologische Untersuchungen. So sind die Wege der traditionellen, z. B. auf Repräsentativität ausgerichtete Erhebungen im „Hellfeld“ kaum zu beschreiten. Andererseits finden sich, wie die Situation im Bereich der Psychotherapie-Schadensforschung zeigt, keine weitgreifenden Dunkelfeldstudien – und selbst beim Thema des sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie ist die Datenlage nicht überwältigend.

Das hat mit der besonderen Situation von KlientInnen bei Delikten zu tun, die sich im professionellen Kontext psychosozialer Hilfeleistung – und zu der gehört auch die Supervision – finden. Hierher gehören die schwierigen Bindungs- und Loyalitätsverhältnisse, die komplexen Übertragungssituationen, die besondere Hilflosigkeit der Betroffenen. Man weiß, dass Geschädigte die Tendenz haben, sich zurückzuziehen, Kontakte zu Professionellen zu vermeiden, von denen sie verletzt wurden. Sie suchen eher eine „Verbraucherzentrale“ auf (Reschke-Dahms 2002) als die Beschwerdestelle eines Fachverbandes, die es im supervisorischen Bereich noch nicht einmal gibt. Das erschwert zusätzlich die Möglichkeiten, sich mit den „Schattenseiten“ (Butler 1992) professionellen Handelns auseinander zu setzen. Um also an Daten auch über diese Gruppe heranzukommen, wird man an Methoden aus der kriminalsoziologischen und psychotraumatologischen Forschung denken müssen, nämlich „Dunkelfelduntersuchungen“ (Weiß 1997). Solche sind auch bei PatientInnenmisshandlungen, Traumaopfern, PatientInnentötungen etc. (Maisch 1996) eingesetzt worden. Ebenso werden derartige Untersuchungen zu Gewalt gegenüber alten Menschen in Familien (Wetzel 1995) oder zu Gewaltdelikten von Jugendlichen (Mansel, Raithel 2002) - etwa (anonyme) Befragungen von „Tätern“ und/oder „Opfern“, d. h. von Rechtsverletzern und/oder Betroffenen.

Dunkelfeldstudien, das zeigt die Forschungspraxis, sind bei leichten Delikten einfacher zu erheben als bei schweren. Mit Blick auf Viktimisierungserfahrungen in der Psychotherapie und in der Supervision ist aber davon auszugehen, dass „persönlicher Verrat“, „Vertrauensbruch“, „Bloßstellung“, als „Ehrverlust erlebte Beschämung“ von den Betroffenen z. T. als äußerst schwerwiegend erlebt werden und Depressionen, Suizidalität, psychosomatische Reaktionsbildung zur Folge haben können. Die strafrechtlich bewertete Deliktschwere und die subjektive Einschätzung können also erheblich variieren. So können Situationen, die strafrechtlich noch keine eindeutige Relevanz haben, im subjektiven Erleben durchaus als Opfererfahrung erscheinen (Schwind et al. 2001, 109). Umgekehrt können strafrechtlich klare Delikte von den Opfern nicht als solche wahrgenommen und gewertet werden. Diese Tatsache kann es bei im Dunkelfeld erhobenen Daten im Bereich der Opferbefragungen schwierig machen, zu angemessenen Interpretationen und Gewichtungen zu kommen.

6.3 Methodische Fragen

Natürlich sind die erwähnten Rechtsverletzungen oder zumindest als ethisch bedenklichen Praxen im Diskretionsbereich nur *ein Teil* der in Supervisionen *als Möglichkeiten* auftretenden Probleme, Risiken und Nebenwirkungen. Eine Untersuchung sollte sich deshalb nicht auf Schweigepflichtsverletzungen begrenzen. Sie muss versuchen, auch andere Risiken und Belastungsfaktoren oder Gefahrenpotentiale zu erfassen, über die wir noch sehr wenig wissen. Interessant wären Fragen zu sexuellem Missbrauch, der nur in z. T. schlecht verbürgten Einzelfallberichten gelegentlich auftaucht; Fragen zu Machtmissbrauch bis hin zu materieller Ausbeutung, über die sich wiederum nur gelegentlich Angaben finden.

Dunkelfeldstudien bewegen sich in einem „dunklen Feld“ und eine ihrer wesentlichsten Aufgaben besteht darin, zur Gewinnung eines „Hellfeldes“ beizutragen. Dabei kann es durchaus zu erheblichen Interferenzen kommen, da in vielen Bereichen (z. B. Jugendkriminalität, Mansel, Raithel 2002), den im Hellfeld

erfassten Delikten ein sehr großes Dunkelfeld gegenübersteht und Informationsveränderungen in der Hellfeld-Dunkelfeldrelation sehr massive Veränderungen bewirken können. Weitgehende Einigkeit unter Kriminalsoziologen besteht darin, dass sich ein Dunkelfeld einer *exakten Bestimmung* grundsätzlich entzieht. Es wird deshalb nicht möglich sein, Ergebnisse im Sinne einer repräsentativen Befragung darüber zu erhalten, wie häufig Supervisionsschäden, riskante Supervisionen im Feld der Supervision vorkommen.

Wo die Fragen nach solchen Problembereichen in allgemeine, breit greifenden Fragebogenuntersuchungen zur Qualität von Supervision eingebettet sind – etwa im Sinne einer Erhebung von „*Kundenzufriedenheit*“ – kann man davon ausgehen, dass die durch „schlechte Supervision“ schon „vergraulten“ TeilnehmerInnen nicht erreicht werden. Ein Grund dafür wird sein, dass die Population der Unzufriedenen nur zu einem geringen Teil noch zugänglich ist oder auch, dass weiterhin die Bereitschaft, an einer Untersuchung von genereller Thematik mitzuwirken, bei von Schäden Betroffenen recht niedrig ist. Auch können Fragen nach Negativa in einem allgemeinen Fragebogen nicht detailliert genug exploriert werden oder finden nicht hinreichend Beachtung (*Ebert, Oeltze, Petzold 2002*).

Bei psychischen Belastungen und Schädigungen ist – wenn sie auftreten, ganz gleich ob in Supervision oder Psychotherapie – eine Bestimmung der Ursächlichkeit sehr schwierig. Es sei denn, es ginge um körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, materielle Ausbeutung. Auch hier sind „Beweislagen“ oft kompliziert. Psychotherapie und Supervision sind überdies aufgrund professioneller Theoreme/Ideologeme über die absolute Gewährleistung eines unverletzlichen „therapeutischen bzw. supervisorischen Raumes“, der Integrität der therapeutischen bzw. supervisorischen Beziehung, durch eine Art „Arkandisziplin“ der Profession für Forschungsbemühungen nur sehr schwer zugänglich (*Petzold, Orth 1999*). Das macht es neben den schon aufgeführten Gründen schwierig, zu einer Aufhellung des Feldes zu gelangen.

Zunächst sind *explorative Studien* zu diesen „neuralgischen“ Themen erforderlich. Das Faktum, dass selbst solche Studien in der Supervision praktisch gänzlich und in der Psychotherapie weitgehend fehlen, macht aber deutlich, wie wenig das Problembewusstsein in diesen Professionen bislang für die Fragen von Risiken, Nebenwirkungen, Schäden, Verletzung von PatientInnenrechten ausgeprägt ist. Dadurch wird deutlich, wie hoch das Abwehnniveau bei „helfenden“ Berufen – also „Gutes Tuenden“ – gegenüber kritisch-selbstkritischen Infragestellungen und dann gegenüber empirischen Überprüfungen ihrer Praxis ist (*Märtens, Petzold 2002*).

Dunkelfeldstudien sind *eo ipso* immer explorativ, denn sie müssen erst „Licht ins Dunkel“ bringen und dabei hängt es natürlich davon ab, wie groß das Feld, die avisierte Population ist, wie spezifisch die Zielgruppe. Die Studien gewährleisten strikte Anonymität, z. T. vermeiden sie „offizielle“ Kanäle der Ansprache, indem versucht wird, möglichst breit Informationen über die Studie in relevanten Personengruppen zu streuen über Anzeigen/Ankündigungen in Presse, spezifischen Journals, Aushänge etc.. Fragebögen werden an Kontaktpunkten (Aufenthaltsräume, Anschlagbrett) ausgelegt oder können anonym angefordert oder abgeholt werden. Sie können auch Aussendungen (z. B. über Fachverbände) beigelegt werden. Eine besondere Möglichkeit bietet heute das Internet, wobei alleinige Positionierung des Materials auf diesem Wege natürlich auch ein unververtretbares Selektionsmoment bieten würde, denn viele der Anzusprechenden sind mit diesem Medium noch nicht ausreichend vertraut und wären ausgeschlossen. Hier sind alle „fallacies“ der so

genannten „*nonsampling errors*“ zu sehen, die nach Möglichkeit vermieden werden müssen.

Weil eine Grundgesamtheit aller Professionals im deutschsprachigen Bereich mit Supervisionserfahrungen ohnehin kaum zu erreichen und daher nicht einmal eine hinlänglich exakte repräsentative Stichprobe zu konstruieren ist, wird bewusst von „*explorativen Untersuchungen im Dunkelfeld*“ gesprochen. Dabei soll ein „hinlängliches Relevanzniveau“ erreicht werden, aufgrund dessen man in der Öffentlichkeit und in der „professional community“ einen Handlungsbedarf erkennen und tätig werden kann.

Was nun eine solche hinlängliche Relevanz anbelangt, so wurde ein Markierungswert angenommen, der am Anfang dieses Textes dargestellt wurde. Es werden 25 000 Personen in Deutschland und 5.100 Personen in Österreich als Supervisionsnutzer angenommen. Das ist äußerst vorsichtig geschätzt (es sind wohl eher mehr). Ein hinlängliches *Relevanzniveau* wäre bei einem Rücklauf von 200 (0,5%) auswertungsfähigen Fragebögen gegeben, nicht nur, weil 200 Betroffene eben 200 zu viel sind, sondern weil bei einer sich als so hochkarätig gerierenden Profession ein besonders strenger Maßstab angelegt werden muss. Andererseits ist kaum zu erwarten, dass eine höhere Responderrate erzielt werden kann, weil:

1. Die Zielgruppe schwer zu erreichen ist.
2. Die Bereitschaft zur Mitwirkung eher gering sein dürfte.
3. Die Bewusstheit über Delikte nicht unbedingt vorhanden sein muss.
4. Bei Schweigepflichtverletzungen die Betroffenen davon in der Regel gar nichts wissen.
5. Die Zahl der Inzidenzen - absolut gesehen – auch nicht so hoch sein wird (aber jede Zahl, die über „rare Ausnahmen“ hinausgeht ist doch als höchst problematisch anzusehen).

0, 5% Nebenwirkungsanzeigen bei einer Exploration in einem professionellen Dunkelfeld – es handelt sich eben nicht um eine Hellfeldbefragung, weshalb bei vorsichtiger Anwendung von Schätzprinzipien leicht das Sechs- bis Zehnfache beigeschätzt werden kann – ergibt für die Bedeutung des Themas eine Relevanz, die nicht übergangen werden kann.

In einer initiierten Studie in den drei deutschsprachigen Ländern wird auf eine *breite Streuung* von Information Wert gelegt und ein länderübergreifender Informationsstand angezielt. Ziel von Dunkelfeldstudien im Bereich der Psychotherapie, Psychotraumatologie, Supervision kann nur sein, zu dokumentieren, dass es in derartigen Feldern Probleme gibt, die im „Dunklen“ liegen und dass es diese Probleme in einem bedeutsamen Umfang gibt. Dafür werden qualitative Interviews mit Respondern angestrebt, die sich für eine solche explorative Vertiefung der Thematik im Gespräch bereit erklären (wiederum ein äußerst schwieriges Unterfangen). Hier kann keine Repräsentativität angestrebt und erreicht werden, denn dafür müssten *mehrstufig geschichtete „Klumpenstichproben“* gezogen werden, was in dieser Studie von ihrer Anlage nicht möglich ist. Interviews sollten der kasuistischen Exploration dienen, um Prozessverläufe, Tathergänge feinkörnig zu erfassen.

Dunkelfeldstudien sollten, wegen der eingeschränkten Möglichkeiten der Zielgruppenkontakte, der Informationsgewinnung auf einer repräsentativen Ebene, so viele Informationsquellen wie möglich erschließen und zu nutzen zu suchen. Dabei sollten neben quantitativen Erhebungen durch Fragebögen, auch qualitative Erhebungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, in einem „sophisticated design“, damit sich die verschiedenen Daten ggf. wechselseitig erhellen.

Für eine solche Untersuchung werden folgende Datenquellen erschlossen und genutzt:

1. Auswertung der internationalen Literatur (Forschungsprojekt *Petzold, Schigl, Fischer, Höfner* 2003)
2. Allgemeine und feldspezifische Untersuchungen zur Wirkung von Supervision (Feld: Psychiatrie *Gottfried* et al. 2003, *Kolar* et al. 2004 - Masterthese; Feld: Drogentherapie *Schay* et al. 2001 abgeschlossen; Feld: Telefonselsorge *Ertel* et al. 2002 in Arbeit; Feld: Coaching in der freien Wirtschaft *Hildenbrand, Jüster, Petzold* 2002, *Petzold* 2002g; *Disler, Petzold* 2003)
3. Experteninterviews

Dunkelfeldstudien verwenden methodisch:

a) „Selbstreport-Untersuchungen“

Hier ist aus vielfältigen Gründen nicht von „Täterbefragungen“, eher von „unprofessionellem Verhalten“ zu sprechen. Ein Unrechtsbewusstsein liegt häufig nicht vor. Es wurden natürlich auch SupervisorInnen und LehrsupervisorInnen gefragt, was ihre Selbsteinschätzung sei. In der Frage der Schweigepflicht waren die Ergebnisse aus der explorativen Untersuchung von 1996 (n = 21), wie oben zu sehen ist, mager – allerdings waren damals das OLG-Urteil und die Thematik noch kaum ins Bewusstsein gedrungen. Die Wiederholung der Untersuchung deutet eine Verbesserung der Situation in den erfassten Bereichen der Supervision an (siehe oben). Andererseits zeigte die Befragung von AusbildungskandidatInnen (z. B. *Oeltze, Ebert, Petzold* 2002), dass SupervisorInnen/LehrsupervisorInnen, selten nach der „Freistellung“ fragen. Die Frage nach Schäden bzw. Negativwirkungen durch die eigene supervisorische Tätigkeit brachte erwartungsgemäß kaum Ergebnisse.

b) *Betroffenenbefragungen* (auch Opferbefragungen genannt)

Hier werden Betroffene, die auf anonymisiertem Wege erreicht wurden, über Fragebögen, Internetbefragung oder Interviews befragt oder es erfolgt die Auswertung eingegangener „freier Berichte“. Da es darum geht, möglichst vielfältige Materialien zu erhalten und „feinkörnige“ Explorationen zu ermöglichen, wird in dem anonymen Fragebogen auch die Möglichkeit angeboten, sich freiwillig für ein telefonisches Interview anonym (Anruf des Betroffenen) oder mit „zugesicherter Diskretion“ (Anruf des Forschers nach Mitteilung der Nummer) mit einem der Forscher zur Verfügung zu stellen. (Dies wird natürlich nicht im Sinne einer Zufallsstichprobe gewertet, sondern allein als *kasuistisches* Material aus dem Rücklauf der Untersuchung.)

Da die Forscher in drei verschiedenen Ländern situiert sind, besteht die Möglichkeit, telefonische Interviews mit einem „erhöhten Level an Diskretionssicherheit“ durchzuführen. Qualitative Interviews könnten der so wichtigen Frage nach spezifischen Copingstrategien in derart belastenden Situationen nachgehen oder nach der Ressourcennutzung (*Petzold* 1997p), woraus Konzepte der Krisenberatung und Hilfeleistung für Betroffene entwickelt werden könnten (*Leitner, A.* 2004).

c) *Teilnehmende Beobachtung*.

Diese Form der Erhebung ist in manchen dunklen Feldern (Drogenstreetwork, Jugenddevianz etc.) auch für Dunkelfeldstudien eine Möglichkeit der Datengewinnung. Sie ist für den in den Blick genommenen Bereich aber nicht praktikabel, einerseits, da es sich um systematische Beobachtungen handeln muss und gelegentliche Berichte von unbeteiligten Fachleuten, wie sie vorliegen, keinen sonderlichen Aussagewert haben (allenfalls als Schadenskasuistiken),

andererseits, da für den Bereich von Einzelsupervisionen keine Zugangsmöglichkeiten bestehen.

Dunkelfeldstudien haben immer mit den Problemen des Rücklaufs, der Repräsentativität, der Selektivität, der Wertung, - in Einzelfällen des Agierens von Betroffenen -, der Verifikation o. ä. zu kämpfen. Das muss als erschwerende Faktizität für diesen sozialwissenschaftlichen Forschungszugang hingenommen werden, zumal wenn es sich nicht um mit bedeutenden Mitteln ausgestattete Untersuchungen handelt. Für diese, die auf jeden Fall anzustreben sind, sind aber eben *explorative Vorstudien* erforderlich, und eine solche wird hier unternommen. Die angesprochenen Probleme werden durch eine möglichst große Responserate ausgeglichen. Die Vorstudien im Bereich der Schweigepflichtsverletzungen durch SupervisorInnen, die immerhin vor dem Hintergrund eines rechtskräftigen, obergerichtlichen Urteils aus dem Kontext einer Supervisionsgruppe unternommen wurden, haben zumindest eines deutlich gemacht: *die „community of supervisors“ hat ein Problem*, das ernst genommen und weiter exploriert und beforscht werden muss.

7. Ziele

Bei der Abstinenz der „professional community“ gegenüber den in dieser Arbeit dargestellten Fragestellungen und Problemen ist jede Studie und jedes Projekt zu diesen Thematiken zur KlientInnenicherheit und PatientInnenwürde nützlich, auch um z. B. zu größerem Problembewusstsein, Ausbildungsreformen und weitere Studien anzuregen. Es ist zu hoffen, dass die hier vorgestellten Studien und Projekte mit dieser Zielrichtung gesehen werden können und auch als ein Beitrag zur Entwicklung einer seriösen Disziplin „Supervision“ gewertet werden.

Es ist zu hoffen, dass diese Materialien dazu beitragen, dass Maßnahmen zur Aufdeckung, Verhinderung, Vorbeugung und Hilfen für Betroffene etc. entwickelt werden:

- auf der Ebene der Supervisionsausbildung,
- der Sorgfaltspflicht der Auftraggeber,
- ggf. der Ebene rechtlicher Maßnahmen,
- in dem Bereich der berufsverbandlichen Angebote (Beschwerdestelle, Problemberatung für KlientInnen, Ethikkommissionen Ehrengerichte, Disziplinarordnungen etc..)

Natürlich fehlen auch entsprechende supervisionsspezifische ethiktheoretische Vorarbeiten oder Konzepte zur praktischen Umsetzung. Diese sollen aber auf Materialien aus Forschungsprojekten gründen, denn Ethikreglemente, die nur Schaden *verhindern* wollen, indem sie Verstöße *ahnden* wollen, von deren Bedingungen und Ablauf nichts oder nur wenig bekannt ist, greifen in der Regel zu kurz. *Ahndungen* stellen überdies Verfehlungen in Rechnung. Das ist zwar realistisch, wird aber dann fragwürdig, wenn man feststellt, dass die aktive „Entwicklung“ oder gar die „Pflege“ ethischer Praxis – etwa durch verpflichtende Schulung, Verankerung in der Ausbildung von SupervisorInnen, Weiterbildung und Forschung – weitgehend fehlen. *Ahndende* Reglemente allein sind ein Beitrag zu „riskanter Praxis“, weil sie sich strukturell mit Missständen abzufinden scheinen, ohne aktiv zur Veränderung ihrer Gründe und Hintergründe einzuschreiten, zu *intervenieren* – in der Ursprungsbedeutung des Wortes „dazwischenzutreten“.

SupervisorInnen hätten hier als Profession eine bedeutende Aufgabe zur „Bewusstseinsbildung“ über problematische Felder und Situationen beizutragen, sie könnten ein Beispiel für Parrhesie, d. h. für offene, wahre, klare Rede und für Zivilcourage geben (Müller, Petzold 2002). Sie sollten vor allen Dingen Beispiel geben, indem sie mögliche Problempotentiale in der eigenen Praxis zu untersuchen und zu beheben suchen.

Für Supervision müssen aber „*client security*“ und „*client dignity*“ das zentrale Thema sein. Das verlangt, dass man eine „*Kultur des Intervenierens*“ entwickelt und pflegt, die *forschungsgestützt* einen Überblick über supervisionsrelevante psychosoziale Problemfelder hat und die über *wirksame Modelle* für prekäre Situationen in diesen Feldern verfügt.

Es ist zu hoffen, dass diese Untersuchungen, Materialien und Beiträge zu folgenden Fragestellungen leisten konnten:

- bessere Informationen über die Formen und Auswirkungen von riskanter und schädigender Supervision,
- bessere Informationen über die Schweigepflicht- und Diskretionsproblematik,
- genauere Kenntnis über Risikopopulationen auf der SupervisorInnen- wie auf der SupervisandInnenseite,
- Materialien zur Entwicklung von Konzepten zu einer geeigneten Prävention,
- Materialien zur Entwicklung von Modellen der Qualitätskontrolle (Assessments, Evaluationsinstrumente, Stundenbögen, 360° Feedback für den Teamsupervisor etc.),
- Entwicklung von Modellen der Krisenberatung, Ressourcenerschließung, des effektiven Copings und der sozialen Unterstützung,
- Entwicklung von Konzepten, Modellen und Methoden für die Ausbildung, die Lehr- bzw. Kontrollsupervision, die kollegiale Intervision zur Verhinderung von Schäden für das **Supervisandensystem** und das **Klientensystem** durch das **Supervisorensystem**,
- Anregungen für Berufs- und Fachverbände zur Institutionalisierung von Ethikkommissionen (möglichst unter Beteiligung von KlientInnenorganisationen, vgl. Petzold 2000g),
- die Einrichtung von Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und die Ausarbeitung von Beschwerdereglements.

All das sind Fragestellungen und Maßnahmen, die schon seit langem im Raum stehen und die sich der „community of supervisors“ als Aufgabe stellen. Zu diesen Aufgaben müssen viele beitragen.

Das Ziel ist die Verbesserung der KlientInnensicherheit, der KlientInnenrechte und die Sicherung und Optimierung der Qualität von Supervision als einer „eingreifenden Wissenschaft und Praxeologie“ (Sieper, Petzold 2001; Bourdieu 1980, 1997). Es soll Menschen in prekären Lebenslagen zugute kommen (Petzold, Wolf et al 2002) und als Hilfe und Unterstützung für „Menschenarbeiter“ dienen, welche der „*client dignity*“ verpflichtet sind, denn die Würde von PatientInnen – wie die „Würde des Menschen“ – ist antastbar!

Zusammenfassung: Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über problematische, empirisch nicht überprüfte Konzepte von Supervision – und davon gibt es nicht wenige. Sie befasst sich besonders mit den weit verbreiteten und rechtlich relevanten Verletzungen der Schweigepflicht, mit Wirkungen und Nebenwirkungen supervisorischer Praxis, „riskanter Supervision“. Es wird über laufende Forschungsprojekte der Supervisionsstudiengänge an der Freien Universität Amsterdam, der Donau-Universität Krems und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf zu diesen Themen in Hellfeld- und Dunkelfeldstudien berichtet. Ein Ziel dieser Arbeit ist, das supervisorische Feld für diese Problematiken zu sensibilisieren und Forschung bzw. Mitwirkung an Forschungsvorhaben anzuregen, z. B. bei der Dunkelfeldstudie: „www.supervisionsforschung.de

Schlüsselwörter: Klinische Supervision, Nebenwirkungen von Supervision, Schweigepflichtsverletzungen, Dunkelfeldstudie, gefährliche Supervision, Supervisionsforschung

Summary: Mythos Supervision? The need for “concept critical” research in the bright and the dark field concerning effects, side effects, risks and violation of law in the practice of supervision

The text gives an overview over problematic concepts in supervision that are not empirically grounded – and there are many of them. Particularly it is dealing with the legally relevant and quite widespread violation of professional discretion, with effects and side effects of supervisory practice, „risky supervision“. Research projects of the supervision study programs at the Free University of Amsterdam, the Danube-University of Krems, the European Academy for Psychosocial Health, Düsseldorf, concerning these topics are presented. One goal of this paper is to sensitise the supervisory field for these problems and to stimulate research projects and cooperation in these projects, e. g. in the dark field study: www.supervisionsforschung.de

Key words: clinical supervision, side effects of supervision, violation of discretion, dark field study of risky supervision, supervision research

Literatur:

- Beine, K.-H.* (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötung und aktive Sterbehilfe: Freiburg: Lambertus.
- Belardi, N.* (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Berger, P. L., Luckmann, T.* (1970): The social construction of reality. [Doubleday, New York 1966]; Dtsch.: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt/M.: Fischer.
- Böcker, K.* (2000): Qualitätssicherung durch Prozessforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Braunschweig: Institut für Psychologie der Technischen Universität.
- Bourdieu, P.* (1980): Le sens pratique. Paris: Editions de Minuit.
- Bourdieu, P.* (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Brühlmann-Jecklin, E.* (2001): Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der Psychotherapie, in: *Märtens, Petzold* (2002) 333-354.
- Brummund, L., Märtens, M.* (1998): Die 14 Heilfaktoren in der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. In: *Petzold* (1998h) 448-466.
- Bublitz, H. Bührmann, A. D., Hanke, C., Seier, A.* (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt am Main: Campus.
- Butler, K.* (1992): The shadow side of therapy. *The Family Therapy Networker*, Nov./Dec. 14-23.
- Cullman, H.* (1997): Das Gutachtenverfahren in der Vertragspsychotherapie. Kritische Bemerkungen zur Einschränkung von Verfassungsrechten, in: *Integrative Therapie*, 524-534
- Ebert, W.* (2001): Systemtheorien in der Supervision. Opladen: Leske + Budrich.

- Ebert, W., Oeltze, J., Petzold, H. G. (2002c): Die Wirksamkeit der Integrativen Supervision – eine quantitative und qualitative Evaluationsstudie zur Qualitätsentwicklung im EAG-Qualitätssicherungssystem. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Edlhaimb, Ch. (2004): „Ethymologische Frag-Mente zu Wort und Begriff Supervision - Im Fokus der Integrativen Supervision“, Schriftliche Arbeit im Rahmen des Universitätslehrganges „Supervision im Gesundheits-wesen“, Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosoziale Medizin.
- Ehrhardt, J., Birchler, P., Leitner, A. (2002): Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen in der Supervision – eine Erkundung im Dunkelfeld. Diplomprojekt, Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, Begleiter H. Petzold (in Arbeit).
- Ertel, F. et al. (2002): Wirkung von Supervision im Bereich der Telefonseelsorge – eine Mehrebenenstudie.
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefeverlag, Göttingen
- Fischer, M., Fürnkranz, W., Schigl, Petzold, H. G. (2002): Wirkfaktoren und Qualitätskriterien von Supervisionsprozessen – eine explorative Studie. Zentrum für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Masterstudiengang Supervision (in Arbeit).
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Huber, Bern.
- Fortmeier, P. (2001): Künftige Ziele der DGSv. *DGSv aktuell* 2, 1-4.
- Foucault, M. (1971): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1982). Der Staub und die Wolke. Bremen: Impuls.
- Foucault, M. (1983/1996). Diskurs und Wahrheit. Die Problematisierung der Parrhesia. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P. München: Diederichs.
- Frank, R. (1999): Die Relevanz der der Supervisionsforschung für die Praxis der Psychotherapie. In: Petzold, Märtens (1999)327-350.
- Gottfried, K, Petitjean, S., Petzold, H. G. (2003): Supervision in der Psychiatrie – Wirkungen und Probleme, in: Petzold, Schigl et al. (2003)
- Garfield, S. L. (1973): Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical Psychol.* 41 9-12.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E., Dick, A. (1999): Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 201-225.
- Hillenbrand, C.-D., Jüster, M., Petzold, H.G. (2002): Forschungsbericht: Coaching im Urteil von Managern. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. FPI-Publikationen.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- König-Fuchs, C. (1991): Therapeutischer Erfolg und Misserfolg: Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren. Frankfurt am Main.
- Kreutzer, A. (1994): Kriminologische Dunkelfeldforschung. *NStZ* 1994, 10ff.
- Kreutzer, A., Görgen, T., Krüger, R., Münche, V., Schneider, H. (1993): Jugenddelinquenz in Ost und West. Mönchengladbach.
- Laireiter, A., Vogel, H. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch, DGVT-Verlag, Tübingen.
- Leitner, E. (2000): Bourdieus eingreifende Wissenschaft Handhab(ung)en. Wien: Turia & Kant.
- Leitner, A. (2004): Der Umgang mit Krisen in der Supervision. In: Brush up your Tools! Heilinger, A., Knopf, W., Walther, I. (Hrsg.): Schriftenreihe Supervision, Band 5, Studien Verlag
- Loftus, E. F., Feldman, J., Dashiell, R. (1995): The reality of illusory memories. In: Schacter et al. (eds.), *Memory distortion: How mind, brains and societies reconstruct the past*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 47-68.
- Loftus, E. F., Hoffman, H. G. (1989): Misinformation and memory: The creation of new memories. *Journal of Experimental Psychology* 118 (1), 100-104.
- Loftus, E.F., Ketcham, K. (1995): Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellem Missbrauchs. Hamburg: Klein.
- Loftus, E. F., Pickrell, J.E. (1995): The formation of false memories. *Psychiatric Annals* 25, 720-725.
- Lutz, W., Grawe, K (2001): Was ist Evidenz Baced Psychotherapy? In: *Integrative Therapie* 1, 2, Jhg. 27, 11-28
- Maisch, H. (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205.

- Mansel, J., Raithel, J. (2002): Kriminalität und Gewalt im Jugendalter. Hell- und Dunkelfeldbefunde im Vergleich. München: Juventa.
- Märtens, M., Möller, H. (1998): Zur Problematik der Supervisionsforschung: Forschung ohne Zukunft? Supervision als homöopathische Inszenierung. *Organisationsentwicklung, Supervision und Clinical Management* 3, 205-221.
- Märtens, M., Petzold, H. G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H. G., (2000b): Therapieschäden, in: *Stumm, G., Pritz, A., Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, Springer, S. 702-703.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Möller, H., Märtens, M. (1999): Evaluation von Supervision wohin? In: *Pühl, H. (1999): Supervision und Organisationsentwicklung. Handbuch 3*. Opladen: Leske + Budrich, 104-122.
- Möller, H. (2001): Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale – Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Müller, L., Petzold, H. G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „prekären Lebenslagen“ – „Client dignity“? In: *Märtens, Petzold (2002)* 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2004): Supervision im sozialgerontologischen und gerontopsychiatrischen Feld - eine Multicenter-Studie. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen (in process).
- Oeltze, J., Ebert, W., Petzold, H. G. (2002): Integrativen Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Orth, S., Petzold, H. G. Sieper, J. (2002): „Riskante Supervision im Urteil von Experten“ Diplomprojekt, Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, Begleiter H. Petzold, J. Sieper (in Arbeit).
- Petzold, Ch. (1996): Supervision in der Altenarbeit. Diplomarbeit Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, Begleiter I. Bardman.
- Petzold, H. G. (1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw (1993a)19- 90.
- Petzold, H. G. (1979l): Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. *Z. f. humanistische Psychol.* 3/4, 54-63.
- 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.; Mit alten Menschen arbeiten*, München: Pfeiffer, S.553-572.
- Petzold, H. G. (1987g): Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1, 120-124.
- Petzold, H. G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H. G. (1990o): Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2, 7-37; erw. (1993a) , S. 1291-1336.
- Petzold, H. G., (1993a und 2003): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakonzep für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: *Petzold (1998a)* 97-174.
- Petzold, H. G., (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold (1998a)* 353-394.
- Petzold, H. G. (Hrsg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (Hrsg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 u. 2 Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.

- Petzold, H. G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In Petzold, Orth (1999a) S. 393-400.
- Petzold, H. G. (2000g und 2002): Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Teilweise auch in Hildenbrand, Jüster, Petzold (2002).
- Petzold, H. G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann; 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (Hrsg.). (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- 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., Orth, I. (1996e): "Life supervision und "reported supervision" mit Teams in "klinischen Kontexten" – Experimente und Überlegungen zu Supervisionsformen. Postgradualprogramm FU Amsterdam und Fritz Perls Institut, Düsseldorf (unveröffentl. MS).
- Petzold, H. G., Petzold, Ch. (1997a): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung und Reflexion in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: Blonski, H. (Hrsg.). (1997): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag. 165-178.
- Petzold, H. G., Petzold, Ch. (1997b): (Petzold, Ch., Petzold, H. G.), Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen. In: Eck, D. (Hrsg.). (1998): Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag. 240-257.
- Petzold, H. G., Rodriguez-Petzold, F. (1997): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision, *Familiendynamik* 3, 289-311; repr. in Petzold (1998a).
- Petzold, H. G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999). Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Überarbeitete Fassung 2001.
- Petzold, H. G., Orth, I. (1999a). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Sieper, J. (Hrsg.) (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, Schwerpunktheft Evidenzbasierte Qualitätssicherung, *Integrative Therapie*, 1, 3-10.
- Petzold, H. G., Oeltze, J., Ebert, W. (2001): Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGSv – Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H. G., Orth, I., Schay, P. (2002): Supervision/Kontrollanalyse/Schweigepflicht, *Infobrief EAG/FPI* 1, 18-19.
- Petzold, H. G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C. (2002): Analyse der internationalen Supervisionsforschungsliteratur. Forschungsprojekt, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Studiengang Supervision, Donau-Universität, Krems. Veröffentlicht als Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H. G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Reschke-Dahms, A. (2002): Therapierisiko: Die Sicht der Verbraucherberatung. In: Märtens, Petzold (2002) 355-382.
- Rosenmayr, L. (1989): Supervision in der geriatrischen Pflege und Betreuung, *Rathaus-Korrespondenz* (Wien) 15, 17-21.
- Rotering-Steinberg, S. (1999): Anleitung zur kollektiven Supervision. Tübingen: dgvt Verlag.
- Schacter, D. (1996): Searching for memory. The brain, the mind, and the past. New York: Basic Books. dtsh.: Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.
- Schay, P., Dregger, F., Siegele, F., Petzold, H.G. (2001): Wirksamkeit von Supervision für den Klienten in der Drogentherapie – eine Mehrebenenuntersuchung. Diplomprojekt, Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, in: Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich. Bd. II.

- 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.
- Schwind, H.-D. (2001): Kriminologie, 11. Auf.
- Schwind, H.-D., Fetchenhauer, D., Ahlborn, W., Weiß, R. (2001): Kriminalitätsphänomene im Langzeitvergleich am Beispiel einer deutschen Großstadt. Bochum 1975 – 1986 – 1998. Polizei + Forschung, Bd. 3.
- Sieper, J., Petzold, H. G., (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“, *Integrative Therapie*, 1, 208-209.
- Steffan, A., Petzold, H. G. (2001): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1, 63-104.
- Stöckler, M. (1996): Einrichtungen der Altenarbeit in Niederösterreich – Bestandaufnahme und Perspektiven. Eine Felderkundung. Diplomarbeit Postgradualstudiengang Supervision. Centrum for IBT, Freie Universität Amsterdam, Begleiter H. Petzold
- Stroebe, W., Hewitstone, M., Codol, J.-P., Stephenson, G. M. (1996): Sozialpsychologie. Heidelberg: Springer.
- Weigand, W. (1989). Sozialarbeit – das Ursprungsland der Supervision. *Integrative Therapie* 3/4, S. 248-259.
- Weigand, W. (1999a). Vorwort zu: Kühl, W. (1999), Qualitätsentwicklung durch Supervision. Münster: Votum Verlag, S. 7-8.
- Weigand, W. (1999b). Qualität statt Quantität - Die DGSv im 10 Jahr ihres Bestehens. *DGSv aktuell*, 2/99, S. 4-5.
- Weiß, R. (1997): Bestandaufnahme und Sekundäranalyse der Dunkelfeldforschung. Wiesbaden: Bundeskriminalamt. BKA-Forschung.
- Wetzel, P. (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Stuttgart: Kohlhammer.

¹„Professional community wird definiert als eine Makro- oder Mesogruppierung von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und -vertretung identifiziert werden [z. B. 'die ÄrztIn'] und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln, und Organisationsformen herausbilden und ein 'professionelles Bewusstsein' entwickeln [z. B. 'wir als PsychologInnen']. Das Maß der 'professionellen Identität' des einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung, also dem Grad der Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung ab, weiterhin von den verbindenden Zielen, Werten und Konzepten sowie der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluss, Tradition gesicherten Macht, d. h. von ihrer Präsenz als 'commercial community' im Markt oder 'ökonomischer Faktor' in der Volkswirtschaft“ (vgl. Petzold, Sieper 1993, 56).

²»Komplexe soziale Repräsentationen – auch „kollektiv-mentale Repräsentationen“ genannt - sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als *intermentale* Wirklichkeiten entstehen aus *geteilten Sichtweisen* auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse *kollektiver Hermeneutik* prägen, aber auch in ihnen gebildet werden.“

In dem, was sozial repräsentiert wird, sind immer die jeweiligen Ökologien der Kommunikationen und Handlungen (*Kontextdimension*) zusammen mit den vollzogenen bzw. vollziehbaren Handlungssequenzen mit repräsentiert, und es verschränken sich auf diese Weise Aktionalszenisches und Diskursiv-Symbolisches im zeitlichen Ablauf (*Kontinuumsdimension*). Es handelt sich *nicht* nur um eine repräsentative Verbindung von Bild und Sprache, es geht um Filme, besser noch: dramatische Abläufe als Szenenfolgen oder - etwas futuristisch, aber mental schon real -, um *sequentielle Hologramme*, in denen alles Wahrnehmbare und auch alles Vorstellbare anwesend ist. Verstehensprozesse erfordern deshalb (Petzold 1993a, 901) eine diskursive und eine aktionale Hermeneutik in Kontext/Kontinuum, die Vielfalt konnektiviert und Bekanntes mit Unbekanntem verbindet und vertraut macht.« (Petzold 2000h).

³»Komplexe persönliche Repräsentationen – auch *subjektiv-mentale Repräsentationen* genannt - sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in *Enkulturation* bzw. *Sozialisierung* erworbenen, d. h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich-Selbst“, über die „Anderen“, über „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, die die Persönlichkeit des Subjekts bestimmen, seine *intramentale* Welt ausmachen. Es handelt sich um die „subjektiven Theorien“ mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in Prozessen „*komplexen Lernens*“ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den „kollektiv-mentalen **Repräsentationen**“ (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, *Kompetenzen* für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d. h. für *Performanzen* zur Verfügung stehen.« (Petzold 2002h).

Die Theorie der komplexen „*kollektiv-mentalen* bzw. *sozialen Repräsentationen*“ muss immer mit der der „*subjektiv-mentalen* bzw. *persönlichen Repräsentationen*“ verbunden betrachtet werden und vice versa, denn bei fehlender oder unzureichender Passung liegen hier erhebliche Konfliktpotentiale zu übergeordneten, die „Kultur“ bestimmenden „sozialen Repräsentationen“ hin bzw. zu anderen Menschen mit anderen „social worlds“ hin. Diese Theorie erklärt den relativ

ungreifbaren organisationswissenschaftlichen Begriff „Kultur“ mit ihren Kulturmerkmalen (zu denen auch als Substrukturen „Problemlösungskultur“, „Konfliktkultur“, „Innovationskultur“ gehören können) mit einer guten Anschlussfähigkeit an die empirische Psychologie und die Sozialwissenschaften.

⁴Die großen, von Schigl, Petzold 1997; Ebert, Oeltze, Petzold 2002 durchgeführten Mehrebenen-Evaluationen der Ausbildungen in Integrativer Supervision sind kein Beleg für die Bonität von Verbandsstandards, weil diese Curricula die Verbandstandards in vielfacher Hinsicht überschreiten.

⁵Das hat natürlich auch mit den Zulassungsbestimmungen der Fachverbände zu tun, die einen Fachhochschulabschluss in der Zulassungsregelung voraussetzen. Dadurch werden in der Regel (Ausnahmeanträge sind möglich) Schwestern, Pfleger, Altenpflegerinnen, HeimleiterInnen, die oft für die Supervision in ihren Feldern hervorragend geeignet wären, von Ausbildungen ausgeschlossen. (Sie umgehen zuweilen diese Hürde, indem sie auf andere Ausbildungen ausweichen.)

⁶Den Archäologen der eigenen wissenschaftlichen Disziplin muss man im Sinne von *Foucaults* (1971) Konzept der Archäologie der Humanwissenschaften sehen wie „einen ‚Unterirdischen‘ an der Arbeit, einen Bohrenden, Grabenden, Untergrabenden [...] wie er langsam mit sanfter Unerbittlichkeit vorwärts kommt“ (*Nietzsche*, Morgenröte I, 1010).

⁷Erst *Elisabeth I* in ihrer fortschrittlichen Gesetzgebung von 1563 und 1601 begründete für England ein Armenrecht. Das Gesetz von 1601 verfügte, dass jede Gemeinde „overseers of the poor“ einsetzte, die sich um die Versorgung der Armen kümmern sollten, und „that the overseers should have the power to build workhouses in certain places“ (vgl. *Pannel's* 1906, 832). In Schottland wurde mit der „Poor-Law Amendment Act“ 1843 eine zentraler „Board of Supervision“ eingerichtet, dem die Kontrollfunktionen der Parochien unterlag, u. a. auch der Arbeitshäuser.

⁸Gerade dieses Item wurde in seiner Sinnhaftigkeit durch die umfangreiche Untersuchung von *Wolfgang Ebert* (2001) zum Gebrauch von Systemtheorie und Systemmetaphern im Feld der Supervision (der „systemischen“ zumal) bestätigt, da diese Studie einen überwiegend unfundierten, oberflächlichen, ja falschen Gebrauch des systemtheoretischen Diskurses im Bereich der Supervision nachweisen konnte.

⁹Dies ist eine sehr nützliche Forschungsfragestellung, wie wir in einer Untersuchung über die „sozialen Repräsentationen“ von „Coaching“ bei 190 Managern von drei Branchen zeigen konnten (*Hillenbrand, Jüster, Petzold* 2002). Für die Supervision wären derartige Untersuchungen ein Desiderat.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
Wefelsen 5, 42492 Hückeswagen