

# SUPERVISION

## Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift  
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

in Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)

## SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

### Ausgabe 05/2017

### Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit

Eine Bestandsaufnahme zur Situation in der deutschsprachigen Schweiz<sup>1</sup>  
verbunden mit Überlegungen zur „prekären Qualität“ von Supervision

*Andreas Collenberg, Wetzikon/Schweiz<sup>2</sup>*  
*Hilarion Petzold, Hückeswagen, Krems<sup>3</sup> (2017)*

<sup>1</sup> Aus dem Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems und der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. H.G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>).

<sup>2</sup> Die Arbeit wurde als Master of Science These 2016 an der Donau Universität angenommen.

<sup>3</sup> Betreuer: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

## **Zusammenfassung: Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit. Eine Bestandsaufnahme zur Situation in der deutschsprachigen Schweiz – verbunden mit Überlegungen zur „prekären Qualität“ von Supervision**

Diese Forschungsarbeit gehört zu einer Reihe von Muticenterstudien der Arbeitsgruppen um Hilarion Petzold, die die Implementierung und Akzeptanz von Supervision in verschiedenen Arbeitsfeldern, hier im Feld der Suchtarbeit, in europäischen Ländern erfassen wollen. Das Ziel der Studie bestand darin, Supervision im Kontext der Suchtarbeit in der deutschsprachigen Schweiz auf ihre Wirkung hin zu untersuchen. Im empirischen Teil wurden die Daten von 137 Fragebogen von MitarbeiterInnen im Suchtfeld quantitativ und qualitativ ausgewertet. Den Nutzen ihrer Supervision schätzten die SupervisandInnen in der Suchtarbeit mit 48% als hoch, mit 37% als mittelwertig, mit 11% als gering, mit 4% als gar nicht wirksam ein. Wenn über die Hälfte der MitarbeiterInnen den Nutzen als unzureichend einstufen („mittel“ ist für Supervision „unter Niveau“) ist dies für Supervision, welche sich als Instrument zur Qualitätssicherung betrachtet, kein akzeptables Ergebnis. Ausserdem äusserten 8% der Befragten negative Erfahrungen mit Supervision. Die Risiken und Nebenwirkungen für sich selbst (41%) wurden zudem deutlich ausführlicher geäussert als diejenigen für ihre PatientInnen (24%). Prekär ist, dass 19% der SupervisorInnen nicht auf die Verschwiegenheitspflicht hingewiesen hat und bei beinahe 3/4 (74%) wurden die Supervisionen **ohne** das Einholen des Einverständnisses der PatientInnen durchgeführt, womit man die Grenze zum justiziablen Bereich überschritten hat, so dass nicht mehr von „Unbedenklichkeit“ der Supervision gesprochen werden kann. Nur 26% der SupervisandInnen kommunizieren über die Supervision mit den PatientInnen. Die Befunde bestätigen die Ergebnisse bisheriger Studien (Schay et al. 2006, Siegele/Petzold 2016, Naujoks/Petzold 2012) weitgehend, nämlich dass die Qualität von Supervision durchaus „**prekär**“ ist. Auch diese Studie zeigt auf, dass weitere methodische und inhaltliche Anstrengungen für die Verbesserung der Wirkung von Supervision und die Gewährleistung ihrer Unbedenklichkeit in der Suchtarbeit notwendig sind.

**Schlüsselwörter:** Supervision, Integrative Supervision, Feld- und Fachkompetenz in der Supervision, Sucht, prekäre Wirkungsqualität von Supervision

**Summary: The effects of supervision in the field of addiction. A stocktaking for the situation in German-speaking Switzerland connected with reflections on the “precarious quality” of supervision**

This research belongs to a series of Muticenterstudies of the Working Groups around Hilarion Petzold, concerning the implementation and acceptance of supervision in different fields in various European countries, here in the field of addiction. The aim was to investigate supervision and its effectiveness in the context of addiction work in German-speaking Switzerland. In the empirical part the data of 137 questionnaires of employees in the addiction field were analyzed quantitatively and qualitatively. The benefit of their supervision appreciated the supervisees in addiction work with 48% as high, with 37% as only medium, with 11% as low, with 4% not at all. If the benefit is classified as inadequate by over half of the staff (“medium” is below the level), this is for supervision, which considers itself as a tool for quality assurance, not an acceptable result. Furthermore, 8% of respondents expressed negative experiences with supervision. The risks and side effects for themselves (41%) were also labeled higher as those of their patients (24%). It is precarious that 19% of the supervisors have failed to inform about the rule of absolute secrecy and in 74% supervision was done **without** the informed consent of the patients which means that one has crossed the border of

legal practice und it is no more possible to speak of the “safty” of supervision. Only 26% of the supervisees are communicating with their patients on the results of their supervision. The findings confirm the results of previous studies (Schay et al. 2006, Siegele/Petzold 2016, Naujoks/Petzold 2012) largely that are showing too: the quality of supervision is in fact “**precarious**”. This study also shows that further methodological and substantive efforts are needed for improving the effect of supervision and guarantee its safety in addiction work.

**Keywords:** supervision, Integrative Supervision, supervisory field and task competence, addiction, precarious effect quality of supervision

# INHALTSVERZEICHNIS

## Vorbemerkung:

## Einige Überlegungen zu „prekärer Qualität“ in der Supervision

Hilarion G. Petzold

## Studie:

|         |  |  |
|---------|--|--|
| 1       | EINLEITUNG.....                                      |  |
| 1.1     | Einführende Überlegungen.....                        |  |
| 1.2     | Ziel und Fragestellungen.....                        |  |
| 1.3     | Ausgangsthesen.....                                  |  |
| 2       | THEORIE.....   |  |
| 2.1     | Begriffe.....  |  |
| 2.1.1   | Institution und Organisation.....                    |  |
| 2.1.2   | Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung..... |  |
| 2.2     | Supervision.....                                     |  |
| 2.2.1   | Begriff und Geschichte.....                          |  |
| 2.2.2   | Integrative Supervision.....                         |  |
| 2.2.3   | Soziale Repräsentationen.....                        |  |
| 2.2.4   | Attributionstheorie.....                             |  |
| 2.2.5   | Wirkung und Qualität.....                            |  |
| 2.2.6   | Risiken und Nebenwirkungen .....                     |  |
| 2.2.7   | Forschungsstand.....                                 |  |
| 2.3     | Arbeitsfeld Sucht.....                               |  |
| 2.3.1   | Drogen und Abhängigkeit.....                         |  |
| 2.3.2   | Diversität in der Suchtarbeit.....                   |  |
| 2.2.3   | Felder der Suchtarbeit.....                          |  |
| 3.      | EMPIRIE.....   |  |
| 3.1     | Hypothesen und Fragestellungen.....                  |  |
| 3.2     | Methodik.....  |  |
| 3.3     | Ergebnisse.....                                      |  |
| 3.3.1   | Angaben zur Person der SupervisandInnen.....         |  |
| 3.3.1.1 | Alter.....   |  |

|         |   |       |
|---------|---|-------|
| 3.3.1.2 | Geschlecht.....                                     | ..... |
| 3.3.1.3 | Beruf.....  | ..... |
| 3.3.1.4 | Berufserfahrung.....                                | ..... |
| 3.3.1.5 | Tätigkeitsfeld.....                                 | ..... |
| 3.3.1.6 | Art der Einrichtung.....                            | ..... |
| 3.3.1.7 | Funktion.....                                       | ..... |
| 3.3.2   | <b>Rahmen der Supervision</b> .....                 | ..... |
| 3.3.2.1 | Räumlichkeiten.....                                 | ..... |
| 3.3.2.2 | Form.....   | ..... |
| 3.3.2.3 | Freiwilligkeit.....                                 | ..... |
| 3.3.2.4 | Häufigkeit.....                                     | ..... |
| 3.3.2.5 | Dauer.....  | ..... |
| 3.3.2.6 | Verschwiegenheitsverpflichtung.....                 | ..... |
| 3.3.2.7 | Einverständnis.....                                 | ..... |
| 3.3.3   | <b>Angaben zur Person der SupervisorInnen</b> ..... | ..... |
| 3.3.3.1 | Alter.....  | ..... |
| 3.3.3.2 | Geschlecht.....                                     | ..... |
| 3.3.3.3 | Beruf.....  | ..... |
| 3.3.3.4 | Psychotherapieausbildung/Zusatzausbildung.....      | ..... |
| 3.3.3.5 | Mitgliedschaft Fachverband.....                     | ..... |
| 3.3.3.6 | Kompetenz.....                                      | ..... |
| 3.3.4   | <b>Wirkung von Supervision</b> .....                | ..... |
| 3.3.4.1 | Nutzen.....   | ..... |
| 3.3.4.2 | Negative Erfahrungen.....                           | ..... |
| 3.3.4.3 | Positive Erfahrungen.....                           | ..... |
| 3.3.5   | <b>Vorstellungen von Supervision</b> .....          | ..... |
| 3.3.5.1 | Zuschreibung Bedeutung Begriff.....                 | ..... |
| 3.3.5.2 | Erwartung an Supervision.....                       | ..... |
| 3.3.5.3 | Erwartung an SupervisorIn.....                      | ..... |
| 3.3.5.4 | Vorstellungen von idealem Alter.....                | ..... |
| 3.3.5.5 | Risiken und Nebenwirkungen.....                     | ..... |
| 3.3.5.6 | Protektive und präventive Faktoren.....             | ..... |
| 3.3.6   | <b>Sonderteil Sucht</b> .....                       | ..... |
| 3.3.6.1 | Patienten insgesamt.....                            | ..... |
| 3.3.6.2 | Patienten mit Suchtmittelproblematik.....           | ..... |
| 3.3.6.3 | Patienten mit Doppeldiagnose.....                   | ..... |
| 3.3.6.4 | Dauer der Behandlung.....                           | ..... |

|         |   |       |
|---------|---|-------|
| 3.3.6.5 | Art der Suchtbehandlung.....                              | ..... |
| 3.3.6.6 | Angewandte Behandlungsansätze.....                        | ..... |
| 3.3.6.7 | Besonderer Supervisionsbedarf.....                        | ..... |
| 3.3.6.8 | Notwendigkeit Feldkompetenz.....                          | ..... |
| 4.      | <b>DISKUSSION</b> .....                                   | ..... |
| 4.1     | Rücklauf.....   | ..... |
| 4.2     | Das SupervisandInnensystem.....                           | ..... |
| 4.3     | Das Supervisionssetting.....                              | ..... |
| 4.4     | Angaben zur Person der SupervisorInnen.....               | ..... |
| 4.4.1   | Einschätzungen der Kompetenz der SupervisorInnen.....     | ..... |
| 4.5     | Wirkung von Supervision – die Effektvariable.....         | ..... |
| 4.5.1   | Negative und positive Erfahrungen in der Supervision..... | ..... |
| 4.6.    | Erwartungen an Supervision.....                           | ..... |
| 4.6.1   | Risiken / Nebenwirkungen von Supervision.....             | ..... |
| 4.6.2   | Protektive und präventive Faktoren von Supervision.....   | ..... |
| 4.7     | PatientInnen mit einer Suchtproblematik.....              | ..... |
| 4.8     | Bezug zu den Hypothesen.....                              | ..... |
| 5.      | <b>SCHLUSS (Implikationen für die Praxis)</b> .....       | ..... |
|         | Literaturverzeichnis.....                                 | ..... |
|         | Tabellenverzeichnis.....                                  | ..... |
|         | Abbildungsverzeichnis.....                                | ..... |
|         | Anhang.....   | ..... |

## Vorbemerkung:

# Einige Überlegungen zu „prekärer Qualität“ in der Supervision

Hilarion G. Petzold

Mit der Untersuchung von *Andreas Collenberg* ist wieder eine Multicenterstudie verfügbar, wie wir sie für verschiedene relevante Bereiche psychosozialer Arbeit unternommen haben – den Bereich der Psychiatrie (5 Studien, zusammenfassend *Siegele, Petzold* 2016), den der Gerontologie (4 Studien, zusammenfassend *Petzold, Müller, König* 2007) –, um die Akzeptanz von Supervision und die Bewertung von Supervision unter unterschiedlichen Perspektiven zu erheben. Für den Bereich der Suchttherapie liegen zwei Studien für Deutschland vor *Schay* (et al. 2006) und von *Naujoks, Petzold* (2012). Für Österreich steht das Suchtfeld noch aus. *Collenberg* hat jetzt die Situation in der Schweiz exploriert und damit für dieses Land die Situation in dem so wichtigen und gesellschaftsrelevanten Bereich dokumentiert.

Die Gliederungspunkte 1 und 2 stellen kompakt den supervisionstheoretischen Rahmen dar. Sie zeigen auf, welche Theoriebezüge für die Supervision in diesem Feld wichtig sind. Theorie der Organisation/Institution, Attributionstheorie, Theorie kollektiver mentaler Repräsentationen werden berücksichtigt. Das oft vernachlässigte Thema der Risiken und Nebenwirkungen etc. - Kernthemen der Integrativen Supervision, die für die Fragestellung der These Bedeutung haben - werden konzise dargestellt. Die Situation der Suchttherapie in der Schweiz wird aufgezeigt. Damit ist ein informativer Rahmen für den Hintergrund der Arbeit gegeben. Mit Kap. 3 wird der empirische Teil vorgestellt und ausgeführt. Die Hypothesen werden dargestellt. Der Fragebogen wird aus den übrigen Multicenter-Studien übernommen und adaptiert. Die Stichprobe und die Datengrundlage werden beschrieben. Die Auswahl basiert auf der Liste der Einrichtungen des zuständigen Bundesamtes. Der Rücklauf der angeschriebenen Einrichtungen ist breit genug, um solide Aussagen für das Schweizer Feld zu erhalten. Die statistische Aufbereitung und Ausarbeitung und die Präsentation entspricht den empirischen Standards. Die einzelnen Fragestellungen werden mit der Darstellung erläutert. Die Studie liefert eine Fülle von Daten über das Feld, die MitarbeiterInnen, das Klientel und natürlich zur Bewertung der Supervision und der SupervisorInnen. Wie in den Studien aus Deutschland und Österreich in anderen Feldern (Psychiatrie, Geronto, Heimwesen) wird die bei vielen Supervisorinnen fehlende Fach- und Feldkompetenz bemängelt, auch die Daten zu Nebenwirkungen imponieren wieder und zeigen Handlungsbedarf auf. Die Untersuchung hat für die offensichtlich erforderliche Verbesserung der Qualität von Supervision in diesem Bereich der Suchttherapie recht relevante Aussagen, denn die dokumentierte mäßige Qualität kann man so nicht hinnehmen, wie die solide Interpretation Ergebnisse nahelegt. Es werden Notwendigkeiten für weiterführende Konsequenzen aufgezeigt. Ob sie allerdings von den Ausbildungsinstituten aufgenommen werden, ist fraglich, denn es ist bislang nicht zu sehen, dass sie Forschungsergebnisse zur Curriculumsrevision aufnehmen und umsetzen. Gleichfalls ist offen, ob und wie die Berufsverbände tätig werden. Für die Qualitätsbewertung im Bereich der Medizin und der Psychotherapie hat man sich auf die Qualitätsmerkmale der „**drei Ws**“ geeinigt: „**Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit**“ – sie wurden für die Gesetze zur Anerkennung der Psychotherapie – zuletzt noch in der Schweiz – zugrunde gelegt. Wir hatten diese sinnvolle Triplette dann noch ergänzt und das Kriterium „**Unbedenklichkeit**“ (*Müller, Petzold* 2002) eingeführt und damit in das Feld der Psychotherapie eingebracht. Es umfasst weitestmögliche „Freiheit von Risiken und

Nebenwirkungen“, die angestrebt und nachgewiesen werden muss, die Gewährleistung der rechtliche Rahmenbedingungen, was Datensicherheit, Verschwiegenheit, PatientInnenrechte, KundInnenrechte, Gender-, Diversity- und Antidiskriminierungsregelungen, sowie berufsverbandliche Qualitätssicherung und ein geordnetes Beschwerdewesen anbelangt. Diesen Standard der „**WWWU**“ hatten wir dann auch für den Bereich der Supervision übernommen und zur Grundlage unseres staatlich geförderten Forschungsprojekts „**Supervision auf dem Prüfstand**“ (Petzold, Schigl; Fischer, Höfner 2003) gewählt. Es ist ein Standard, über den dann auch die Berufsverbände wachen müssen, besonders wo es keine rechtlichen Vorgaben gibt, aber natürlich auch dort, wo es sie gibt und man auf ihre Einhaltung dringen muss.

**Zur WWWU-Situation in der Supervision:** Blickt man auf die Vielzahl der Studien, deren Ergebnisse eher mäßig sind, dann kann man nicht umhin, schon von „**prekärer Qualität**“ in der Supervision sprechen. Und das erfordert ein grundsätzliches Nachdenken auf Seiten der Verbände, der Ausbildungsinstitute, der Forschungseinrichtungen und natürlich auf Seiten der AusbilderInnen. Vor allem die LehrsupervisorInnen sind hier gefordert, sollen sie doch das „Herzstück“ der Supervision repräsentieren (Freitag-Becker et al. 2017) und natürlich die praktizierenden SupervisorInnen, die für die Bonität ihrer Arbeit einstehen müssen.

Die **Wirksamkeit** – schaut man im deutschsprachigen Bereich auf die kaum vorhandene Wirksamkeitsforschung für den **SupervisandInnenbereich** (*Nützt Supervision den SupervisandInnen?*) – ist *mäßig gesichert*. Kontrollierte und qualitativ gute Studien gibt es wenige, obwohl für manche Ansätze von Supervision – wohl nicht für alle – mit guten Wirksamkeiten zu rechnen ist. Sieht man auf den **KlientInnen-** und **PatientInnenbereich** (*Nützt Supervision den PatientInnen/KlientInnen durch Begleitung ihrer TherapeutInnen bei den Prozessen ihrer Gesundung und Problembewältigung?*) ist die Wirksamkeit *gänzlich ungesichert*. Es gibt kaum Studien von guter Forschungsqualität, die hier Wirksamkeit nachweisen. Es steht zu befürchten, dass man mit der bisherigen Supervisionsmethodik der „reported supervision“ (etwa im Unterschied zu „life supervision“) auch keine sehr guten Resultate erzielen wird. Blickt man auf die Ausbildungsforschung, die die Brauchbarkeit der fachverbandlichen **Ausbildungsstandards** und die Güte der von Ausbildungsinstituten angebotenen und durchgeführten Curricula evaluieren soll, so findet man auch hier kaum Untersuchungen (Schigl, Petzold 2017/1997), die belastbare Ergebnisse bringen.

Betrachtet man die **Wissenschaftlichkeit** in der Supervision, so findet man eine Vielzahl von Ansätzen von sehr unterschiedlichem Elaborationsgrad, was einerseits eine fruchtbare Vielfalt bietet, andererseits aber die Überschaubarkeit beeinträchtigt, die Vergleichbarkeit und die Forschung behindert. Die Situation liegt ähnlich wie in der Psychotherapie, wo aber die einzelnen Richtungen gut abgegrenzt sind und von vielen „Schulen“ spezifische Wirksamkeitsforschung vorliegt. Ausserdem finden sich fundierte Modelle der Methodenintegration (Grawe 1998, 2004; Petzold 1982, 2003a; Sieper 2006), wie sie für die Supervision so nicht vorliegen. Es bleibt also noch viel an Integrationsarbeit zu leisten, vor allen Dingen aber sind übergreifende Forschungsparameter zu erarbeiten, durch die man vielleicht richtungsübergreifende *spezifische* Wirksamkeiten nachweisen kann. Ansonsten muss jede Richtung ihren eigenen Qualitätsnachweis erbringen, sei es auf der Ebene elaborierter Theoriearbeit, sei es auf der Ebene empirischer Wirksamkeitsnachweise.

Blickt man auf die **Wirtschaftlichkeit**, so ist diese natürlich eng mit der **Wirksamkeit** verbunden. So lange es keine robusten Nachweise für gute und nachhaltige Wirkungen von Supervision auf der Ebene des SupervisandInnen-, PatientInnen-/KlientInnensystems und ggf. Auftraggebersystems gibt, bleibt die Frage nach der Wirtschaftlichkeit unbeantwortet bzw. wird dann beantwortet werden, wenn Studien geringe oder auch gute Wirksamkeit nachweisen werden oder zeigen, dass Intervention in der Wirksamkeit professioneller Supervision nicht nachsteht – nur ist sie billiger.

Blickt man auf die **Unbedenklichkeit**, so muss man feststellen, dass es dazu lange keine Informationen gab – weder in der Psychotherapie, noch in der Supervision. Es fehlte an



Forschung. Ich hatte schon früh in ersten Veröffentlichungen auf das Thema Therapieschäden aufmerksam gemacht (Petzold 1977) und konnte dann das erste schulenübergreifende Buch international zu diesem Thema herausbringen: *Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Nach ersten Hinweisen auf „**prekäre Supervision**“ nämlich durch die Verletzung der Diskretionsverpflichtung (Petzold, Rodriguez-Petzold 1996) oder das „Übersehen“ gefährlicher Pflege trotz Supervision (idem 1985d, 1994a; 2016k; Petzold, Müller 2005) bin ich dieser bedrückenden Thematik nachgegangen, und habe mich dann über dreißig Jahre mit den Themen Therapieschäden, PatientInnenötung, Supervisionsversäumnisse, Supervisionsschäden befasst bis hin zur ersten „Dunkelfeldstudie“ international im Bereich der Supervision: „Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld riskanter Supervision“ (Ehrhardt, Petzold 2011; Petzold, Leitner et al. 2004). Ich habe dann im Rahmen anderer Forschungsvorhaben, nämlich bei Felderkundungen in spezifischen Feldern der Supervision (Altenarbeit, Psychiatrie, Sucht u.a.) als Multicenterstudien Ergebnisse bekommen, die mir beunruhigend erscheinen: zum einen geringe Zufriedenheit mit der Feld- und Fachkompetenz, zum anderen in vielen Studien die Rückmeldung, dass 8 – 14% der Befragten mit Supervision negative oder beschädigende Erfahrungen gemacht haben. Immer wieder gibt es massive Befunde, dass man sich nicht an die Diskretionsverpflichtung hält. Die vorliegende Studie bestätigt das wieder einmal:

„Prekär ist, dass 19% der SupervisorInnen nicht auf die Verschwiegenheitspflicht hingewiesen hat und bei beinahe 3/4 (74%) wurden die Supervisionen **ohne** das Einholen des Einverständnisses der Patientinnen durchgeführt, womit man die Grenze zum justiziablen Bereich überschritten hat, so dass nicht mehr von ‘Unbedenklichkeit der Supervision gesprochen werden kann ... Die Befunde bestätigen die Ergebnisse bisheriger Studien“ – so die Zusammenfassung.

Nach diesem kompakten Überblick möchte ich einige Überlegungen zu Qualitätsproblemen in der Supervision, die man durchaus schon als „**prekär**“ ansehen kann, aus der Sicht des Supervisionsforschers anschließen lassen.

Es wird derzeit wieder in den verbandlichen Diskussionen von „hohen Qualitätsstandards“ gesprochen. Das muss man diskutieren. Vor 20 Jahren fing man an vom „Gütesiegel Supervision“ zu sprechen. Wir haben das damals, 2001, schon bezweifelt und mit guten Argumenten in Frage gestellt, haben vom „Mythos Gütesiegel“ und das Paper der verbandlichen Öffentlichkeit (DGSv) präsentiert.

Zehn Jahre später haben wir den Text kommentiert neu eingestellt. Nichts war geschehen!

*Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2011/2002): Mythos „Gütesiegel“ – „Supervision“, ein Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGSv 2001– Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis [2002]. Zur evidenzbasierten Supervision und mehrebenenorientierten Qualitätssicherung wieder angeschaut 2011.. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 19/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-19-2011-petzold-h-g-oltze-j-ebert-w.html>*

Wenn man heute wieder von „hohen Standards“ spricht, muss man fragen: Welche sollen das denn sein? Die Ausbildungsstandards der Supervisionsverbände? Ich darf daran erinnern, dass die Standards der DGSv **noch nie empirisch überprüft wurden** – das mahne ich seit ca. 20 JAHREN an. Bei den anderen Verbänden in Ch und Au

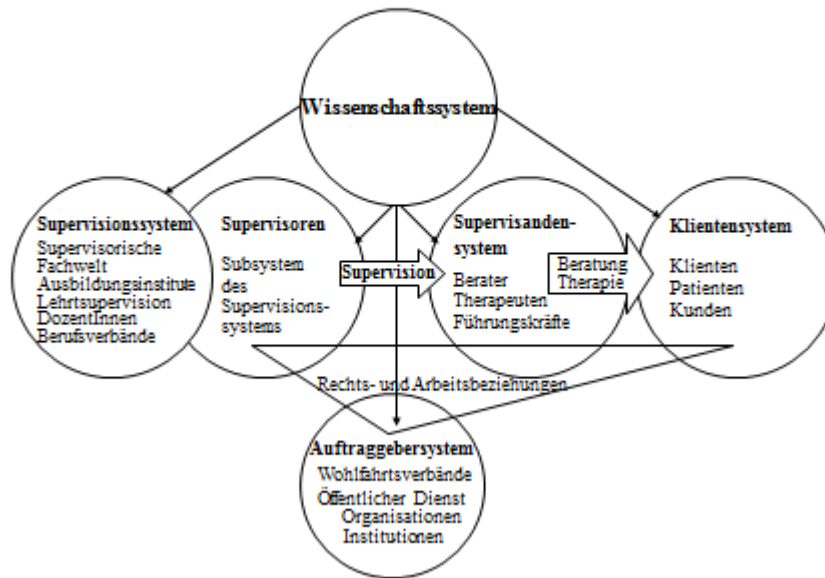
steht es nicht besser. Es wurde nie untersucht, ob die Standards insgesamt und in ihrer curricularen Umsetzung gute SupervisorInnen hervorbringen (vgl. aber *Schigl, Petzold* 1997/2017). Es fehlt eine konsistente supervisionstheoretisch und sozialwissenschaftlich fundierte Begründung der Konzeption dieser Standards und ihrer Hintergrundtheorien. Und es fehlt schlichtweg **jedwede evaluative Curriculumforschung!** Die müsste eigentlich dann von jedem oder zumindest von vielen Ausbildungsinstituten vorgelegt werden und zwar so, dass man damit über eine Metanalyse eine Aussage über die Qualität der Standards des Curriculums machen kann. **Vorher kann man von hoher Qualität nicht sprechen.** Das aber ist noch nicht der „**Gold-Standard**“. Es müsste gerade mit Blick auf die Studien von *Collenberg* oder *Naujoks* oder *Siegele* und ihre mäßige Ergebnislage dann untersucht werden, ob die in den Ausbildungsgängen ausgebildeten **SupervisorInnen auch gute Supervisionen** durchführen mit

- a) **evidenzbasierter Wirksamkeit auf der Ebene des SupervisandInnen-Systems und**
- b) **mit evidenzbasierter Wirkung auf der Ebene des PatientInnen- bzw. KlientInnen-Systems**

Wegen der *PatientInnen* zahlen ja die Kostenträger und die öffentlichen Hände in Deutschland Supervision und ist Supervision in die Pflegesätze eingerechnet, **n i c h t** für das Wohlergehen der MitarbeiterInnen, sondern für das Wohlergehen der Patienten, so auch die Rechtslage. Maßnahmen müssen den PatientInnen zu Gute kommen und die Annahme: „Geht es den MitarbeiterInnen gut, geht es auch den PatientInnen gut!“ ist so nicht zu machen. Es gibt Gegenbeispiele etwa aus dem Bereich der Altenarbeit und Pflege.

Diesen Nachweis für Wirksamkeit mit guten Studien hat das Feld der Supervision in der erforderlichen Breite bislang weder für **a)** noch für **b)** erbracht (von Ausnahmen abgesehen *Schigl, Petzold* 1997; *Oeltze, Ebert, Petzold* 2003). Vor hohen Qualitätsstandards kann man deshalb eigentlich nicht sprechen, solange die Qualität nur **behauptet**, aber nicht **empirisch belegt** wird. Hier liegt ein Riesenproblem, zumal es sich ja bei den Standards der Verbände nur um **Formalstandards** handelt (was immerhin schon etwas ist), aber *de facto* doch theoretisch und methodisch zwischen systemischer, tiefenpsychologischer, integrativer, psychodramatischer etc. Supervision sehr große Unterschiede vorhanden sind, die zu „Äpfel-/Birnenvergleichen“ führen. Jede Richtung müsste hier ihre Qualitätsnachweise auf Ebene **a)** und **b)** erbringen und nicht nur mit *einer* Studie. Dann erst könnte man von „hoher Qualität“ und nicht nur von einem „hohen Qualitätsanspruch“ reden. Es liegt also sehr viel Arbeit vor uns im Feld der Supervision, und die muss man richtig angehen. Meine ForscherkollegInnen und ich versuchen von Seiten der Forschung und der Theorienbildung Beiträge zu leisten. Die DGSv, die ÖVS BSO u.a. leisten wichtige verbandliche Arbeit, die Supervisoren im Praxisfeld leisten wichtige Arbeit, um mit Qualität zu überzeugen (die untersucht werden müsste), die Auftraggeber leisten ihren Beitrag dadurch, dass sie Supervision finanzieren, aber nur die **Synergie** von all diesen Bemühungen im „Gesamtsystem Supervision“ führt zur **Qualitätsentwicklung** und kann über Schwachstellenanalysen und wissenschaftsfundierter Innovation auf Dauer „**prekäre Supervisionsqualität**“ verhindern und solide Qualität gewährleisten.

Das „Gesamtsystem Supervision“ als „Mehrebenenmodell“ unter  
mehrperspektivischer Betrachtung (aus Petzold, Oeltze, Ebert 2001)



In diesem Beitrag findet sich eine von über **20** Evaluationsstudien aus unseren Forschergruppen. Sie alle zeigen, dass nur ein **knappes Drittel** der Befragten in unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit der Qualität der Supervision zufrieden ist. Das Summary der von Siegele bei mir geschriebenen **repräsentativen** Studie für Deutschland aus 14 psychiatrischen Kliniken mit  $n = 547$  zeigt das (Siegele, Petzold 2016):

Das Ziel dieser retrospektiven Studie war eine Evaluierung von Supervision in psychiatrischen Kliniken. Wir fragten multidisziplinäre Teams (Pflegepersonal, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen) in 14 psychiatrischen Kliniken in Deutschland nach erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Supervision innerhalb der letzten sechs Monate. Bei einer Rücklaufquote von 39% antworteten insgesamt 547 Personen. [Nur] 24% der Befragten sahen einen hohen Nutzen in ihrer Supervision, 43% beurteilten mit „mittlerem Nutzen“ [was keine gute Bewertung ist!!] , 23% mit „geringem“ und 10% mit „gar keinem“ Nutzen. Insgesamt **14%** der Befragten berichteten von negativen Erfahrungen im Rahmen der Supervision. Die Klinikmitarbeiter/innen gaben außerdem ein signifikant höheres Risiko durch Supervision für sich selbst, als für ihre Patienten an (39% versus 16%;  $p = 0.0001$ ). Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen im Wesentlichen vorangegangene Untersuchungen im Bereich der Psychiatrie (CH Gottfried, Petitjean, Petzold 2003; Au Kolar, Petitjean, Petzold 2005; No Musaeus, Petzold 2008/2015; D Orth, Siegele, Petzold 2016) und Gerontologie (CH Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; D Knaus, Petzold, Müller 2006; Au Petzold, Müller, König 2007). Bei einer Methodologie, die wie die Supervision vornehmlich als Instrument und Maßnahme der Qualitätssicherung und Verbesserung eingesetzt wird, ist ein „mittlerer Nutzen“ von 43% ein nicht akzeptables Ergebnis. Die Studie zeigt einmal mehr, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Effektivität von Supervision in der Psychiatrie und anderen institutionellen Feldern zu verbessern.

Zusammenfassend hatten wir schon einmal festgestellt:

In unseren Projekten der explorativen **Felderkundungen** wurden bislang für den Bereich der Supervision in der Psychiatrie **5** Studien (ges. n = **1200**) durchgeführt (D 2, Ch 1, Au 1, No 1), für den Bereich Altenarbeit **3** (ges. n = **355**; Au, D, Ch, vgl. *Petzold, Müller, König* 2007), Krankenhaus **1** (n = **316**, Ch, *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2006), Heil-/Behindertenpädagogik **1** (Ch) *Thomann* (2012) n = 162). Von Streuung und Rücklauf waren die meisten dieser Studien für den anvisierten Bereich repräsentativ!“ (*Naujoks, Petzold* 2012).

Es sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass alle in diesem Vorwort zitierten Studien und Arbeiten unter Mitwirkung von Aus- bzw. WeiterbildungskandidatInnen der von mir und KollegInnen (Prof. Dr. Brigitte Schigl, Prof. Dr. Robert Masten) geleiteten Studiengänge an der DUK Krems, der EAG Hückeswagen, FU Amsterdam, Nosko Oslo, Stavanger, Uni Lubljna erstellt wurden, was zeigt, dass auch in der Supervision Forschung, Lehre und Praxis verbunden werden können.

Die hier vorgelegte Studie von Andreas *Collenberg* (2016 DUK) hat das im Bereich Sucht und Supervision neuerlich für die Schweiz bestätigt.

Es stellt sich bei einer so ähnlichen Studienlage, die Frage, was das wohl mit der Art der Supervision zu tun hat. Feinanalysen lassen vermuten, dass *life supervision* und videogestützte Supervision etwas bessere Ergebnisse zu haben scheinen als die hierzulande übliche „*reported supervision*“ über mündlichen Bericht laufende Supervision. Da aber diese Formen der Direktsupervision bislang hierzulande kaum praktiziert werden, ist es schwierig an genügend Daten zu kommen. Vergleichende Untersuchungen wären dringend erforderlich. Mit Blick auf die Forschung zu Gedächtnis und Erinnerung kann man auf jeden Fall *n i c h t* davon ausgehen, dass das, was in den Lehrsupervisionen/Supervisionen berichtet wird, die Situation von SupervisandInnen und Klientinnen/PatientInnen *hinlänglich genau oder korrekt wiedergibt*, zumal es in der Regel an standardisierten Beobachtungsfolien fehlt.

Vgl. aber:

*Linz, S., Ostermann, D., Petzold, H.G.* (2008): „Qualitätssicherung und Dokumentation von Supervisionsprozessen“ – Metahermeneutisch fundiertes Erfassen von Supervisionsverläufen mit einem strukturierten „Supervisionsjournal“ in der „Integrativen Supervision“. In: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 11/2008 – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-11-2008-linz-s-ostermann-d-petzold-h-g.html>.

*Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Ratz, C.* (2011): D A S S U P E R V I S I O N S J O U R N A L - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit. .: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html>.

Außerdem gibt es überwältigende Evidenz, dass ohne **Feld-** und **Fachkompetenz** (beides muss differenziert werden, was meist nicht geschieht!!) zuzüglich zu einer guten **allgemeinsupervisorischen Kompetenz** keine guten Ergebnisse möglich sind, in Sonderheit für das PatientInnen-/KlientInnensystem! Aber das will eine bestimmte KollegInnenschaft seit Jahrzehnten nicht hören!

Ein Beispiel, das einfach naheliegend ist, macht das deutlich: ohne solides kinderpsychologisches/kindertherapeutisches Wissen kann man im Kinderbereich – z. B. in Kitas mit 50/60% verhaltensauffälliger Kinder – keine gute Supervisionsarbeit machen. Die Arbeit von *Ute Hesselmann* macht die Notwendigkeit von Feld- und Fachkompetenz deutlich:

*Hesselmann, U.* (2017): Konzepte und Methoden der Integrativen Supervision für feld- und fachkompetente Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Supervision 2/2017; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2017-hesselmann-u-integrative-supervision-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie.html>

Es gibt bislang in der Supervisionsforschung keine robusten, *evidenzbasierten* Nachweise für Burn-Out-Prophylaxe durch Supervision (und durch welche Form) usw. usw. Eine der solidesten Studien dazu stammt mit der Arbeit von *Tim Sturm* (2016) aus unserem DUK-Studiengang (<http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2016-sturm-tim-burnout-in-der-it-branche-sind-reflexion-coaching-und-supervision-wirksame.html>)

Aber so arbeiten muss man erst einmal können. Und – dann muss man auch zu dieser Studie kritisch sagen: ein großes **n** hat sie, aber keinen kontrollierten Wirksamkeitsnachweis. Der kommt dann hoffentlich noch.

Für das **Coaching** gibt es praktisch nichts an Evidenzbasierung – siehe den höchst kritischen (fachlich guten) Wikipedia-Artikel „Coaching“. Im DGSv-Web-Auftritt steht aber, dass „Supervision und Coaching **wissenschaftlich fundierte** Methoden“ seien. Für das Coaching ist das eine glatte Falschaussage, die so der Forschungslage nicht entspricht und dabei die theoretische und forschungsbegründete Bonität der Supervision dem Coaching durch das „und“ gleichstellt. Auch das entspricht nicht der Realität und geht zu Lasten der Supervision. Um welche Art des „Coachings“ es sich dabei handelt, wird auch nicht expliziert. Da hier ausgebildete SupervisorInnen „coachen“, könnte man vielleicht von „**supervisionsgestütztem Coaching**“ sprechen. In den „Coaching meets Research-Tagungen“ ist bislang nichts an soliden Wirksamkeitsnachweisen für Coaching präsentiert worden, auch nicht von Seiten supervisorischer Coaches, die da noch gar nicht recht sichtbar geworden sind. Ausserdem ist zu fragen, wie die Supervisions-Community, deren eigene Forschungslage ja noch keineswegs konsolidiert ist und weiter hohe Investitionen erfordert, es jetzt auch noch „stemmen“ will, die Wirkungen und Nebenwirkungen (beides muss ja heute überprüft werden) von „supervisionsfundiertem Coaching“ empirisch zu beforschen und in der Theorienbildung seriös – moderne Sozialpsychologie einbeziehend – zu entwickeln (vgl. *Petzold* 2016m).

Was ist hier in dieser Situation zu tun? Interventionen müssen in breiter Weise mit guter sozialwissenschaftlicher Methodik „**evidenzbasiert**“ untersucht werden. Und Wirkungsnachweise sind letztlich nur mit **quantitativen, kontrollierten** Studien zu erbringen, sie können ja durchaus mit qualitativen Untersuchungen ergänzt werden. Aus den schon vorliegenden Studien müssen Konsequenzen in konkreter Umsetzung gezogen werden und es müssten Nachschulungen erfolgen. All das vertrete ich seit



Jahrzehnten und bemühe mich zu den Bereichen mit meinen Arbeitsgruppen an verschiedenen Universitäten Multicenterstudien (also an verschiedenen Orten replizierte Studien) zu liefern, aus denen man Nutzen für die Supervision ziehen kann. Wir haben auch Instrumente der Qualitätsentwicklung wie die Supervisions-Journale oder feldspezifische Methodiken erarbeitet.

Ich gebe auch dafür einmal exemplarisch Beispiele: zwei Supervisionsjournale aus verschiedenen Bereichen:

*Hesselmann, U.* (2016): Entwicklung und Realisierung eines Projektes mit Patienten im Rahmen einer erst vor kurzem veränderten Krankenhaushierarchie. *Supervision* 4/16 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2016-hesselmann-ute-entwicklung-und-realisation-eines-projektes-mit-patienten-im-rahmen.html>

*Reichle, S. C., Petzold, H. G.* (2017): Integrative Supervision in der Schulsozialarbeit - Supervisionsjournale und „zirkuläre Rückmeldungen“ (*Petzold*). *Supervision* 2/2017. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/index.php>

Ein Beispiel, das einfach naheliegend ist, macht das deutlich: ohne solides kinderpsychologisches/kindertherapeutisches Wissen kann man im Kinderbereich – z. B. in Kitas mit 50/60% verhaltensauffälliger Kinder – keine gute Supervisionsarbeit machen. Die Arbeit von *Ute Hesselmann* macht die Notwendigkeit von Feld- und Fachkompetenz deutlich:

*Hesselmann, U.* (2017): Konzepte und Methoden der Integrativen Supervision für feld- und fachkompetente Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, *Supervision* 2/2017; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2017-hesselmann-u-integrative-supervision-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie.html>

Das gilt auch für viele andere Bereiche: die Forensik, die Sucht, die Gerontologie, der Behinderten-Bereich etc. Zu all dem liegen Studien vor, die Bedenkliches aufzeigen: Positive Ausnahme sind die Untersuchungen zur Telefonseelsorge mit großem *n* und durchweg für diesen Bereich **feld-** und **fachkompetenten** Supervisorinnen: hier sind die Ergebnisse gut!

*Ertel, F., Jakob-Krieger, C., Petzold, H. G.* (2009): SUPERVISION ALS RESSOURCE VON TELEFONSEELSORGE Eine Felderkundung zur Rolle und Bedeutung von Supervision mit Ehrenamtlichen in der Telefonseelsorge aus Integrativer Sicht. *Supervision* 06/2009 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-06-2009-ertel-f-jakob-krieger-c-petzold-h-g.html>

*Hollmann, G., Petzold, H. G.* (2017): SUPERVISION ALS RESSOURCE VON TELEFONSEELSORGE. Eine Felderkundung zur Rolle und Bedeutung von Supervision mit Ehrenamtlichen in der Telefonseelsorge aus Integrativer Sicht. *Supervision* Jg. 2017. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/index.php>

Besorgniserregend sind Risiken und Nebenwirkungen von Supervision, wie die Forschung zeigt. Eine Übersicht gibt Prof. Dr. *Brigitte Schigl*:

Schigl, B. (2016): Wie gefährlich kann Supervision sein? Perspektiven in ein Dunkelfeld. *Supervision* 02/2016. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2016-schigl-brigitte-wie-gefaehrlich-kann-supervision-sein-perspektiven-in-ein-dunkelfeld.html>

Erhard, Petzold (2014) Wenn Supervisionen schaden – (eine erste Dunkelfeldstudie in der Supervision). *Supervision* 3/2014; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhhardt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>

Gravierend sind auch theoretische Probleme: In der Supervisionsliteratur finden sich kaum Bezüge auf **sozialpsychologische Theorie und Forschung** - nicht zu reden von *social neurosciences*. Ohne diese Bezüge sind aber viele Phänomene nicht wirklich zu verstehen. Es gibt keine Studien, ob Lehrsupervisionen das bringen, was man ihnen zuschreibt. Das neue Buch von Freitag-Becker et al. 2017 – nach 20 Jahren ein erster Anlauf – bringt auf 380 Seiten keinen einzigen evidenzbasierten Nachweis für Wirkungen, sondern es ist **ein Dokument extremer Heterogenität** in der Lehrsupervision. Das ist der „state of the art“. Auch liegen Probleme in Theorie und Methodik mit **rechtlichen Implikationen** auf dem Tisch, was Verschwiegenheit und das „Transparenzdilemma“ anbelangt, Fragen, die dringend für die Lehrsupervision angepackt werden müssen und die in diesem Buch nicht die Beachtung erhalten, die sie verdienen, denn an ihnen hängt auch das Problem, unter welchen Kautelen „Lehrsupervision“ sich überhaupt in einem „rechtlich unbedenklichen“ Rahmen bewegt.

Grundlegend zur Sachlage und lange vor diesem Buch zugänglich (Petzold 2015n/2016m), aber in ihm nicht berücksichtigt ist meine Arbeit zur Lehrsupervision und ein Grundsatzartikel zum „Transparenzdilemma“:

Petzold (2016m/2015n): Lehrsupervision <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-2016m-lehrsupervision-verantwortung-forschung-anmerkungen-zukunftsperspektiven-07-2016pdf.pdf>

Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Sieper, J. (2016): Theoriegeleitete Arbeit und Prozesstransparenz im „biopsychosozialökologischen“ Ansatz der „Integrativen Supervision“ – Perspektiven für SupervisorInnen zum „Transparenzdilemma“ (nicht nur) im Kontext „Sozialtherapie Sucht“ *SUPERVISION* Jg. 1/2016 <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-orth-petzold-sieper-theoriegeleitete-arbeit-prozesstransparenz-transparenzdilemma-sup-01-2016.pdf>

Zur gegenwärtigen Problemlage der Supervision, ihrer Qualität und Wirksamkeit gibt der oben per Link zugängliche Aufsatz zur „Lehrsupervision“ eine gute Übersicht.

Untersuchungen wie die hier von Collenberg vorgelegte dokumentieren „**prekäre Qualität**“ und dienen dazu, ein **Qualitätserreichen** (*quality attainment*), **Qualitätssicherung** (*quality assurance*) und **Qualitätsentwicklung** (*quality development*) voranzubringen.

Eine kritische Diskurskultur sollte ja für Supervision kennzeichnend sein, aber das Faktum, dass es in der deutschsprachigen Supervisionscommunity bislang keine Diskussion gegeben hat, die einen **konsensfähigen „Qualitätsbegriff für die Supervision“** als Ergebnis hatte, ist befremdlich. Vielleicht zeigt dieses Faktum aber auch auf, wie schwierig in einem solch heterogenen Feld von Supervision (das

Coaching ist jetzt ja auch noch dazu gekommen) eine solche konzeptuelle Klärung ist. Die international Psychotherapie- und Beratungsforschung hat seit langem für die Qualitätsfragen Standards gesetzt (mit eigenen Fachzeitschriften), Überlegungen und Konzepte, die aber leider im Feld der Supervision bislang noch nicht angekommen sind. Immer noch richtungsweisend ist das nachfolgende Werk, das in der Supervisionsliteratur praktisch nicht zitiert wird.

Vgl. *Laireiter, A.-R., Vogel, H. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag.*

Supervision, die sich forschungsgestützt entwickeln kann, hat – das ist meine Überzeugung – ein hohes Potential an wirksamen Interventionen in vielen Bereichen (in anderen aber mit der herkömmlichen Methodik der „*reported supervision*“ auch nicht, etwa auf der Ebene des KlientInnen-/PatientInnensystems!). Wirksamkeit aber muss nachgewiesen werden und darf nicht Behauptung bleiben. Dazu versuche ich mit meinen KollegInnen und MitarbeiterInnen Beiträge zu leisten – andere leisten die ihren.



Die Studie<sup>1</sup>:

## 1 EINLEITUNG

Die Motivation für die vorliegende Arbeit beruht auf vieljähriger Erfahrung des Autors in den hier untersuchten Arbeitsfeldern. Die sozio-, psychotherapeutische und supervisorische Tätigkeit in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Suchtarbeit hat mich bewogen, die Masterthese diesem Themenfeld zu widmen. Ein zweiter Grund liegt darin, dass damit ein weiteres Feld in der Forschung zu Supervision in der Schweiz erschlossen werden kann. Die grundsätzliche Frage, was denn Supervision bewirkt, auf der PatientInnen-, auf der MitarbeiterInnen-, auf der Institutions- und Organisationsebene, ist dabei trotz auch erfreulichen Rückmeldungen, die meist aber aphoristischer Natur sind, immer wieder aufgetaucht, ohne dass schlüssige Antworten darauf gefunden werden konnten, weil auch kontrollierte Untersuchungen zum Wirksamkeitsnachweis fehlen. Auch diese Studie befragt „nur“ HelferInnen, die als NutzerInnen von Supervision diese subjektiv einschätzen – durchaus eine wichtige Fragestellung. Sie wird hier aufgenommen, weil für die Schweiz – anders als für Deutschland (Naujoks 2012) noch keine solche Erhebung vorliegt. Supervision hat im Verlauf der vergangenen drei Jahrzehnte eine Professionalisierung durchlaufen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten wird sie auf ihren Wirkungsgrad und ihre Nebenwirkungen erforscht. Eine Vielfalt von inhaltlichen und methodischen Fragen steht noch in den Anfängen. Mit der Entwicklung von Theorien zur Praxis soll dem vorhandenen Defizit in der Praxis entgegen getreten werden.

Der theoretische Teil befasst sich mit den Themen, welche die Untersuchung betreffen. Begriffe wie Institution und Organisation werden erläutert, Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung werden in ihren Unterschieden dargestellt. Der Gegenstand der Supervision wird allgemein und das Verfahren der Integrativen Supervision mit ihren wesentlichen sozialpsychologischen Bezügen wie den sozialen Repräsentationen und der Attributionstheorie beschrieben. Ausführungen zu Wirkung und Qualität, Risiken und Nebenwirkungen sowie der aktuelle Forschungsstand finden ebenfalls Eingang im theoretischen Teil. Schliesslich werden das Arbeitsfeld Sucht, die Diversität in der Suchtarbeit sowie das Feld der Suchtarbeit vorgestellt.

---

<sup>1</sup> **Danksagungen:** Prof. Dr. Hilarion Petzold danke ich für die wissenschaftliche Begleitung der Studie. Dr. Maria Seip danke ich für die Unterstützung bei der Auswertung des Fragebogens. Ein besonderer Dank geht an alle Leiterinnen und Leiter der ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen im Suchtfeld, welche den Fragebogen weitergeleitet haben und an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche sich Zeit genommen haben, diesen auszufüllen. Ohne ihre Mitarbeit wäre diese Studie nicht möglich geworden.

Beim empirischen Teil handelt es sich um eine quantitativ-qualitative Fragebogen-Studie zum Thema Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit der deutschsprachigen Schweiz. Der für diese Studie verwendete Fragebogen ist auf MitarbeiterInnen von Einrichtungen der Suchtarbeit auf allen Hierarchiestufen ausgerichtet. Die strukturierte Erhebung von quantitativen Daten soll ein Bild zur Einschätzung der SupervisandInnen betreffend die Supervision in der Suchtarbeit ermöglichen. Erweiterte offene Fragestellungen sollen dazu dienen, einzelne quantitative Merkmale in der individuellen Differenzierung zu betrachten.

### **1.1 Einführende Überlegungen**

Bei der Betrachtung der Situation um die Supervision in der Suchtarbeit in der deutschsprachigen Schweiz fällt auf, dass sich Supervision in diesem Feld weitgehend etabliert hat und überwiegend akzeptiert ist. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass Supervision in diesem Arbeitsfeld als wesentlicher Faktor für die Qualitätssicherung betrachtet wird. Begründet wird dies, nebst dem zunehmend spürbaren Spardruck auf die Einrichtungen mit den entsprechenden Auswirkungen, mit der Wahrnehmung der zunehmenden Komplexität in der Suchtarbeit, sei diese nun klinisch mit Komorbidität oder kulturell mit Diversität begründet. Zudem führt das Bundesamt für Gesundheit nebst einigen weiteren Forderungen Supervision explizit als ein Instrument der Qualitätssicherung auf (vgl. König, Galgano 2013, 12), ohne dies aber auf Forschung abstützen zu können. Selbstverständlich gibt es auch Stimmen, welche den Nutzen der Supervision aus ökonomischen, ideologischen oder empirischen Gründen (bei letzteren zu Recht, weil es dazu kaum Wirksamkeitsstudien gibt) in Frage stellen. In vielen Einrichtungen der Suchtarbeit ist Supervision im Team ein fester und obligatorischer Bestandteil. Interessant wäre es deshalb auch festzustellen, wie die Beteiligung aussehen würde, wenn die Teilnahme freiwillig wäre.

Einen gewissen Aufschluss über den Stellenwert der Supervision kann sicherlich die Erhebung zu den Rahmenbedingungen ergeben. Teams, welche Supervision nur erdulden, weil sie müssen, werden den Aufwand möglichst gering halten. Allerdings kann ein geringes Ausmass an Supervision auch heissen, dass die ökonomischen Gegebenheiten dies nicht zulassen. Eine Supervision ist in der Regel nicht wegen des Honorars der SupervisorInnen kostenintensiv, sondern wegen den kumulierten Gehältern durch Dienstaussfall des Teams während der Supervision.

Zu den SupervisorInnen ist anzumerken, dass davon ausgegangen werden kann, dass überwiegend diejenigen bevorzugt werden, welche über Feld- und Fachkompetenz, d.h. über die Bedingungen des Suchtfeldes Bescheid wissen (vgl. Petzold, Hildenbrand, Jüster 2002, 20 und Siegele, Orth-Petzold, Petzold 2007, 24) und die „social world“ der SupervisandInnen

teilen (vgl. Brühlmann-Jecklin, Petzold 2005, 11). Dies ermöglicht dem Team eine erste Vertrauensgrundlage, birgt aber auch Gefahr, erweiternde Perspektiven auszublenden.

Was die Kompetenz und Performanz der SupervisorInnen anbelangt, muss aufgrund vorhandener Forschungsergebnisse (vgl. Naujoks, Petzold 2012, 8) angenommen werden, dass diese überwiegend hoch eingeschätzt werden. Ganz im Gegenteil wird der Nutzen der Supervision nur von einem Drittel der SupervisandInnen hoch bewertet (vgl. ebd. 7). Interessant wird sein, ob sich für diese Studie derselbe Hinweis auf die Idealisierung der SupervisorInnen ergibt.

Supervision als Veränderungsprozess beinhaltet auch Risiken und kann unerwünschte Nebenwirkungen zu Tage fördern. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies in der Suchtarbeit mit ihrer Komplexität nicht anders ist. Kränkungen, mangelnde Wertschätzung werden v.a. in der Teamsupervision beklagt, am häufigsten wird Demütigung vor den Augen anderer benannt (vgl. Erhardt, Petzold, 2011, S159f).

## **1.2 Ziele und Fragestellungen**

Das Ziel besteht darin, eine Situationsanalyse der Supervision zur Suchtarbeit in der deutschsprachigen Schweiz aus der Sichtweise respondierender SupervisandInnen vorzunehmen. Dies soll mittels eines strukturierten Fragebogens mit quantitativen und qualitativen Fragestellungen geschehen. Nebst der theoretischen Aufarbeitung zentraler Inhalte für die Supervision sollen die quantitativen Daten mittels Abbildungen und Tabellen visualisiert und kommentiert werden, die qualitativen Daten analysiert und beschrieben werden.

Die Fragestellungen ergeben sich aus dem wahrnehmbaren und erlebbaren Kontext der SupervisandInnen. Zentrale Fragestellungen dabei sind:

1. Wie schätzen SupervisandInnen die Kompetenz der SupervisorInnen bezüglich Feld- und Fachkompetenz, methodischem Geschick und Sozialkompetenz ein?
2. Welchen Nutzen konnten die SupervisandInnen in den letzten sechs Monaten aus der Supervision ziehen?
3. Welche Erwartungen haben die SupervisandInnen an die Supervision?
4. Welche Erwartungen haben die SupervisandInnen an die Rolle der SupervisorInnen?

Die Erhebung der Rahmenbedingungen der Supervision soll aufzeigen, welchen Stellenwert Supervision in der Suchtarbeit der deutschsprachigen Schweiz aufweist. Fragen zur aktuellen Person der SupervisorInnen gehen der beruflichen Struktur der Profession SupervisorIn nach. Mit den Fragen nach der Wirkung der Supervision schätzen die SupervisandInnen ihren Nutzen aus den Supervisionssitzungen ein. Wie denn Supervision gestaltet sein sollte, teilen

die SupervisandInnen in ihren Vorstellungen zu Supervision mit. Der Sonderteil Sucht soll die Struktur der befragten Suchteinrichtungen aufzeigen.

### 1.3 Ausgangsthesen

Die vorläufigen Thesen für die Supervision in der Suchtarbeit der deutschsprachigen Schweiz ergeben sich aus den einführenden Überlegungen.

1. Supervision hat sich im überwiegenden Teil der Einrichtungen als Instrument der Qualitätssicherung etabliert. Ein empirischer Nachweis konnte dafür bislang jedoch in keiner Weise erbracht werden.
2. Es sind zum überwiegenden Teil SupervisorInnen mit „Feld- und Fachkompetenz“ tätig. Sie kennen das Feld der Drogenarbeit, ob sie aber dabei auch „fachlich“ auf der Höhe sind, nämlich über aktuelle Suchforschung und Theorieentwicklung à jour sind, ist bislang unbekannt.
3. Kompetenz und Performanz der Supervisorinnen werden überwiegend als hoch eingeschätzt.
4. Der Nutzen der Supervision wird nur zu einem Drittel als hoch eingeschätzt.
5. Als Risiken und Nebenwirkungen werden Kränkungen, mangelnde Wertschätzung und am häufigsten Demütigung benannt.

## 2 THEORIE

Der theoretische Teil befasst sich mit den Begrifflichkeiten des Untersuchungsgegenstandes sowie den Themenbereichen Supervision, Supervisionsforschung und dazugehörigen relevanten sozialwissenschaftlichen Theorien und dem Themenkreis Sucht.

### 2.1 Begriffe

Hier werden die Begriffe Institution und Organisation sowie Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung erläutert.

#### 2.1.1 Institution und Organisation

Im Arbeitsfeld Sucht werden die Begriffe Institution und Organisation häufig beliebig angewendet. Deshalb soll hier kurz auf die Unterscheidungsmerkmale eingegangen werden, um ihn für die Supervision in der Suchtarbeit präzise handhaben zu können.

**Institution:** Der Begriff Institution fasst private und öffentliche Einrichtungen zusammen, welche folgende Merkmale aufweisen: Sie sind durch einen gesellschaftlichen Beschluss, z.B. ein Gesetz, legitimiert. Die gesellschaftliche Arbeit, bestimmt durch Normen und Regelungen, führt zu einer Entlastung und zu einem Nutzen für das Gesamtsystem (vgl. Petzold 2007, 314).

Vereinfacht lässt sich festhalten, dass es sich somit bei allen staatlichen und kirchlichen Betrieben um Institutionen handelt. Da Institutionen stark durch das öffentliche Recht determiniert sind, und Veränderungen oft nur durch Gesetze erwirkt werden können, stellen sie tendenziell eher träge Gebilde dar (vgl. ebd. 315).

**Organisation:** In Organisationen arbeiten Menschen „systematisch auf die Erreichung von Zielen“ hin. Die Organisation ist bestrebt, sich zu erhalten. Dazu werden Dienstleistungen oder Güter hergestellt und möglichst gewinnbringend umgesetzt. Der Freiheitsgrad gegenüber den Einschränkungen der Gesellschaft wird möglichst hoch gehalten (vgl. ebd. 2007, 314).

Im Suchtbereich findet man beide Arten von Einrichtungen. So unterliegt z.B. eine psychiatrische Klinik als Institution dem öffentlichen Recht, während es sich bei einer Vielzahl von „Non-profit-Organisationen“ um freie Verbände handelt, welche den Regeln des „Non-profit-Marktes“ ausgesetzt sind. Ihre Abhängigkeit besteht darin, dass Sie oft auf Spenden der öffentlichen Hand angewiesen sind (vgl. ebd. 315).

### **2.1.2 Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung**

Supervision: Supervision wird von Petzold in vier Bereichen geortet und differenziert (vgl. Petzold 2007, 25). Diese werden hier in ihren Hauptbestandteilen aufgeführt. Erstens ist sie eine „interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation“. Zentral sind dabei die Konzepte Mehrperspektivität, Exzentrizität, aktionale Analyse, systematische Reflexion und Ko-respondenz. Zweitens ist sie „ein interaktionaler Prozess, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen bewusst, transparent und veränderbar gemacht werden“. Das Ziel besteht in der Verbesserung der Kompetenz und Performanz und in der Steigerung der Effizienz. Drittens, als Praxisstrategie, geschieht Supervision „in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Ganzheit, ihrer Struktur, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben“. Viertens liefert sie als „sozialphilosophische fundierte Disziplin“ die Legitimation als „praxisgerichtetes Reflexions- und Handlungsmodell“ für die Sicherung und Förderung von Effizienz und Humanität.

Für Supervision heisst dies also, dass es unerlässlich ist, die komplexe Realität der Institutionen und Organisationen, die in diesen Bereichen arbeitenden Menschen und die KlientInnen mit ihren je spezifischen Störungsbildern im Suchtbereich aus vielfältigen Perspektiven zu betrachten, damit Wirklichkeit möglichst umfassend wahrnehmbar und fassbar wird. Die gewonnenen Erkenntnisse müssen theoretisch eingebettet werden, um mit spezifischen Methoden gezielt handelnd einwirken zu können. Erklärungsmodelle müssen flexibel gehandhabt werden und somit ermöglichen, dass unterschiedliche Professionen ihre Sichtweisen integrieren können. Damit soll umfassende berufliche Kompetenz und Performanz

gefördert werden mit dem Ziel, den Berufsalltag wirkungsvoll und human zu gestalten.

**Coaching:** Schreyögg unterscheidet Supervision und Coaching bezüglich drei Aspekten, wobei hier wegen des sich gewandelten Begriffes „Coaching“ nur deren zwei aufgegriffen werden.

1. Supervision richtet sich an die Personengruppe der Geführten, während Coaching sich an die Führungskräfte richtet (vgl. Schreyögg 2003, 217).

Primär könnte danach also gesagt werden, dass ein Supervisor im Suchtbereich sich v.a. mit dem Klientel und dem Arbeitsfeld der MitarbeiterInnen auskennen sollte. Dies wäre jedoch zu kurz gegriffen, weil das Konzept der Führung und die vorhandenen Strukturen massgeblich die Möglichkeiten der Performanz der Mitarbeitenden beeinflussen, so dass eine verkürzte Sichtweise des Kontextes erfolgen würde.

2. Supervision fokussiert auf die persönliche Entwicklung der MitarbeiterInnen und Coaching auf die Förderung von Funktionsträgern (vgl. Schreyögg 2003, 220).

Hier sollte eine Differenzierung vorgenommen werden. Förderung und Entwicklung muss sowohl bei den MitarbeiterInnen und den Führungskräften stattfinden, sowohl bezüglich personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz (Petzold 1998, 28), wobei der Gegenstand der Betrachtung unterschiedlich ist.

**Organisationsentwicklung:** Der Prozess der mehrperspektivischen Beobachtung, Koreflexion und Interventionen auf verschiedenen Ebenen ist kennzeichnend für die Organisationsentwicklung. Es soll eine flexible und dynamische Organisationskultur aufgebaut und unterstützt werden. Voraussetzung dafür ist eine möglichst optimale Konnektierung von zur Verfügung stehenden Strategien der Problemlösung, Ressourcen und Potentialen. Dabei spielen Ko-respondenzprozesse eine zentrale Rolle, um passende Entscheidungen zu treffen, damit Kontinuität und Stabilität gewährleistet werden kann. Wesentlich ist, dass Mut zur Mobilisierung und Innovation aufgebracht wird, welche in eine erneute Konsolidierung führen sollen. In dieser „paradoxalen Dynamik“ liegt der Schlüssel für eine erfolgreiche Organisation als lernendes System mit einem hohen Emergenzpotential. Eine kompetente und wirksame Organisationsberatung und -entwicklung sollte mit dieser „paradoxalen Dynamik“ umgehen können, da in ihr die Effizienz von Organisationen als lernende Systeme mit einem hohen Emergenzpotential an Selbststeuerung, Erhaltung und Entwicklung liegt. Das Ziel der Organisationsentwicklung besteht in der Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation und einer Verbesserung der Qualität des Arbeitsalltages (vgl. Petzold 1998, 314).

Eine Unterscheidung dieser drei Gefässe auf dem realen Beratungsmarkt ist nicht einfach. So ist beispielsweise Coaching zu einem Modebegriff geworden. Dies hat bewirkt, dass Beratungsangebote, die vor ein paar Jahren noch als Supervision oder Teamsupervision

bezeichnet wurden, aktuell mit Coaching und Teamcoaching betitelt werden. Damit entzieht sich Coaching auch der bis anhin nur spärlich vorhandenen Forschung. Zudem existieren für Coaching keine soliden Methodiken für den Suchtbereich.

## 2.2 Supervision

Nebst einem Abriss zum Begriff und zur Geschichte von Supervision soll hier spezifischer auf die Integrative Supervision, die sozialwissenschaftlichen Theorie der sozialen Repräsentation und die Attributionstheorie als Folien der Erklärung eingegangen werden. Fragen nach der Wirkung und Qualität der Supervision werden thematisiert, ebenso ihre Risiken und Nebenwirkungen und der aktuelle Forschungsstand.

### 2.2.1 Begriff und Geschichte

Die historischen Befunde werden von Petzold (2005e, 7f) dargestellt, danach existiert der Begriff "supervisor" im klassischen Latein nicht, stattdessen steht der Begriff "inspector". Weitere sprachgeschichtliche Ableitungen führen zur hauptsächlichen Begriffsbedeutung der Kontrolle. Wie es sich zeigt, wird die weitere Entwicklung des spätlateinischen Begriffs „supervisio“ vom 14. bis ins 19. Jahrhundert nicht in den romanischen Sprachen aufgenommen und weiterentwickelt, sondern findet seinen Niederschlag erstaunlicherweise im englisch-irischen Sprachgebrauch. Daraus entwickelt sich auch der moderne Supervisionsbegriff, welcher sich in dieser Tradition in den deutsch- und französischsprachigen Raum übertrug. Des Weiteren wird aufgezeigt wie sich, ausgehend vom griechischen Altertum, staatliche und kirchliche Dienstleistungen entwickelten. SupervisorInnen übernahmen die Funktion von Hilfeleistung und Kontrolle. Diese Tradition setzte sich im 19. Jahrhundert vor allem im Armenwesen und den dazugehörigen Feldern Administration, Wirtschaft, Politik und schliesslich auch in den psychosozialen Feldern fort. Die Bedeutungen Überwachung der Qualität, Überprüfung, Kontrolle blieben erhalten. Diese Konnotationen erschweren bis heute, dass das psychosoziale Konzepte von Supervision in der Wirtschaft aufgenommen wird (vgl. ebd. 9).

### 2.2.2 Integrative Supervision

Für die Definition von Supervision wird auf den Beginn des Kapitels 2.1.2 verwiesen. Die theoretischen Belege für die Integrative Supervision sind im "Tree of Science" zusammengefasst. Theorien und Methoden sind anthropologisch und erkenntnistheoretisch begründet. Die theoretischen Bausteine sind mannigfaltig. Verwiesen sei hier nur auf den deutschen Philosophen Edmund Husserl als Begründer der Phänomenologie sowie Maurice Merleau-Ponty mit einer Metatheorie, welche für die Praxis von Supervision, wie überhaupt,

fundamental ist und für die Gestaltung von Prozessen der Ko-respondenz steht (vgl. Petzold 2007, 130 ).

Zentral für die Handlungen der SupervisorInnen ist die differenzierte Exploration der supervidierten Arbeitsfelder, um adäquate theoretische und praktische Perspektiven zu entwickeln. Es wurde ein mehrperspektivisches Modell entwickelt, welches sich auf den Arbeitskontext fokussiert, welches unter dem Begriff „Dynamic Systems Approach to Supervision“ bekannt ist. Diese für die Supervision relevante mehrperspektivische Schau umfasst u.a. institutionelle Rahmenbedingungen sowie übergeordnete ökonomische, politische und soziale Einflussfaktoren wie auch historische Diskurse (vgl. ebd. 184).

In der anthropologischen Sichtweise der Integrativen Supervision ist auch die ethische Positionierung begründet. Der Einsatz für das Gemeinwohl, die Achtung der Freiheit und Würde und Integrität des Andern, der humanistische Auftrag und die Geisteshaltung, welche Menschenliebe als Haltung des Denkens und Handelns verpflichtet (vgl. Petzold, Orth 2013a, 50f).

### 2.2.3 Soziale Repräsentationen

Von zentraler Bedeutung für die Supervision ist die sozialpsychologische Betrachtungsweise, insbesondere das Konzept der „sozialen Repräsentationen“. Ausgehend vom Konzept der „représentations sociales“ von Moscovici (1976) erweitert Petzold (vgl. Petzold 2012q, 476) diese vor allem kognitiv eingefärbte Theorie für interventives Geschehen in Beratung, Supervision und Therapie zur Theorie der „komplexen sozialen Repräsentationen“:

„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-respondenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln“ (vgl. ebd. 476).

Verkürzt ausgedrückt geht also darum, dass sich Gemeinschaften mittels Systemen von Werten, Ideen und Praktiken „ihre Welt“ schaffen, sich darin orientieren und darüber kommunizieren. Die „komplexen sozialen Repräsentationen“ beziehen sich auf spezifische „social communities“, Menschengruppen, Netzwerke mit den zugehörigen Mitgliedern, welche ihre Sicht auf die Welt teilen (vgl. Hass, Petzold, 1999 in Petzold, Schigl 2003, 25). Die Repräsentationen bieten nebst kognitiven auch emotionale und volitive Orientierung. Mittels der Theorie der komplexen sozialen Repräsentationen wird deutlich, wie geteilte Sichtweisen Kognitionen, Emotionen, Handlungen und Entscheidungen beeinflussen. Bei den komplexen persönlichen Repräsentationen handelt es sich um „serielle Hologramme“, Bilder mit all den gespeicherten lebensgeschichtlichen Erfahrungen, „verkörperte Bilder“, welche in den Kompetenzen und Performanzen des Individuums wirksam werden (vgl. Petzold 2012q, 476).



Derartige komplexe soziale und persönliche Repräsentationen sind auch im Supervisionsgeschehen aktiv. Die beiden Theorien müssen verbunden gesehen werden. Wenn eine unzureichende „Passung“ vorliegt, z.B. zwischen Menschen unterschiedlicher „social worlds“ ganz allgemein, unterschiedlichen Berufsgruppen, verschiedenartigen therapeutischen Schulen, so ist das Potential für Konflikte gross, dies muss auch im Austausch zwischen SupervisorIn und SupervisandIn beachtet werden (vgl. ebd. 478).

Die komplexen sozialen Repräsentationen wirken sich ebenso auf die Forschungsergebnisse aus. Verständlich wird dadurch auch, dass bei Gemeinschaften, welche schwach strukturiert sind, die Übereinstimmung gering ist, was für Fachverbände im Sozialbereich mit ihren heterogenen Gemeinschaften in der Regel gilt. Deshalb sind übergreifende Qualitätsstandards, welche die formalen Kriterien übersteigen, kaum realisierbar. Dies äussert sich dementsprechend in Untersuchungen zur Supervision, welche grosse Unterschiede in den Ergebnissen zeigen (vgl. Petzold / Schigl 2003, 25).

Aus den genannten Gründen ist es unerlässlich, dass SupervisorInnen die Arbeitsfelder, in denen sie tätig sind, explorieren, sich mit den komplexen sozialen Repräsentationen, welche in den Institutionen und Organisationen und ihren MitarbeiterInnen, Teams und Teilteams innewohnen, bekannt machen. Es geht darum zu eruieren, welchen Diskurs ein Team führt, auf welchen Referenzrahmen sie sich beziehen.

Solche Diskurse finden sich dann beispielsweise auch in den Konzepten von Einrichtungen, sie sind in Ko-respondenzprozessen zwischen Einzelnen oder Gruppen eines Arbeitsfeldes entstanden (vgl. Petzold, 2002, 2). Niederschlag findet dieser Diskurs in Konzepten, die auf der Grundlage von Ko-respondenzprozessen zwischen Individuen bzw. sozialen Gruppen in einem Feld hervorgehen (ebd. 2).

Für die Supervision ist zu beachten, dass nicht nur unterschiedliche Felder heterogen sein können, sondern auch ein Feld in sich, z.B. unterschiedliche Institutionen der stationären Suchttherapie, wenn die kollektiven sozialen Repräsentationen auf verschiedenen Referenzen, z.B. systemischen oder verhaltenstherapeutischen, beruhen. Feldkompetenz alleine reicht also nicht aus, um Interventionen angemessen zu gestalten. Dies schliesst mit ein, dass SupervisorInnen ihre eigenen Bezüge und Lücken kennen und reflektieren müssen. Verschiedenartige Sichtweisen zwischen verschiedenen Gruppierungen und Individuen müssen also ausgetauscht werden können, so dass Affiliation und Commitment wirksam werden (vgl. ebd. 2002, 9).

Die Kompetenz im Feld entscheidet oft darüber, ob ein Supervisor einen Auftrag erhält oder nicht. In einer Studie konnte belegt werden, dass felderfahrene Coachs überwiegen (vgl. Petzold, Hildenbrand, Jüster 2002, 20), was auch für Supervision zutreffen dürfte.

#### 2.2.4 Attributionstheorie

Menschen, also auch SupervisandInnen und SupervisorInnen nehmen Ursachenzuschreibungen vor. Damit wird eigenes oder fremdes Verhalten erklärt. Attributionstheorien beschreiben die Art und Weise der Ursachenzuschreibungen.

Bei der Durchführung von Supervision in einer Einrichtung finden Attributionen statt. So kann sich ein Team z.B. einen wertschätzenden Umgang miteinander attribuieren (Selbstattribution) oder eine Besucherin von aussen stellt fest, dass das Team einen wertschätzenden Umgang miteinander pflegt (Fremdattribution). Die Besucherin könnte jedoch auch dem Team mangelnde Konfliktfähigkeit zuschreiben (negative Konnotation). Ebenso verhält es sich mit den Zuschreibungen an die Supervision. Positive Erfahrungen führen zu einer hohen Identifikation, negative Erfahrungen zu Ablehnung (vgl. Petzold 1998, 226).

Wenn nun jemand einer realen Wirkung eine oder mehrere Ursachen zuschreibt, spricht Flammer von Kausalattribution (vgl. Flammer 1990, 35). Erlebnisse bestimmen dann in der Folge die Wahrnehmung und Verarbeitung und bestimmen das Verhalten. Attributionen wirken also prospektiv. Neben dem Wahrnehmen und Verarbeiten von Erlebtem wird auch das Verhalten von dem entsprechend zu Erwartenden beeinflusst. Die Wirkung von prospektiven Kausalattributionen auf das menschliche Handeln ist hoch. Was oft als logischer Prozess bewertet wird, ist häufig jedoch mit Verzerrungen der Wahrnehmung behaftet bzw. der Unfähigkeit, zur Verfügung stehende Informationen adäquat einzuordnen.

Für die Einschätzung der Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit, d.h. die Zuschreibungen der SupervisandInnen an die Supervision ist die Attributionstheorie deshalb von erheblicher Bedeutung.

In den Studien zur Supervision zeigt sich das Bild einer idealisierenden Expertenorientierung, Damit kommt auch die Macht der Experten zum Ausdruck. Expertenmacht ist sowohl auf Seiten der SupervisandInnen gegenüber den KlientInnen vorhanden (vgl. Petzold 2009d in Naujjoks, Petzold 2012, 7) wie auch auf Seiten der SupervisorInnen als Kontrolle über die Supervidierten (vgl. Petzold 2009d in Naujjoks, Petzold 2012, 7). Den SupervisorInnen wird zumindest vorläufig noch hohe Kompetenz und ein hohes Image attribuiert (Naujjoks, Petzold 2012, 7).

#### 2.2.5 Wirkung und Qualität

Supervision soll die fachliche Qualität der Arbeit in verschiedenen Berufen sichern, sei dies in therapeutischen, psychologischen, pädagogischen oder medizinischen Feldern. Sie dient der Entwicklung von Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen) sowie Performanzen (Fertigkeiten, Können). Es sollen fachliche Kenntnisse in die Praxis umgesetzt werden – die Qualität der Praxeologie als „Wissenschaft von der Praxis“ (Orth, Petzold 2004) soll also gefördert werden,

ebenso die Performanz. Besondere Bedeutung soll dabei der Umsetzung der Performanz verliehen werden – Wissen z.B. zu Praxisfeldern allein reicht nicht – Supervision muss aufzeigen, muss angepasst an das Praxisfeld und das Klientensystem integriert werden können.

Drei „Kompetenz-Performanz-Rahmen“ sind dabei zu berücksichtigen:

1. **Allgemeinsupervisorische Kompetenz/Performanz:** Diese betrifft einerseits das SupervisandInnensystem mit vielfältigen Themenbereichen wie z.B. Gruppendynamik oder Reaktanz, andererseits das KlientInnen/PatientInnensystem, welche u.a. empathisches Erfassen abverlangt, um die Supervisanden in ihrer Zielfindung und ihrem Prozess Unterstützung bieten zu können.
2. **Feldkompetenz und Feldperformanz:** Diese meint das Wissen und Können des Supervisors.
3. **Fachkompetenz:** Fachkompetent ist ein Supervisor, wenn er Bescheid weiss über die wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche in einem Feld umgesetzt sind (vgl. Erhardt, Petzold 2011, 140f).

Zu unterscheiden sind also zwei grundlegende Begrifflichkeiten, Feldkompetenz und -performanz und Fachkompetenz, welche auch immer wieder unscharf gehandhabt werden. Bei der Feldkompetenz geht es um das Wissen, welches sich SupervisorInnen über die Bedingungen des Feldes, hier des Suchtfeldes (z.B. die Dynamiken, welche in multiprofessionellen Teams wirksam werden), angeeignet haben, die Feldperformanz ist auf das Können ausgerichtet, die Anwendung von Praxen und Methoden im Suchtfeld (z.B. Methadonabgabe oder systemische Beratung). Die Fachkompetenz verweist auf das Wissen bezüglich des umgesetzten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes im Suchtfeld, z.B. ätiologische Erkenntnisse über Sucht.

Dabei sollen die arbeitenden Menschen im Mittelpunkt stehen, Qualität orientiert sich an den klassischen Gütekriterien Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, letztere meint, dass die wirtschaftlichen Gegebenheiten bei der Umsetzung von Massnahmen berücksichtigt werden sollen (Kierein, Leitner 2004 in ebd. 2011, 141) sowie Unbedenklichkeit (Petzold, 2001d in ebd. 2011, 141), d.h. der Supervisor soll Interventionen derart handhaben, dass Unbedenklichkeit gewährleistet ist.

In den Ländern zertifizieren die zuständigen Verbände – in der Schweiz der Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (BSO) – die Weiterbildungen in Supervision. Diese können jedoch keine Aussage über die Wirksamkeit und Qualität der einzelnen Verfahren und deren Umsetzung machen, weil sich die Prüfung nur an formalen Standards orientiert. Auch die formalen Standards sind bisher nicht empirisch überprüft worden. Deshalb ist es nicht möglich, festzustellen, ob die jeweiligen Verfahren gute SupervisorInnen ausbilden. Die Wirkung auf den Ebenen des SupervisandInnensystems,

des KlientInnen-/PatientInnensystems und des AuftraggeberInnensystems bleiben also im Dunkeln. Für die Integrative Therapie konnte in verschiedenen Studien eine gute Wirksamkeit eruiert werden (Petzold, Schigl 1996, Schigl, Petzold 1997). Für die supervisorische Kompetenz im Allgemeinen konnten für den pflegerischen Bereich sehr gute Resultate erzielt werden (Orth, Petzold 2010).

#### 2.2.6 Risiken und Nebenwirkungen

Wie bei psychotherapeutischen Behandlungen bergen auch beraterische und supervisorische Tätigkeiten Risiken in sich und können die Interventionen in den verschiedenen Settings Nebenwirkungen haben. Um diese zu verringern, besteht ein erster Schritt darin, dass der Supervisor seine Kompetenzen offen legt und damit die Möglichkeiten und Grenzen der Supervision im Allgemeinen und auch seine persönlichen inhaltlichen und methodischen Begrenzungen offen legt. Diese Transparenz soll begleitet sein von einer akzeptierenden Haltung, eines miteinander Arbeitens auf Augenhöhe, das die SupervisandInnen in ihrer Mündigkeit anerkennt. So müssen auch die angewandten Methoden thematisiert und in ihrer Passung reflektiert werden.

Die Gefahren für die Supervision lassen sich zum Teil aus den Gefahren, welche aus Therapiesettings bekannt sind, ableiten (Märtens, Petzold 2002; Petzold, Müller 2005). Eine eingeeengte Sichtweise, sprich mangelnde Mehrperspektivität, kann dazu führen, dass der öffnende Blick auf die Fragestellung verhindert wird, dass SupervisandInnen in ihrer Problemlage nicht wahrgenommen und verstanden und damit adäquate Lösungen verunmöglicht werden. Interventionen im supervisorischen Kontext können derart zu Unverständnis und Verletzungen führen. Zu beachten ist weiterhin, dass die Grenze in Richtung Psychotherapie nicht überschritten wird, was zur Destabilisierung des Supervisanden führen kann.

**Risikofaktoren:** Es scheint angebracht, in Anlehnung an Schigl (vgl. Schigl 2011, 125) die Begrifflichkeiten in diesem Zusammenhang fassbar zu machen: Der Begriff Risiko beinhaltet, dass eine Intervention sowohl gelingen wie auch misslingen kann. Der Supervisor wägt unterschiedliche Alternativen ab, entscheidet, welche er dem Team präsentiert und unterbreitet damit Vorschläge zu Veränderungsprozessen. Dieses generelle Risiko besteht grundsätzlich bei Interventionen in sozialen Systemen, auch eine unterlassene nicht-Intervention kann ein Risiko darstellen.

Schigl (vgl. ebd. 115) benennt die aus Experteninterviews gewonnenen Risikofaktoren bei Coaching und Supervision, welche ich hier verkürzt wiedergebe. Risikofaktoren wurden dabei von den Experten als „Gefahrenquellen für mögliche und unerwünschte Nebenwirkungen“ interpretiert.

1. Defizite bezüglich theoretischem Wissen und Ausbildung. Besonders erwähnt werden zu rasche Interpretationen von Beziehungsdynamiken als Übertragung und mangelnde Feldkompetenz v.a. im psychiatrischen und sozialpädagogischen Setting.

2. Die Persönlichkeit des Supervisors prägt die supervisorische Arbeitsbeziehung. Insbesondere Selbstwertdefizite und narzisstische Probleme stellen Risiken dar.

**Fehler:** Fehler können Interventionen sein, welche dem Geschehen nicht gerecht werden, z.B. Unpassendes aufgreifen oder zu offen sind (vgl. ebd. 126). Was die Fehler in der Supervision anbelangt, waren sich die Experten einig, dass Fehler grundsätzlich nicht vermeidbar sind. Als Fehlerquellen genannt wurden mit absteigender Häufigkeit: Selbstüberschätzung, unzureichende Auftragsklärung, Defizit in der Berücksichtigung der Dynamik des Gesamtsystems, Theoriedefizit, Supervision als Psychohygiene, gruppensystemische Interventionen, Defizite in der Feldkompetenz, Defizite in der Fachkompetenz, Defizite in der Passung (vgl. ebd. 116).

**Schäden:** Ein Schaden entsteht, wenn eine Intervention maligne Folgen hat. Der Schaden kann die Organisation als Ganzes, einen Teilbereich oder einzelne SupervisandInnen betreffen (vgl. ebd. 117). Daraus resultierende Schäden können sowohl seitens des Auftraggebers (z.B. Konflikte zwischen Leitung und Team) seitens der SupervisandInnen (z.B. mangelnde Wertschätzung im Team) sowie seitens des Teams (z.B. Verhärtung von Positionen) auftreten. Wenn SupervisandInnen solche malignen Entwicklungen miterleben, kann das Vertrauen in Supervision zerstört werden. Dieselben Ebenen tragen selbstverständlich auch dazu bei, dass Schäden vermieden werden können.

Die Nebenwirkungen lassen sich differenzieren (vgl. Erhardt, Petzold 2011, 144f) in „positive Wirkungen“, „nützliche Nebenwirkungen“ (z.B. Vertrauenszuwachs), „harmlose Nebenwirkungen“ (zeitlich begrenzte Destabilisierung aufgrund eines Veränderungsprozesses), „gravierende Nebenwirkungen“ (es treten Symptome auf oder diese verstärken sich) sowie „Negativeffekte mit Schadensqualität“ (die physischen, psychischen oder sozialen Schäden und/oder Schäden materieller Art haben Auswirkungen, derart, „dass ein Nachteil durch Minderung oder Verlust an Gütern eingetreten ist“) (vgl. ebd. 145).

Die Dunkelfeldstudie (vgl. ebd. 148ff), eine quantitativ-qualitative Studie, befasst sich mit Verletzungen von betroffenen SupervisandInnen in der Supervision und Lehrsupervision. Kränkungen durch unbedachte Interventionen seitens des Supervisors wurden insbesondere dann verinnerlicht, wenn die Gefühle der SupervisandInnen durch SupervisorInnen abgewertet wurden. Am häufigsten und ausgeprägtesten geschehen Verletzungen in Teamsupervisionen (60%). Dabei ist Demütigung der häufigste angegebene Grund.

Eher zuerst als zuletzt sollte bezüglich des Schädigungspotentials an die PatientInnen gedacht werden. In diesem Zusammenhang muss auf das „Transparenzdilemma“ von SupervisorInnen verwiesen werden. Nach Petzold (vgl. Petzold 2016, 3) müssen Verschwiegenheit sowie PatientInnenschutz unabdingbar eingefordert werden und zwar aus dreierlei Gründen:

1. Die Schweigeverpflichtung fordert nach dem „Respekt vor der Integrität“ des Anderen. Auf dieser Grundlage können klare und konstruktive Interaktionen stattfinden.
2. Der klinische Aspekt bezieht sich darauf, dass mit der fehlenden Transparenz sich ein „unsichtbare dritte Person“ im Behandlungsprozess dazu gesellt, welche wirksam ist und dies wird häufig mit der Veränderung der Behandlungsstrategie von den PatientInnen auch bemerkt, ohne dass sie dies konkret verorten können.
3. Methodisch wird darauf hingewiesen, dass nicht Anonymisierung oder Formulare förderlich für die Prozesse sind, die Prozessdarstellung in der Supervision selber muss Thema sein, damit allfällige „szenische Reproduktionen“ wie z.B. immer wieder übergangen worden zu sein oder Machtdynamiken, welche sich auch auf den Supervisor übertragen können, thematisiert werden können.

Es wird deutlich, dass Transparenz in der Supervision auf allen diesen Ebenen eine Notwendigkeit ist. Tatsache ist jedoch, dass die bis anhin hervorgebrachten Studien zeigen, dass das Einverständnis der PatientInnen nur von einem geringen Teil der SupervisorInnen eingehalten wird (z.B. Schay, 2006). Wenn Menschen erfahren oder erahnen, dass Geheimnisse von Ihnen weitergegeben werden, ohne dass sie ihre Zustimmung gegeben haben, führt dies zu Verletzungen bis hin zu Schädigungen, wie Erhard/Petzold (2011) dies in ihrer Dunkelfeldstudie aufzeigen konnten.

### 2.2.7 Forschungsstand

Im supervisorischen Feld besteht eine grosse Heterogenität. Dies betrifft sowohl die angewandten Methoden wie auch die Praxeologien. Dies gilt sowohl für die Schweiz, hier wird Supervision durch den Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (BSO) vertreten, wie auch international, wie die erste Metastudie zu empirischen Untersuchungen zur Supervision zu Tage brachte (Petzold, Schigl 2003), welche dringend wiederholt werden muss, was aktuell geschieht. Die Heterogenität erschwert empirische Untersuchungen dieses Gegenstandes. Die konzeptuellen Herangehensweisen sind zu unterschiedlich, so dass Aussagen über die Wirkungsunterschiede im Gesamten nicht möglich sind. Dafür wären vergleichende Studien zwischen den einzelnen Verfahren und unterschiedlichen Settings wie Gruppensupervision, Teamsupervision und Fallsupervision notwendig.

Schay, Dreger, Siegele (2006) haben wie in der vorliegenden Studie ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der Rehabilitation von Drogenabhängigen untersucht, dabei jedoch auf Einrichtungen in Deutschland fokussiert, welche vor allem das Verfahren der Integrativen Therapie anwenden (vgl. Schay 2006, 249). Nebst den spezifischen Merkmalen und Zielen des Integrativen Ansatzes sind diese Einrichtungen durch die Vernetzung in einem „Drogenhilfesystem“ gekennzeichnet, um differenzierte Möglichkeiten der Behandlung zu ermöglichen (vgl. ebd. 204ff). Problem- und Ressourcenorientierung werden dabei verbunden, protektive Faktoren systematisch erschlossen und bewusst Risiko- und Belastungsfaktoren reduziert (vgl. ebd. 250). Die zentrale Fragestellung war in dieser Studie darauf ausgerichtet, wie wirkungsvoll Supervision für die PatientInnen in Einrichtungen der Drogentherapie ist. Befragt wurden sowohl SupervisorInnen (N=7), SupervisandInnen (N=26) wie auch KlientInnen (N=110), davon Behandlungsverläufe mit Supervision (N=84) und ohne Supervision (N=26), letztere dienten als Kontrollgruppe (vgl. ebd. 280f). Die Untersuchung zeigt, dass für das PatientInnensystem durch die Supervision keine heilende und fördernde Wirkung erzielt wurde und kaum positive Verhaltensänderungen erreicht wurden. (vgl. ebd. 292ff).

Ebenfalls in einer deutsche Studie (Orth, Siegele, Petzold 2007) wurde auf Supervision in psychiatrischen Tageskliniken fokussiert, was den Vergleich mit den Daten der vorliegenden Studie in gewissen Aspekten ebenfalls ermöglicht. Ebenfalls SupervisandInnen (N=115) wurden nach den erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Supervision, ebenfalls in multidisziplinären Teams, gefragt. Dabei wurde der Nutzen von Supervision nur von 43% als hoch eingestuft, ebenfalls 43% äusserten einem mittleren, 12% einen geringen und 2% gar keinen Nutzen. 9% der SupervisandInnen gaben negative Erfahrungen mit Supervision an. Das Risiko durch Supervision sahen die SupervisandInnen mehr bei sich selbst (44%) als für die PatientInnen (34%). Dieselbe Tendenz konnte auch in einer Schweizer Studie (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003), welche ebenfalls die Wirkung von Supervision in der Psychiatrie zum Gegenstand hatte, aufgezeigt werden.

Eine weitere Studie (vgl. Naujoks, Petzold 2012, S. 48) aus Deutschland geht ebenfalls der Wirkung von Supervision aus der Sicht der SupervisandInnen nach. Diese fokussiert auf stationäre Entzugsbehandlungen von PatientInnen, welche von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit betroffen sind. Diese Daten (N=42) wurden ebenfalls bei multidisziplinären Teams von 4 Kliniken erhoben. In dieser Studie sahen nur 21% der SupervisandInnen einen hohen Nutzen, 38% einen mittleren und 10% gar keinen Nutzen durch die Supervision, obwohl den SupervisorInnen eine hohe fachliche Kompetenz zugeschrieben wurde.

Die bisherigen Resultate aus den meisten Multicenterstudien zur Akzeptanz von Supervision und die Wirkung von Supervision ergeben nur für knapp ein Drittel positive Ergebnisse für

den privaten und professionellen Bereich der Supervidierten, für die Teamarbeit und für das betroffene Klientel. Trotzdem wird den SupervisorInnen von den SupervisandInnen meistens eine hohe personale, soziale und professionelle Kompetenz zugesprochen, was auf eine Idealisierung der SupervisorInnen hinweist. Mit der Leistung der SupervisorInnen waren allerdings nur knapp ein Drittel der SupervisandInnen in hohem Mass zufrieden, die restlichen äusserten mittlere bis geringe Zufriedenheit (vgl. Naujoks, Petzold 2012, 7). So stuft denn Petzold (vgl. ebd. 8) die mittlere bis geringe Zufriedenheit als ungenügende Note ein, wenn berücksichtigt wird, dass es dabei um Sicherung der Qualität von Experten für Experten geht. Ebenso zeigt sich eine Kluft bezüglich der Ergebnisse betreffend der Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen. Die bisher durchgeführten Studien zeigen, dass auch hier nur knapp ein Drittel der SupervisandInnen zufrieden sind, dass die Feld- und Fachkompetenz jedoch von den SupervisorInnen erwartet wird. (vgl. ebd. 8)

Das ungenügende Ausmass an Wirksamkeit stellt für die Disziplin Supervision kein gutes Zeugnis aus. Einige der daraus resultierenden Schlussfolgerungen von Petzold sollen an dieser Stelle kurz wiedergegeben werden:

1. Die Heterogenität in Theorie und methodischer Praxeologie verunmöglicht, dass in verfahrensübergreifenden Untersuchungen verlässliche Aussagen zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit bezüglich Setting und deren positiven und negativen Effekten herausgefiltert werden können.
2. Es sind Studien notwendig, welche die Arbeit von Laien- und professionellen Supervisoren vergleichend bezüglich unterschiedlicher Verfahren untersuchen.
3. Ebenso sollten unterschiedliche Settingeffekte untersucht werden.
4. Kaum Daten wurden bisher zur Wirksamkeit auf das Patientensystem erhoben.
5. Konsistente Theorien des Lernens im Bereich Supervision fehlen weitgehend.
6. Beide Ebenen des Lernens, Kompetenz und Performanz, müssen untersucht werden.
7. Die Frage der schädigenden Nebenwirkungen sollte stets in Untersuchungen einbezogen werden.
8. Gender-Sensibilität und Diversity-Orientierung sollen berücksichtigt werden (vgl. Naujoks, Petzold 2012, 12)

Die Integrative Supervision (vgl. Erhardt, Petzold 2011, 138) unterscheidet in ihrem systemischen Mehrebenenmodell von Supervision vier Ebenen: Das KlientInnenensystem, das SupervisandInnensystem, das SupervisorInnensystem und das AuftraggeberInnensystem.

Bisher wurde international nur eine Studie durchgeführt, welche alle Ebenen berücksichtigt (Oeltze, Ebert, Petzold. 2003 in ebd. 139) und auch positive Effekte für die Integrative Supervision auf allen Ebenen ausweisen konnte.



Auch festzuhalten ist, dass die bisherigen Forschungsergebnisse für die verbale Supervision mit SupervisorInnen keinen Nachweis für das KlientInnen-/PatientInnen-System ermöglichen. Ob und wie sich Supervision positiv auf die Behandlung der KlientInnen und PatientInnen, der wichtigsten Zielgruppe auch der Supervision, auswirkt, ist noch kaum erforscht worden (vgl. Petzold, Schigl 2003, 32).

### 2.3 Arbeitsfeld Sucht

Dieses Kapitel geht auf das Thema Drogen und Abhängigkeit ein, befasst sich mit der Diversität in der Suchtarbeit und zeigt die Felder der Suchtarbeit auf.

#### 2.3.1 Drogen und Abhängigkeit

Substanzen, welche das zentrale Nervensystem beeinflussen (Wahrnehmung, Emotionen, Motorik) und das Bewusstsein verändern, werden als Drogen bezeichnet. In verschiedenen Suchtinstitutionen werden Menschen behandelt, welche Drogen unterschiedlichster Art mit negativen Auswirkungen auf ihre physische und/oder psychische Gesundheit konsumieren bzw. konsumierten. Damit sind nicht nur illegale Drogen wie z.B. Heroin, sondern auch legale, z.B. Alkohol und Medikamente gemeint. Dem Begriff „Betäubungsmittel“ kommt dabei rein juristische Bedeutung zu, dieser nimmt Bezug auf psychotrope Substanzen, welche gesetzlich verankert und verboten sind (vgl. suchtschweiz.ch, 8.4.2016)

Eine Abhängigkeit kann dann entstehen, wenn eine Substanz missbräuchlich konsumiert wird. Verschiedene Substanzen weisen ein unterschiedliches Suchpotential auf. Die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) definiert die Kriterien der Abhängigkeit, so z.B. den fortgesetzten Konsum trotz des Wissens um bereits vorliegende Gesundheitsschäden.

#### 2.3.2 Diversität in der Suchtarbeit

Die Kennzeichen unserer Gesellschaft - Pluralisierung, Individualisierung, Mobilität und weltweite Kommunikation - haben selbstverständlich auch vor dem Suchtbereich nicht Halt gemacht. Die Diversität hat über die Jahre zugenommen. Da finden sich älter werdende neben jungen Konsumierenden, solche, welche sozio-ökonomisch gut integriert sind neben solchen mit Migrationshintergrund, kranke Menschen mit komplexen psychischen und somatischen Komorbiditäten – jede Gruppe und jeder Mensch mit ihren je eigenen Bedürfnissen, Ressourcen und Problemen. Die Herausforderungen für die Institutionen und Fachpersonen sind, wollen sie diesen unterschiedlichen Voraussetzungen einigermaßen gerecht werden, gewaltig. Nicht nur neuartige Substanzen, sich wandelnde Konsumformen sind zu verfolgen, die Komplexität des Suchtfeldes erfordert eine Differenzierung der Behandlungsansätze und Behandlungsmethoden.

In der Suchtarbeit hat sich in den letzten Jahrzehnten eine grosse Vielfalt von behandelnden Institutionen in der Suchtarbeit herausgebildet, ambulante, teilstationäre, stationäre, es werden verschiedenartigste Behandlungsansätzen verfolgt, die (Teil)-Institutionen haben sich auf ein bestimmtes Klientel fokussiert oder auch auf den sich wandelnden ‚Markt‘ reagiert. In diesem Umfeld ist es für die Suchtinstitutionen und ihre Fachpersonen schwer, die Bedürfnisse der einzelnen Klienten abzudecken.

Voraussetzungen solcher Art haben das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) bewogen, „Infodrog“, die „Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht“ damit zu beauftragen, sich verschiedener Themen der Diversität in der Suchtarbeit anzunehmen, Publikationen zu verfassen, Projekte zu unterstützen und damit zur Qualitätssteigerung in der Suchtarbeit beizutragen. In ihren Leitlinien zur Diversität in der Suchtarbeit beschreibt Infodrog Anforderungen auf der Ebene des Personals: „Von der Kompetenz und Sensibilität der einzelnen Mitarbeitenden hängt ein Grossteil der Qualität des Umgangs mit der Diversität der KlientInnen ab. Es braucht Stellenprofile und Pflichtenhefte mit entsprechenden Anforderungen sowie Super-/Intervisionen, Fort- und Weiterbildungen und interne Sensibilisierung“ (vgl. König, Galgano 2013, 12). Des Weiteren wird gefordert, dass Zuständigkeiten in den Institutionen für Diversitätsthemen bestimmt werden und für Diversität beim Personal gesorgt wird (vgl. ebd. 12).

### **2.3.3 Felder der Suchtarbeit**

In der Suchtarbeit wird häufig mit der groben Unterteilung der Institutionen anhand der Eintrittsschwelle für das Klientel operiert.

Niederschwellige Angebote: Sie bieten Suchtabhängigen eine tiefe Schwelle, um den Zugang von Schwerabhängigen oder sozial wenig Integrierten zu Überlebenshilfe und Beratung zu sichern. So sorgen z.B. die „Kontakt- und Anlaufstellen“ der Stadt Zürich dafür, dass die Abhängigen dezentral versorgt werden.

Das Angebot gestaltet sich umfassend und beinhaltet u.a. Verpflegung, sanitäre Einrichtungen (z.B. Duschkmöglichkeiten, medizinische Betreuung (z.B. erste Hilfe), soziale Betreuung und Beratung, Konsumräume, Beschäftigungsprogramme, Freizeitangebote. Damit soll der Übertragung von Infektionskrankheiten entgegengewirkt werden, Todesfälle möglichst vermieden werden, auf die soziale Integration hingewirkt und die Lebensqualität gesteigert werden, Möglichkeiten der Behandlung aufgezeigt werden (vgl. stadt-zürich.ch, 2016, 10.4.2016)

Einen modernen Ansatz „Integrativer Suchthilfe“ wurde mit der „Theorie und Praxis differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit (DINA) entwickelt (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014). Im Zentrum steht der Begriff „Ökologisation“, dieser steht für die komplexe Beeinflussung und Prägung der Menschen durch die ökologische Umwelt (z.B. Wohnraum,

Landschaft). Der „Prozess der Ökologisation“ ist gefährdet, wenn „dysfunktionale Faktoren“ die „dynamische Regulation des Mensch-Umwelt-Systems“ stören oder verhindern (vgl. ebd. 6f).

**Teilstationäre Angebote:** Diese Angebote richten sich an Menschen mit Suchtproblemen, welche fähig sind, den Lebensalltag strukturiert anzugehen und grundsätzlich auf einen übermässigen Konsum zu verzichten. Es bestehen teilstationäre Einrichtungen für Menschen, welche (noch) nicht bereit sind für eine stationäre Behandlung, häufiger jedoch handelt es sich um Angebote, welche im Anschluss an eine stationäre Therapie Unterstützung anbieten. Die Ziele von teilstationären Einrichtungen sind Selbstständigkeit und Eigenverantwortung (z.B. die Haushaltsführung), Gestaltung eines positiven sozialen Umfeldes (z.B. Freizeitgestaltung in einer Gruppe), positives berufliches Umfeld gestalten (z.B. Ausbildung beginnen), Planen der Wohn- und Lebenssituation für die Zukunft.

Als Beispiel soll hier das „Betreute Wohnen Windisch“ der Stiftung Sozialtherapie in Egliswil dienen. Das Mehrfamilienhaus ist mit 3 Wohnungen für 10 BewohnerInnen konzipiert. Gemeinsam organisiert wird der Alltag. Dabei werden die BewohnerInnen unterstützt durch wöchentliche Sitzungen in der Wohngruppe, Einzelgespräche sowie in administrativen und finanziellen Fragen. Die Betreuung findet an den Abenden und den Wochenenden statt. Tagsüber gehen die BewohnerInnen ihrer Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit nach (vgl. sozialtherapie.ch, Egliswil 2016, 1, 12.4.2016).

**Stationäre Angebote:** Dabei handelt es sich um Einrichtungen, welche eine 24h-Betreuung anbieten. Dies können Psychiatrische Kliniken oder Krankenhäuser sein, welche Entwöhnungsbehandlungen durchführen. Institutionen der stationären Suchttherapie bieten die Möglichkeit, in therapeutischen Settings ein Leben ohne Suchtmittelsubstanzen zu führen. Ziele sind der Aufbau von Beziehungen, Arbeitskompetenzen entwickeln, Integration in die Arbeitswelt, Sinnfindung und Suchtfreiheit.

Als Beispiel sei die „Therapeutische Gemeinschaft Neuhof“ des Sozialwerks Novizonte in Emmenbrücke aufgeführt. Als Kernthemen werden die Integration in eine sozialtherapeutische Lebensgemeinschaft, Arbeitstraining, Einzel- und Gruppengespräche, Kreative Therapien, Alltags- und Freizeitgestaltung, berufliche Orientierung sowie Einzel-, Paar- und Familientherapie genannt (vgl. novizonte.ch, Emmenbrücke 2016, 12.4.2016).

**Therapieverbundsysteme:** Bei der ganzen Angebotsvielfalt, welche in den letzten Jahrzehnten für süchtige Menschen entstanden ist, darf nicht aus den Augen verloren werden, dass die einzelnen Institutionen vernetzt sind, wie dies Petzold, Schay, Scheiblich (2006) mit der Forderung nach „Therapieverbundsystemen“ formuliert haben:

- Ein Träger soll dafür sorgen, dass Institutionen eines Verbundsystems eng vernetzt sind, um Angebotslücken zu vermeiden.

1. Die Zusammenarbeit verschiedener, gleichberechtigter Berufsgruppen aus dem psychosozialen Feld soll dafür sorgen, dass dem Klientel mit den vielfältigen Störungsbildern adäquat begegnet werden kann.
2. Die Orientierung an einem ganzheitlichen Menschenbild, nicht die Symptome, soll im Vordergrund stehen, so dass Nachreifung und Entwicklung möglich werden.
3. Eine enge Vernetzung der suchtherapeutischen Institutionen mit angrenzenden Arbeitsfeldern soll gewährleistet werden (vgl. Petzold, Schay, Scheiblich, 2006, 50). Eine solche systematische Karrierebegleitung unter Berücksichtigung der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne soll dafür sorgen, dass ausreichend protektive Faktoren zur Verfügung stehen und Resilienzen gefördert werden können (vgl. Petzold, Schay, Hentschel, 2004, in Petzold, Schay, Scheiblich, 2006, 50)

### **3. EMPIRIE**

Im empirischen Teil werden die Hypothesen und Fragestellungen konzentriert dargestellt, Fragebogen und Stichprobe erläutert, das methodische Vorgehen beschrieben sowie die Ergebnisse dargestellt.

#### **3.1 Hypothesen und Fragebogen mit Fragestellungen**

Die Hypothesen ergeben sich aus der Auseinandersetzung mit theoretischen Fragen, bisherigen Forschungsergebnissen und den einführenden Überlegungen. Alle Hypothesen beziehen sich auf das Feld der Suchtarbeit in der deutschsprachigen Schweiz aus der Wahrnehmung der SupervisorInnen.

**Hypothese 1:** Supervision hat sich im überwiegenden Teil der Einrichtungen als Instrument der Qualitätssicherung etabliert.

**Hypothese 2:** Supervision findet überwiegend „unfreiwillig“ statt.

**Hypothese 3:** Es sind zum überwiegenden Teil SupervisorInnen mit Fach- und Feldkompetenz im Feld der Suchtarbeit tätig.

**Hypothese 4:** Kompetenz und Performanz der Supervisorinnen werden überwiegend als hoch eingeschätzt.

**Hypothese 5:** Der Nutzen der Supervision wird nur zu einem Drittel als hoch eingeschätzt.

**Hypothese 6:** Als mögliche Risiken und Nebenwirkungen für sich selbst werden hauptsächlich mangelnde Wertschätzung, Kränkungen und am häufigsten Demütigung benannt.

Weitere Fragestellungen ergeben sich aus dem Fragebogen. Es konnte der standardisierte Fragebogen zu Supervision der Freien Universität Amsterdam und der Donau-Universität Krems (Petzold 2001) übernommen werden. Dieser wurde, wo notwendig, auf die Verhältnisse der Suchtarbeit in der Schweiz angepasst. Die erhobenen Daten sollen nebst den möglichen Erkenntnissen zu dem hier untersuchten Gegenstand auch dazu dienen, Vergleiche mit

anderweitigen Untersuchungen anzustellen. Es sind sowohl Fragen mit Einfach- wie mit Mehrfach-Antwortmöglichkeit und offene Fragen in den Fragebogen integriert. Die Struktur des Fragebogens mit den erfragten Themen wird hier verkürzt wiedergegeben, der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang.

### **Angaben zur Person**

Alter, Geschlecht, Beruf, Anzahl Jahre Berufserfahrung, Tätigkeitsfeld, Art der Einrichtung, Funktion.

#### **1. Fragen zum Rahmen der Supervision**

Räumlichkeiten, Form, Freiwilligkeit, Häufigkeit, Dauer, Verschwiegenheitsverpflichtung, Einverständnis der PatientInnen

#### **2. Fragen zur aktuellen Person der SupervisorInnen**

Alter, Geschlecht, Beruf, Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung, Mitgliedschaft Fachverband, Kompetenz der SupervisorInnen

#### **3. Fragen zur Wirkung von Supervision**

Nutzen, negative Erfahrungen, positive Erfahrungen

#### **4. Vorstellungen von Supervision**

Bedeutung Begriff, Erwartungen an Supervision, Rollen der SupervisorInnen, ideales Alter der SupervisorInnen, Risiken und Nebenwirkungen, protektive und präventive Faktoren

#### **5. Sonderteil Sucht**

PatientInnen insgesamt, SuchtpatientInnen, PatientInnen mit Doppeldiagnose, Dauer der Behandlung, Art der Suchtbehandlung, Behandlungsansatz, Supervisionsbedarf, Feldkompetenz

### **3.2 Methodik**

**Stichprobe:** Die Datenbank mit den Adressen der Suchteinrichtungen in der Schweiz wurden freundlicherweise vom Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich öffentliche Hand, Sektion Drogen, zur Verfügung gestellt (vgl. infodrog, 15.7.2010). Von insgesamt 352 Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Suchtarbeit konnten deren 310 für die deutschsprachige Schweiz selektioniert werden. 6 Institutionen waren aufgehoben worden. Es wurden insgesamt 304 Einrichtungen angeschrieben. Der Fragebogen wurde per Email mit Begleitbrief an die jeweilige Leitungsperson versandt mit der Bitte, den Fragebogen weiteren MitarbeiterInnen zukommen zu lassen. Der Rücklauf bezifferte sich auf 139 Fragebogen, wobei zwei davon leer waren, so dass 137 auswertbare Fragebogen resultierten. Als Ziel war ein Rücklauf von 120 vorgesehen, damit eine ausreichende Datenmenge zur Verfügung steht.

Selbstverständlich sind x-mal mehr Person in der Sucharbeit beschäftigt. Es wäre jedoch auch vermessen, einen höheren Rücklauf zu erwarten. In etlichen Zuschriften wurde der zunehmende Spardruck bzw. die mangelnden Ressourcen beklagt. Wieviele MitarbeiterInnen von welcher Institution geantwortet haben, kann nicht eruiert werden, da die Fragebogen teilweise anonymisiert retourniert wurden. Die Datenerhebung nahm insgesamt den Zeitraum von Juni bis September 2011 ein. Die Daten wurden in eine Datenmatrix übertragen. Die Auswertung musste wegen gesundheitlicher Vorfälle mehrmals verschoben werden, so dass diese erst 2016 erfolgen konnte.

**Datenschutz:** Der Fragebogen enthält keine Variablen, aus denen auf spezifische Institutionen oder Personen geschlossen werden kann. Die retournierten Fragebogen wurden in der Reihenfolge ihres Eingangs mit einer fortlaufenden Nummer versehen und so passwortgeschützt abgespeichert.

### 3.3 **Ergebnisse**

Die Ergebnisse wurden in der Reihenfolge des Fragenkatalogs im Fragebogen ausgewertet. Bei Fragen mit Einfachantworten wurde mit prozentualen Angaben operiert. Bei Mehrfachantworten wurde die prozentuale Verteilung gemessen an der Gesamtzahl der Antworten dargestellt. Die offenen Fragen wurden textlich verarbeitet. Die Antworten wurden je nach Fragestellung mittels Balkendiagrammen visualisiert oder in Tabellen dargestellt.

#### 3.3.1 **Angaben zur Person der SupervisandInnen**

Hier wurden die Fragen nach den beruflichen Personendaten gestellt.

##### 3.3.1.1 **Alter**

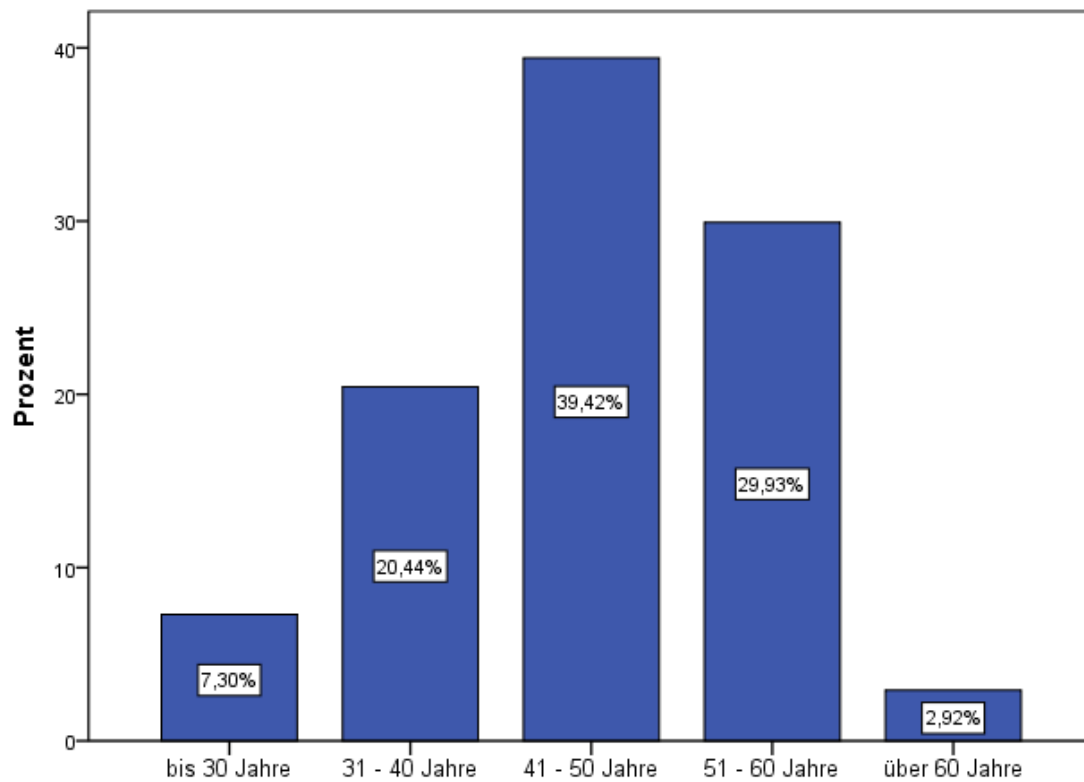


Abb. 1: Alter der befragten Personen

Im Durchschnitt waren die SupervisandInnen 46jährig, die jüngste Person 23jährig, die älteste 64jährig. Die grösste Gruppe bildeten die 41-50jährigen (39%), die kleinste Gruppe die über 60jährigen (3%).

### 3.3.1.2 Geschlecht

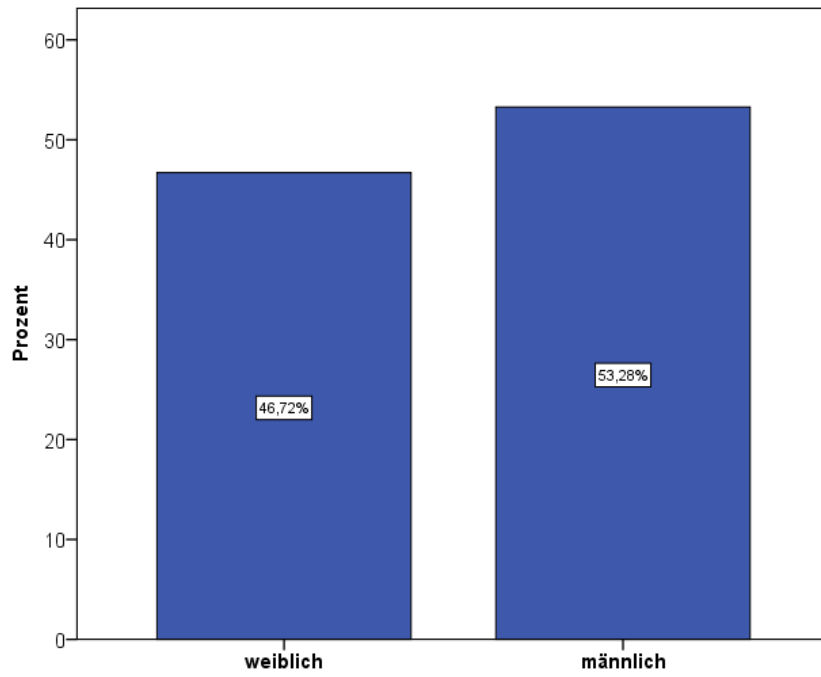


Abb. 2: Geschlecht der befragten Personen

Es haben sich 47% Frauen und 53% Männer beteiligt.



### 3.3.1.3 Beruf

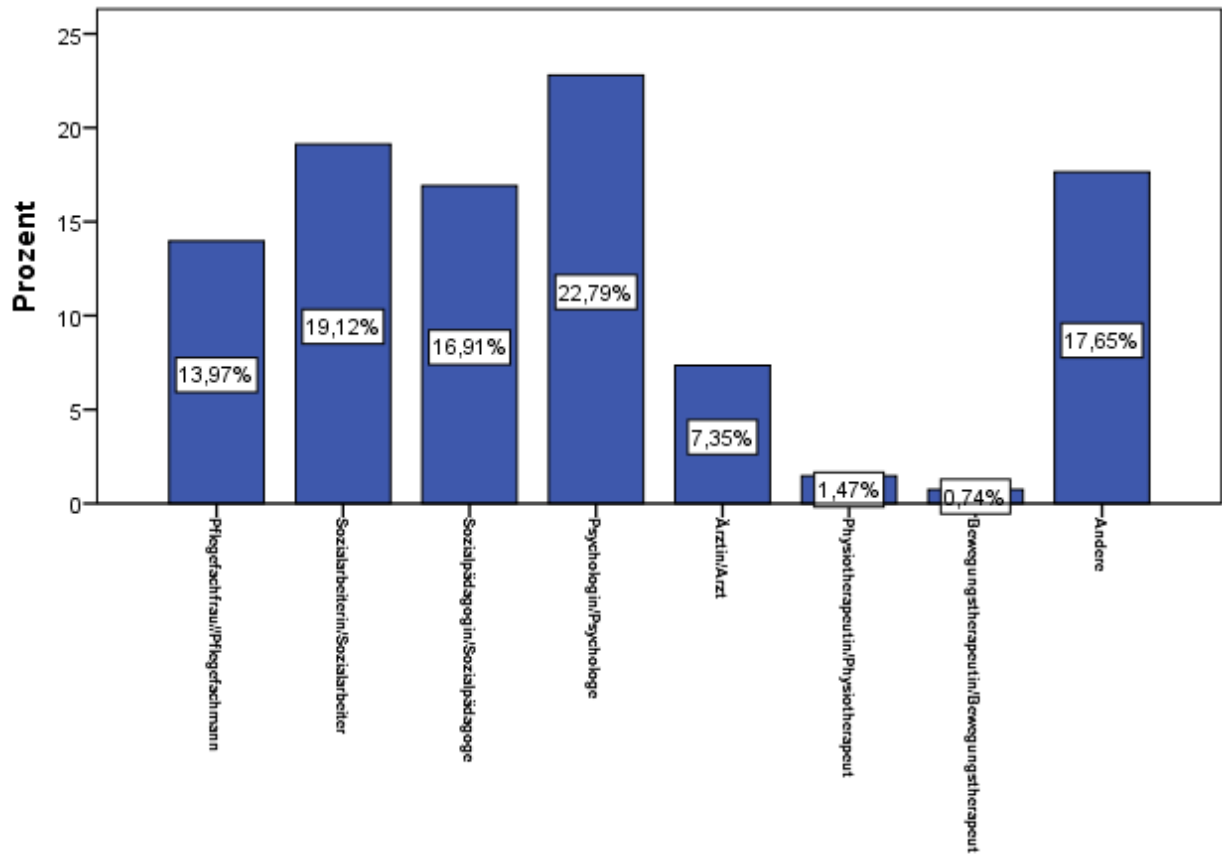


Abb. 3: Beruf der befragten Personen

Mit über 1/5 (23%) macht die Berufsgruppe der PsychologInnen den grössten Anteil aus. Gut vertreten sind ebenfalls die SozialarbeiterInnen (19%), die SozialpädagogInnen (17%) und die Pflegefachleute (14%). Geringe vertreten sind die Berufsgruppen der ÄrztInnen (7%), kaum die PhysiotherapeutInnen (1%) und den BewegungstherapeutInnen (1%). Weitere Berufe machen beinahe 1/5 (18%) aus.

### 3.3.1.4 Berufserfahrung

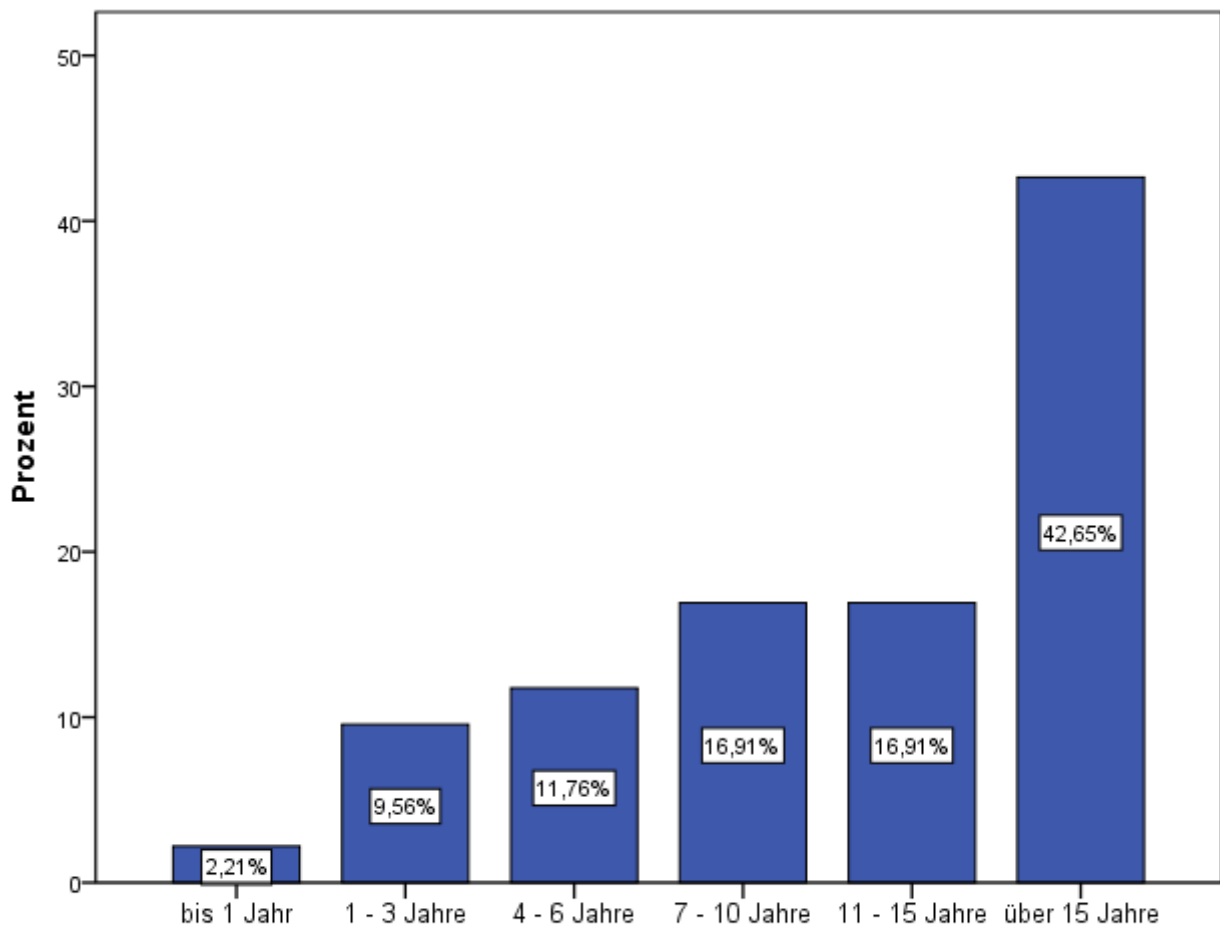


Abb. 4: Berufserfahrung der befragten Personen

Diese Angaben wurden kategorisiert, da die Streuung sehr ausgeprägt ist. Die Kategorien wurden unterschiedlich breit angelegt, was den entstandenen Treppeneffekt verstärkt. Durchschnittlich liegt die Berufserfahrung bei 15 Jahren. Die berufserfahrenen Personen haben sich deutlich stärker an der Befragung beteiligt als diejenigen mit weniger Berufserfahrung. Ein hoher Teil der befragten Personen (43%) verfügt über eine Berufserfahrung von über 15 Jahren, gefolgt von gleichwertiger Beteiligung von denjenigen mit 11-15 bzw. 7-10 Jahren Berufserfahrung. Weniger beteiligten sich Personen mit 4-6 Jahren (12%), 1-3 Jahren (10%) und bis zu einem Jahr Berufserfahrung (2%). Allerdings ist die Kategorie hier auch gering, um die AnfängerInnen zu erfassen.

### 3.3.1.5 Tätigkeitsfeld

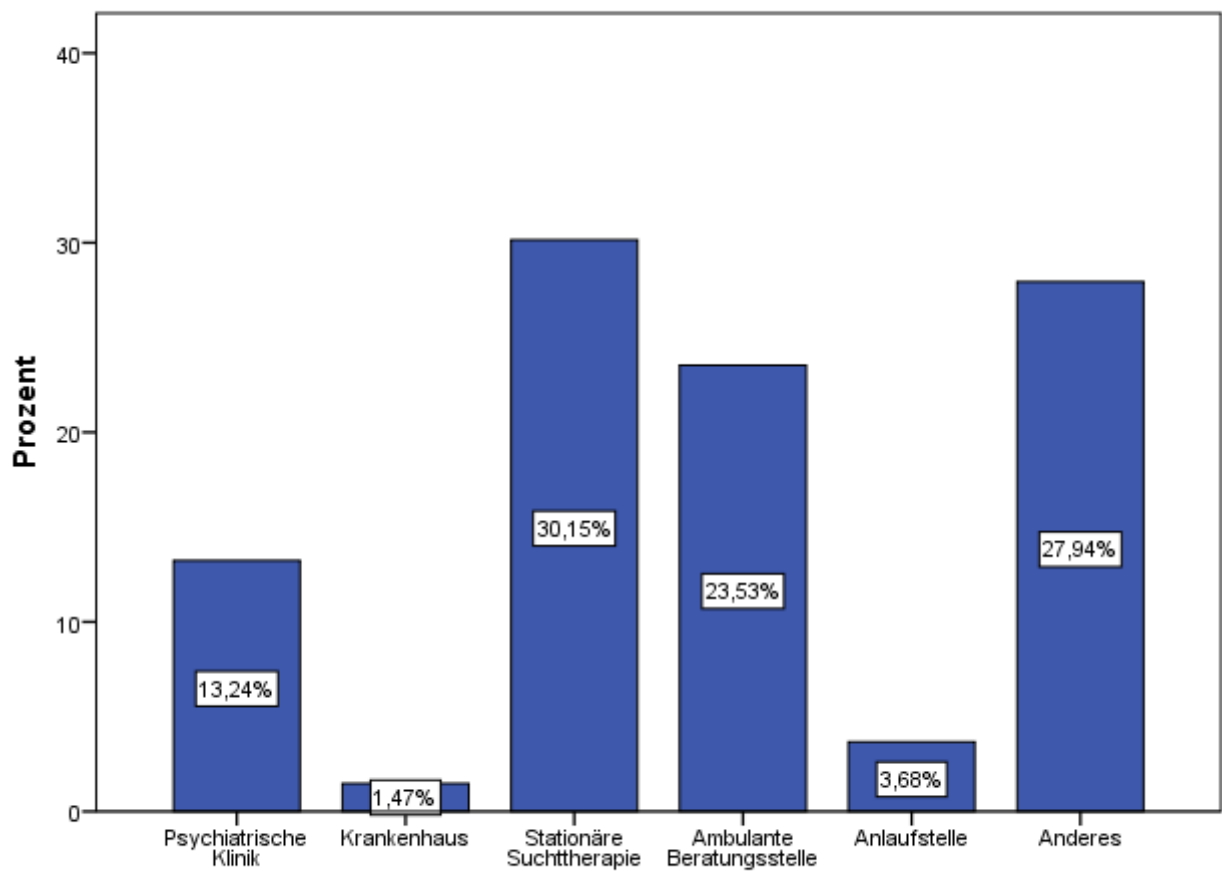


Abb. 5: Tätigkeitsfelder der befragten Personen

Fast 1/3 (30%) arbeitet in Einrichtungen der Stationären Suchttherapie. Auch recht hoch ist die Beteiligung aus dem Feld der Ambulanten Beratungsstellen. Personen aus den Psychiatrischen Kliniken sind etwas weniger (13%) vertreten, wenige haben aus den Anlaufstellen (4%) und den Krankenhäusern (1%) geantwortet. Andere Einrichtungen (28%) dürften die teilstationären Einrichtungen wie Wohngruppen, welche nicht gesondert erhoben wurden, betreffen.

### 3.3.1.6 Art der Einrichtung

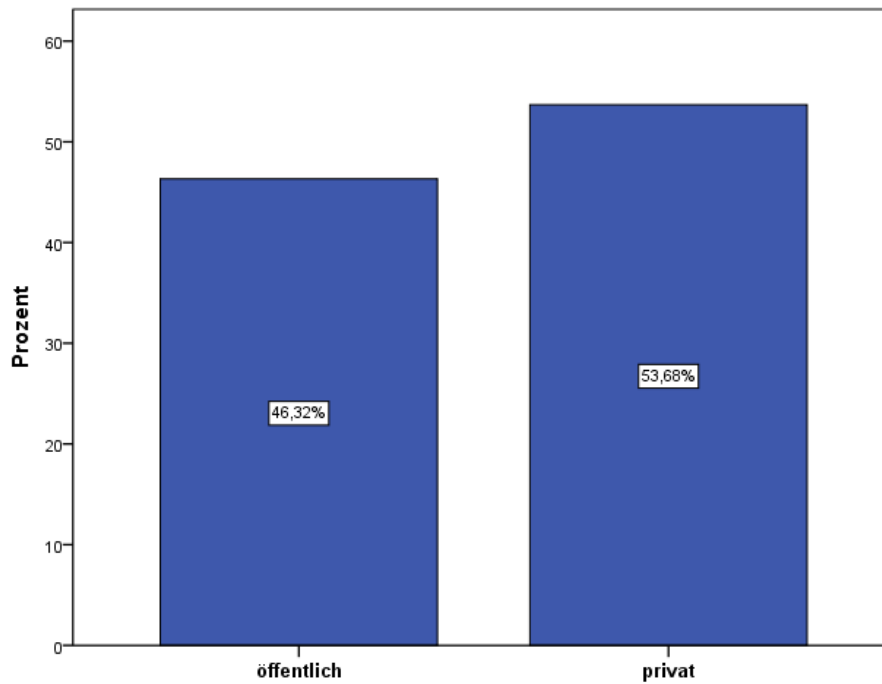


Abb. 6: Tätigkeit in öffentlicher bzw. privater Einrichtung

Etwas mehr Personen arbeiten in privaten (54%) als in öffentlichen (46%) Einrichtungen.

### 3.3.1.7 Funktion

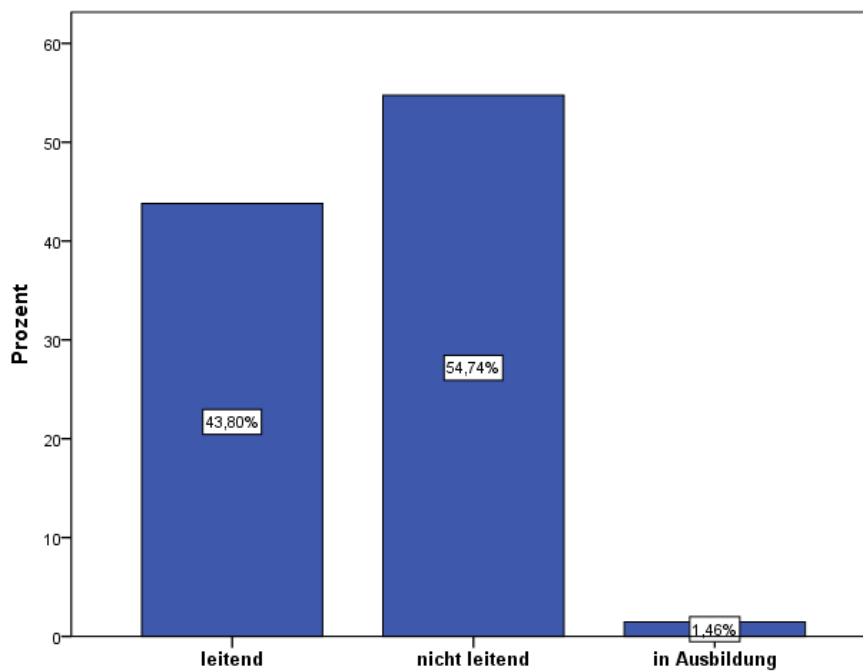


Abb. 7: Berufliche Funktion der Befragten

Es haben sich mehr Personen ohne leitende Funktion 55% beteiligt als solche mit leitender Funktion (44%). Real scheinen sich die Berufsleute mit leitender Funktion jedoch stärker beteiligt zu haben, da ihre Anzahl weit geringer ist. Der Anteil der sich in Ausbildung befindenden Personen ist gering (1%).

### 3.3.2 Rahmen der Supervision

In diesem Kapitel werden die Fragen zum Rahmen der Supervision erläutert.

#### 3.3.2.1 Räumlichkeiten

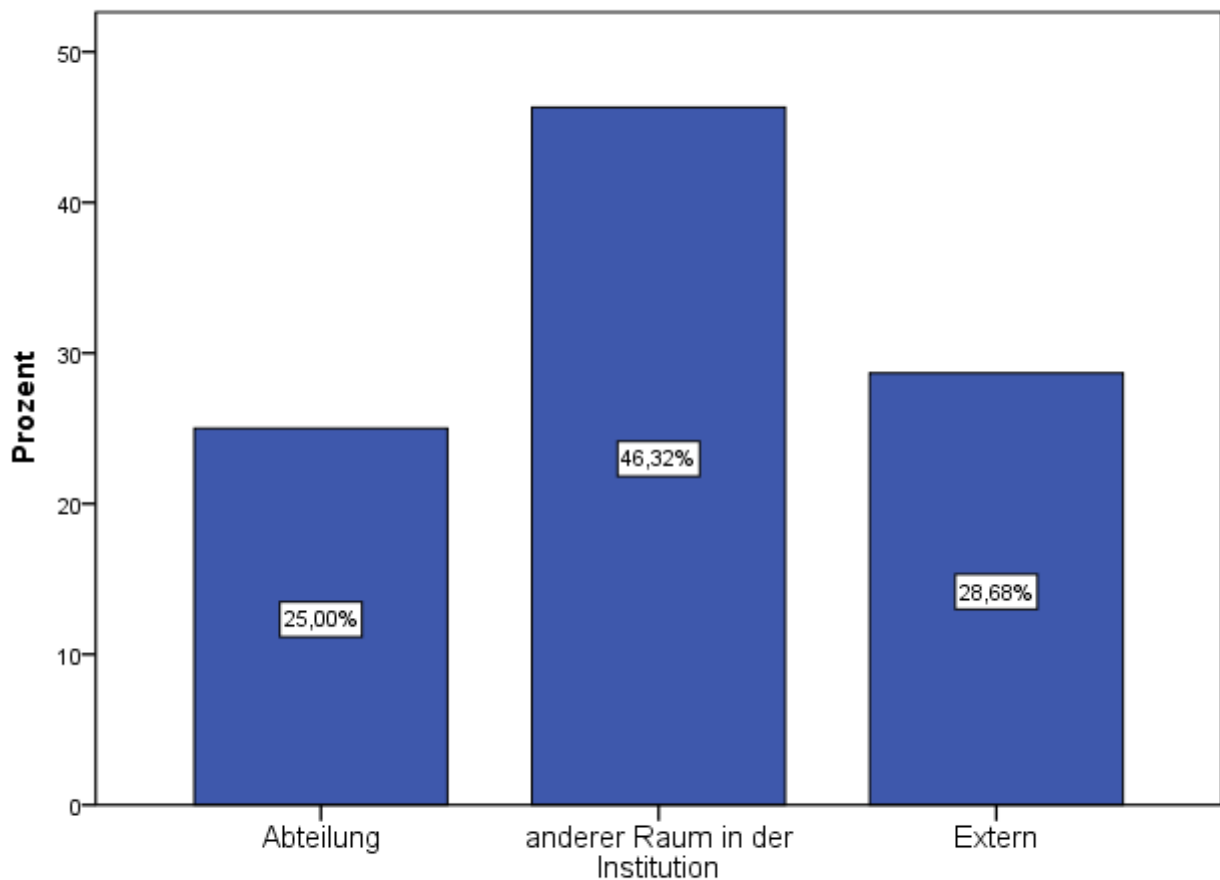


Abb. 8: Ort der Supervision

Nahezu 3/4 (71%) der Supervisionen finden in der eigenen Einrichtung statt, nahezu die Hälfte (46%) in einem spezifischen anderen Raum als der eigenen Abteilung, dort finden 1/4 der Supervisionen statt. Etwas mehr als 1/4 (29%) besuchen die Supervision extern.

### 3.3.2.2 Form

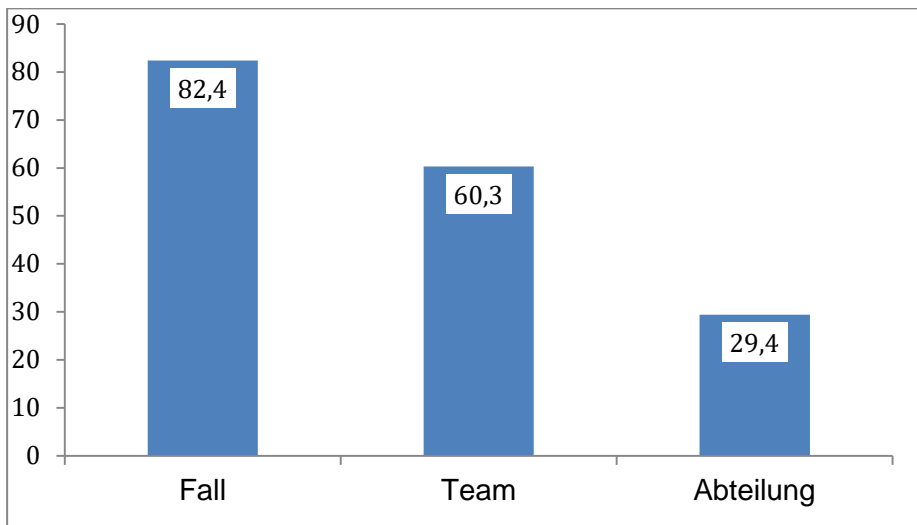


Abb. 9: Form der Supervision

Hier waren Mehrfachantworten (insgesamt 234 Antworten) möglich. Die Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung. In über 3/4 (82%) der Supervisionen werden die Prozesse mit dem Klientel reflektiert, zu deutlich über 1/2 sind Themen des Teams Gegenstand der Betrachtung (60%), Abteilungssupervision findet zu beinahe 1/3 statt (29%).

### 3.3.2.3 Freiwilligkeit

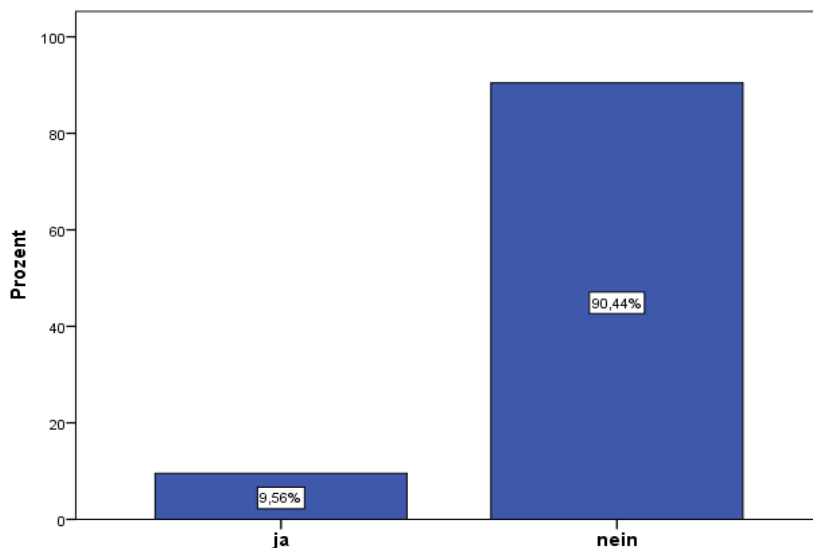


Abb. 10: Freiwilligkeit der Supervision

Hier zeigt sich ein sehr deutliches Bild. 9/10 (90%) der Supervisionen sind von der Einrichtung vorgegeben, nur 1/10 (10%) findet auf freiwilliger Basis statt.

### 3.3.2.4 Häufigkeit

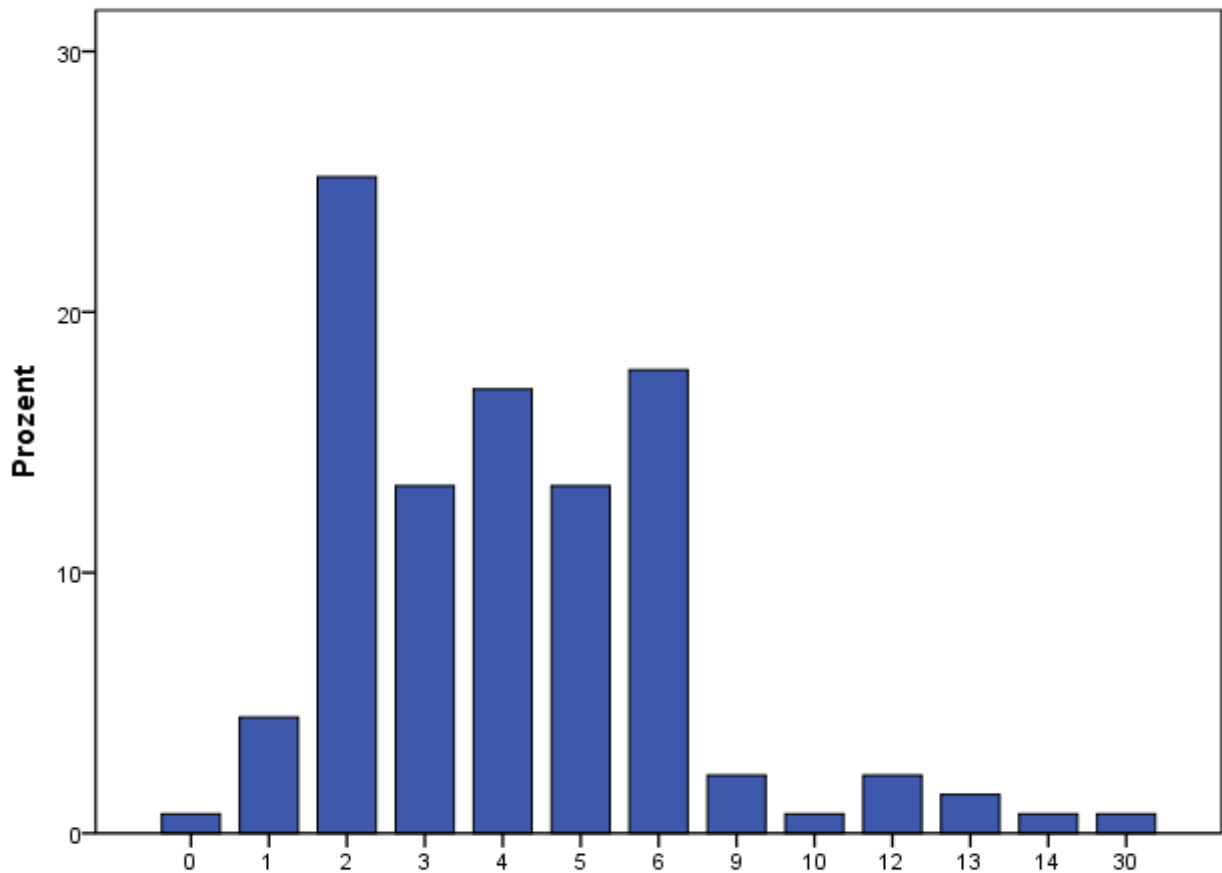


Abb. 11: Häufigkeit der Supervision in den letzten 6 Monaten

Es zeigt sich eine ausgeprägte Streuung, welche von keiner Supervision (1%) bis zu 30 Supervisionen (1%) reicht. Am häufigsten, zu 1/4 (25%) finden 2 Supervisionen im Zeitraum von 6 Monaten statt. Beim überwiegenden Anteil (85%) werden 2-6 Supervisionen (Durchschnitt 4.4) Supervisionen in 6 Monaten durchgeführt, was einer Supervision alle 4 bis 12 Wochen (Durchschnitt 5.5) entspricht. Gegen die Hälfte der Supervisionen (43%) liegt über der Frequenz von 6 Wochen.

### 3.3.2.5 Dauer

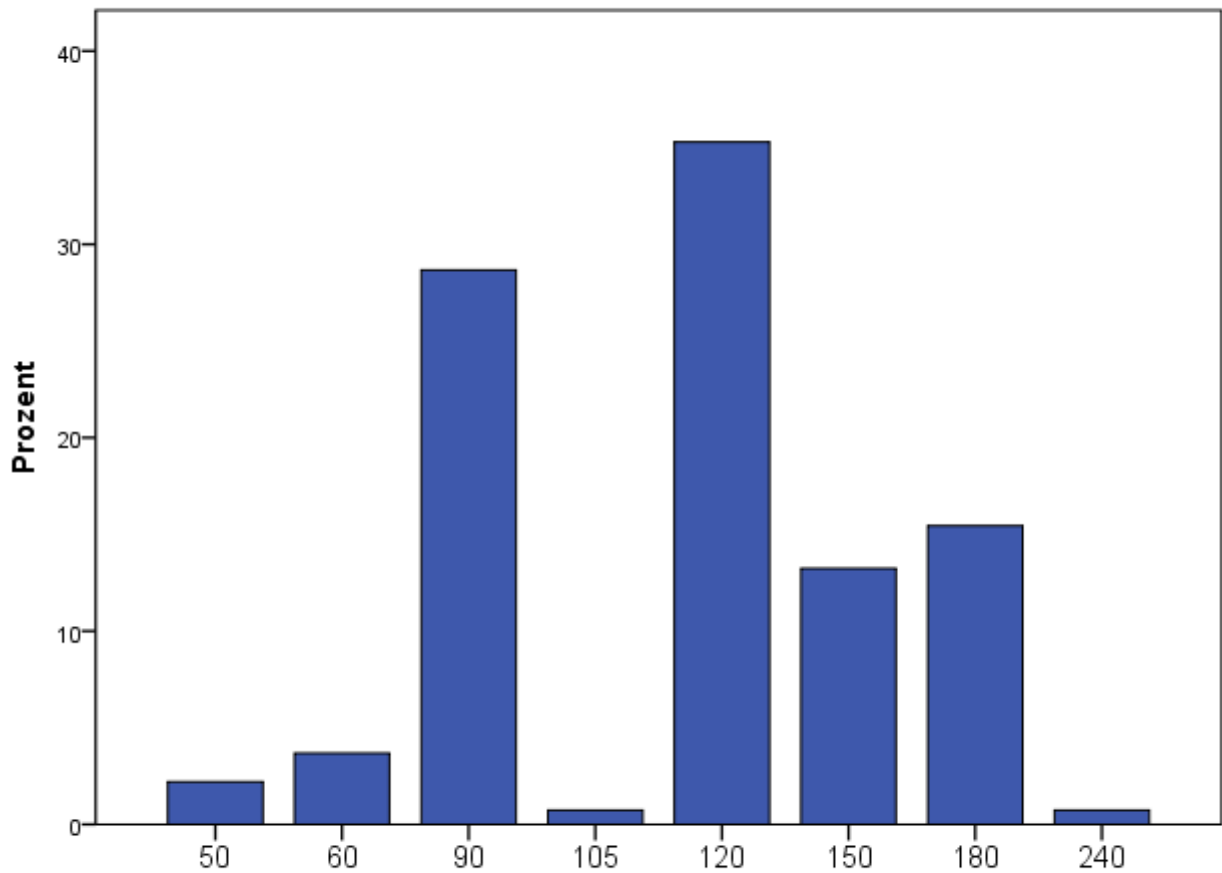


Abb. 12: Dauer der Sitzungen

Die Streuung beträgt 50 (2%) bis 240 (1%) Minuten, also von knapp einer Stunde bis zu vier Stunden. Die zweistündiger Dauer wird deutlich am häufigsten (35%) benannt, gefolgt von der 90minütigen Sitzung (29%). Die Durchschnittsdauer beträgt 121.7 Minuten, was sehr nahe bei der häufigsten Nennung liegt.



### 3.3.2.6 Verschwiegenheitsverpflichtung

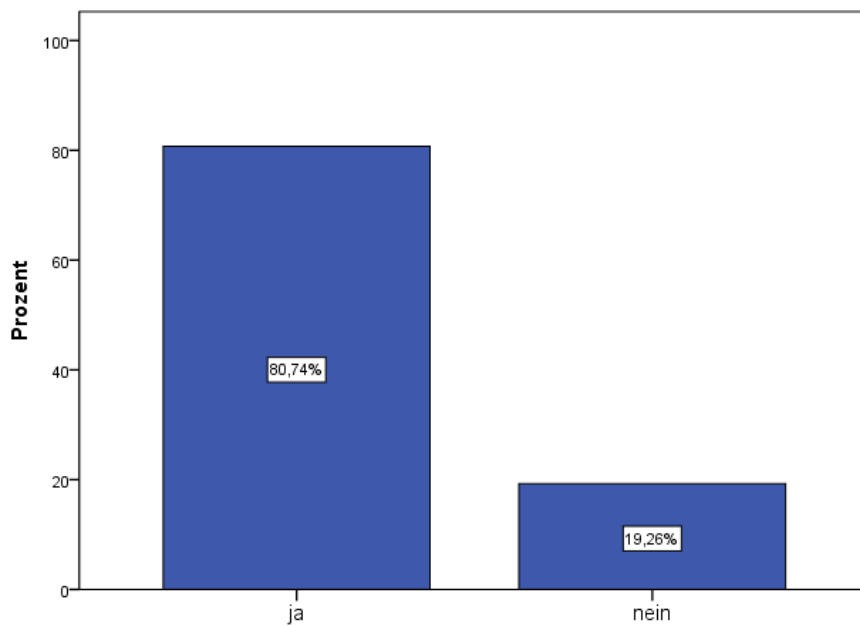


Abb. 13: Hinweis auf Verschwiegenheitsverpflichtung

In über 4/5 (81%) der Supervisionen wird auf die Verschwiegenheitsverpflichtung hingewiesen, in beinahe 1/5 (19%) **nicht**.

### 3.3.2.7 Einverständnis

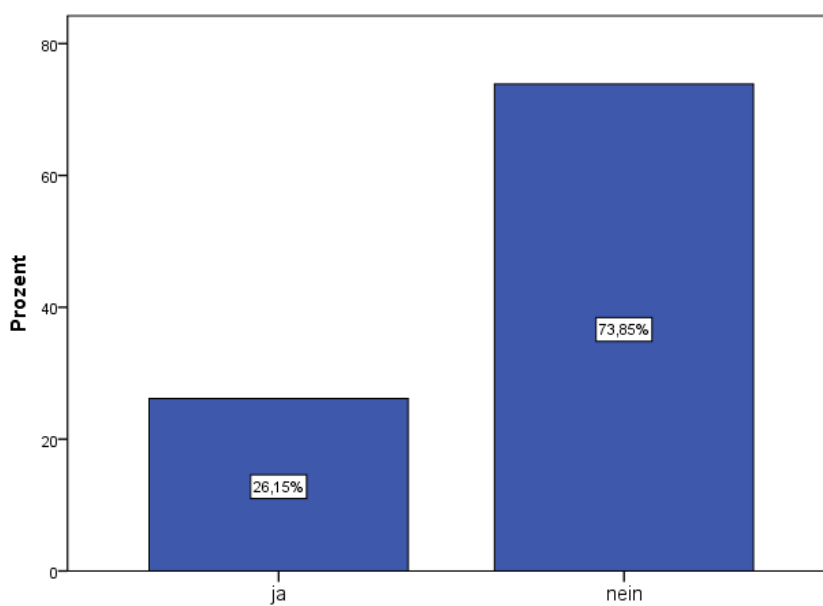


Abb. 14: Einverständnis der PatientInnen für die Besprechung in der Supervision

Die Supervisionen werden zu beinahe 3/4 (74%) **ohne** das Einholen des Einverständnisses der Patientinnen durchgeführt. Nur etwas mehr 1/4 (26%) der SupervisorInnen kommunizieren dies mit den PatientInnen.

### 3.3.3 Angaben zur Person des Supervisors

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse betreffend die Wahrnehmung der SupervisorInnen dargelegt.

#### 3.3.3.1 Alter

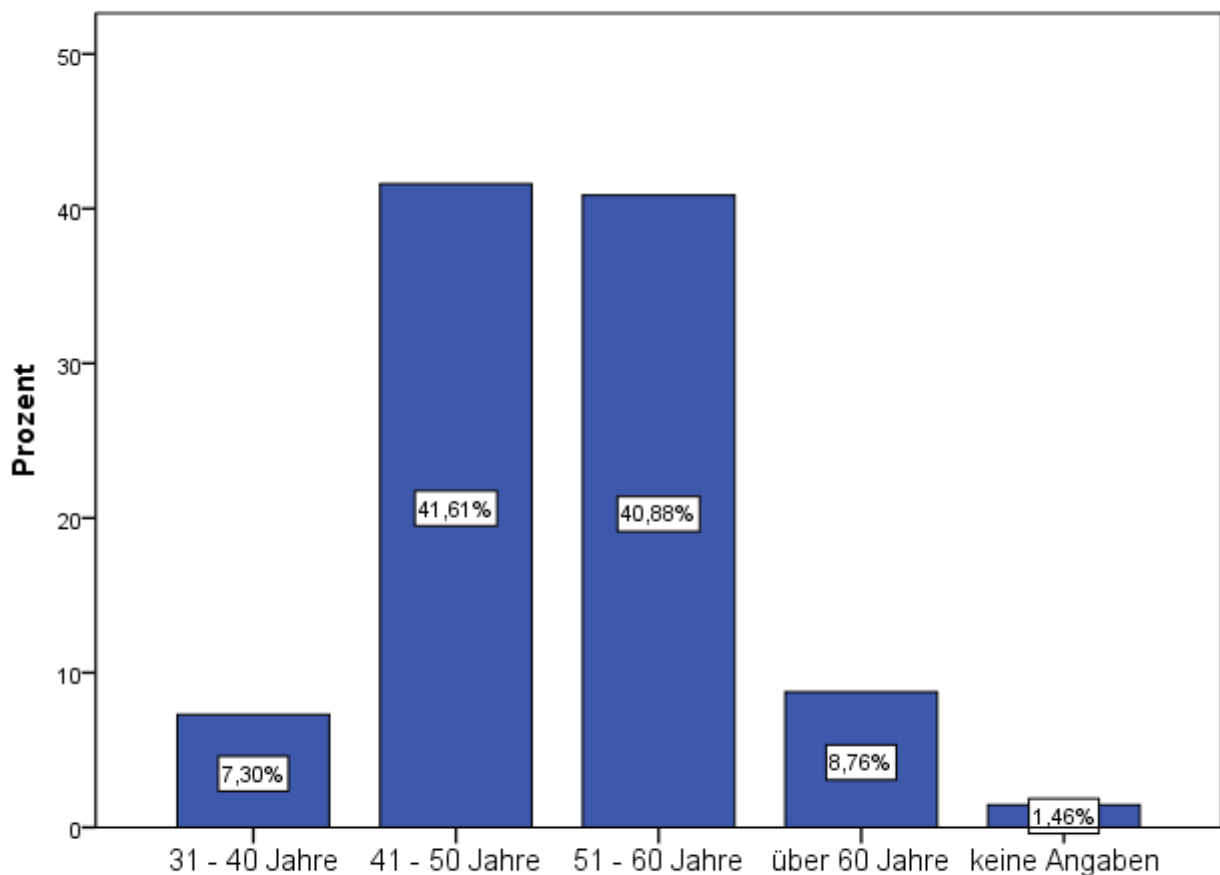


Abb. 15: Ungefähres Alter der SupervisorInnen

Die Angaben wurden kategorisiert. Die tiefste Altersangabe beträgt 32 Jahre, die höchste 70 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre. Über 4/5 (83%) der SupervisorInnen sind in der Altersspanne zwischen 40 und 60 Jahren angesiedelt, wobei sich die 41- bis 50jährigen und die 51-60jährigen die Waage halten. Jüngere, 31-40 Jahre (7%) und ältere, über 60 Jahre (9%) SupervisorInnen machen gemeinsam einen vergleichsweise geringen Anteil (16%) aus.

### 3.3.3.2 Geschlecht

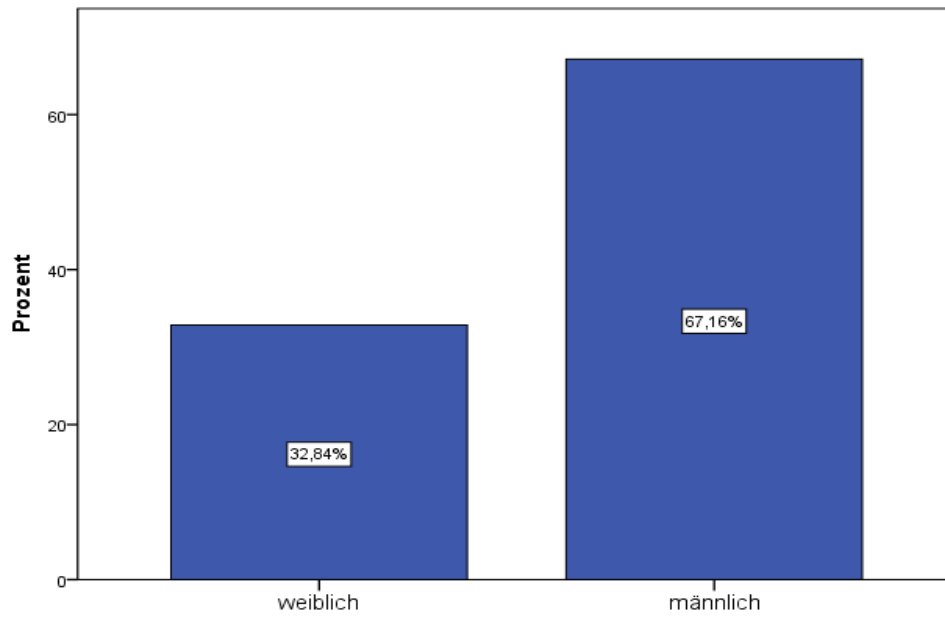


Abb. 16: Geschlecht der SupervisorInnen

Es finden sich mehr als doppelt so viele männliche Supervisoren (67%) als Supervisorinnen (32%).

### 3.3.3.3 Beruf

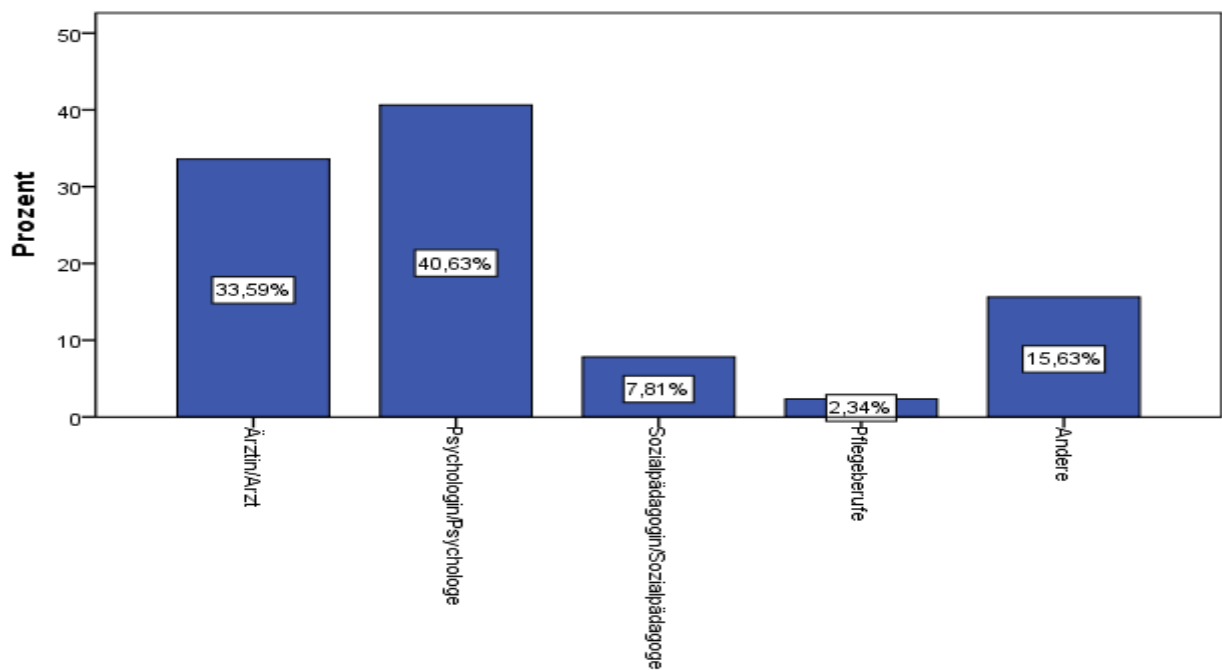


Abb. 17: Beruf der SupervisorInnen

Die grösste Gruppe (41%) bilden die PsychologInnen, gefolgt von den ÄrztInnen (34%), diese beiden Berufsgruppe machen zusammen 3/4 (75%) der SupervisorInnen aus. Die Berufsgruppe der SozialpädagogInnen ist geringer (8%), noch weniger (2%) diejenige der Pflegeberufe vertreten. Andere Berufe machen 16% der SupervisorInnen aus.

### 3.3.3.4 Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung

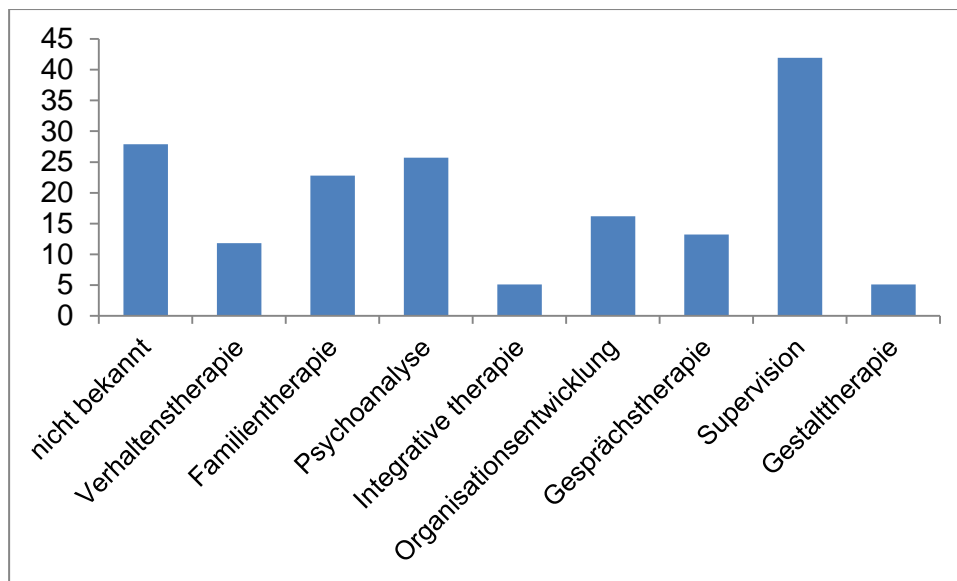


Abb. 18: Art der Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung

Hier waren Mehrfachantworten (231 Antworten) möglich, die Kategorie ‚Andere Richtung‘ (10 Antworten) wurde gesondert betrachtet. Die überwiegende (58%) Zusatzausbildung ist im Bereich Supervision zu finden, gefolgt von der Psychotherapieausbildungen in Psychoanalyse (26%), Familientherapie (23%), der Zusatzausbildung in Organisationsentwicklung (16%), den Psychotherapieausbildungen Gesprächspsychotherapie (13%), Verhaltenstherapie (12%), Integrative Therapie (7%) und Gestalttherapie (7%). Insgesamt sind die Psychotherapieausbildungen in einem hohen Mass (88%) vertreten. Zu über 1/4 (26%, gemessen an N=137) waren die Psychotherapie- bzw. Zusatzausbildungen der SupervisorInnen nicht bekannt.

Die Kategorie ‚Andere Richtung‘ wurde mit 11 Nennungen benannt: Coach, Doktor, Sportstudium, Existenzanalyse, Forensik, Hypnotherapie, Neurolinguistisches Programmieren, Psychodynamische-Körperorientierte Therapie, Traumatherapie, Transaktionsanalyse.

### 3.3.3.5 Mitgliedschaft Fachverband

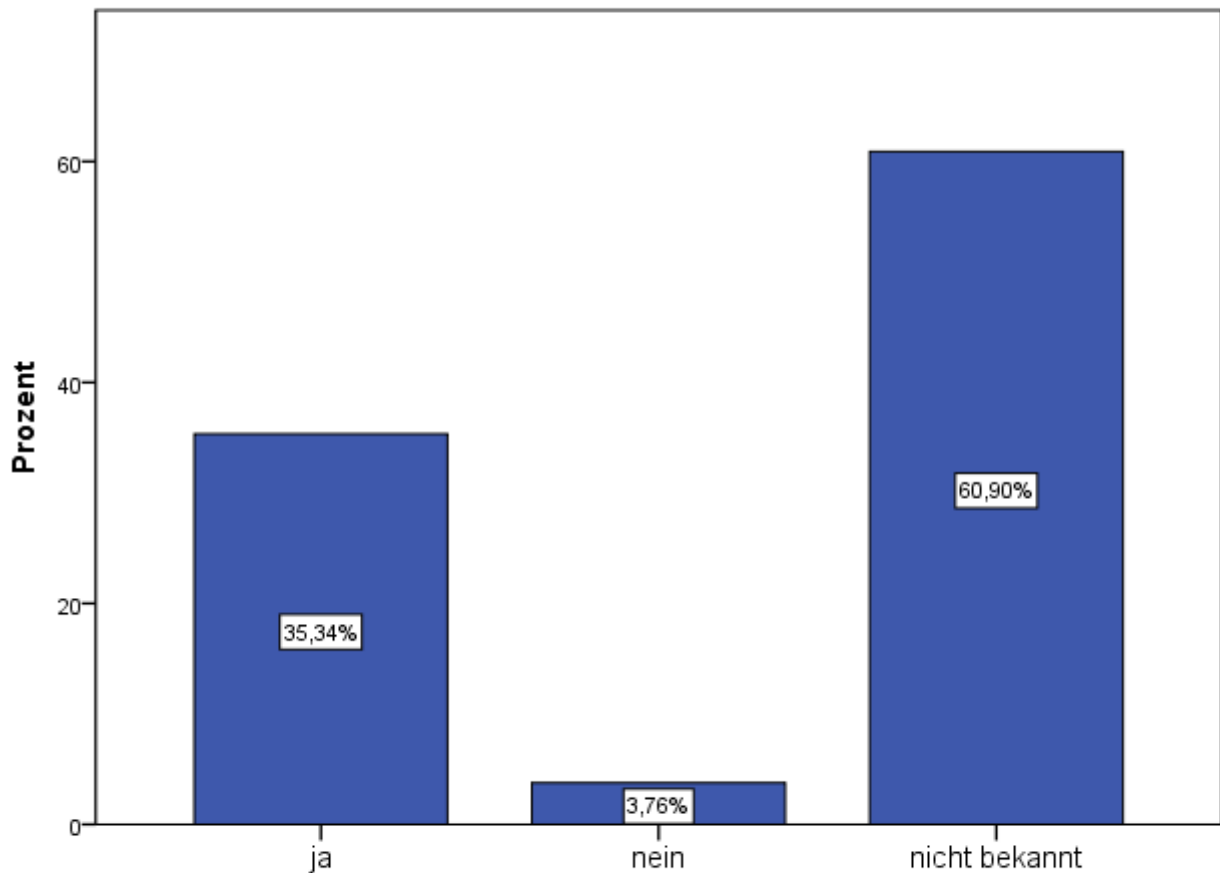


Abb. 19: Mitgliedschaft der SupervisorInnen in einem Fachverband

Das auffallendste Ergebnis ist hier, dass es zu 3/5 (61%) den SupervisorInnen nicht bekannt ist, ob die Mitgliedschaft in einem Fachverband vorhanden ist. Etwas mehr als 1/3 (35%) ist dies bekannt. Bekannt als Nicht-Mitglieder sind ein geringer Anteil (4%) der SupervisorInnen.

### 3.3.3.6 Kompetenz

| Bewertung                  | hoch  | mittel | gering |
|----------------------------|-------|--------|--------|
| Fachwissen im Suchtbereich | 53,7% | 35,8%  | 10,5%  |
| Methodisches Geschick      | 61,8% | 33,1%  | 5,1%   |
| Sozialkompetenz            | 79,4% | 19,1%  | 1,5%   |

Tab 1: Kompetenz der SupervisorInnen

Die **Fachkompetenz** der SupervisorInnen wird zu mehr als der Hälfte hoch (54%) eingeschätzt. Eine mittlere Kompetenz äussert ca. 1/3 (36%), eine geringe ca. 1/10 (11%) der SupervisandInnen. Zum **methodischen Geschick** der SupervisorInnen äussern sich 3/5 (62%) im hohen, 1/3 (33%) im mittleren und eher wenige (5%) im geringen Bereich. Die **Sozialkompetenz** der SupervisorInnen wird mit nahezu 4/5 (79%) hoch eingestuft, mittel mit nahezu 2/5 (19%) und gering nur von Wenigen (2%).

### 3.3.4 Wirkung von Supervision

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Ergebnissen zur Wirkung von Supervision. Der Nutzen wurde in vier Bereichen, persönlicher, eigener beruflicher, patientenbezogener und teambezogener Nutzen mit den vier Einstufungsmöglichkeiten hoher, mittlerer, geringer und kein Nutzen erfragt worden.

#### 3.3.4.1 Nutzen

|                                   | hoch  | mittel | gering | kein |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|------|
| <b>Persönlicher Nutzen</b>        | 41,5% | 45,2%  | 8,9%   | 4,4% |
| <b>Eigener beruflicher Nutzen</b> | 51,9% | 34,8%  | 11,1%  | 2,2% |
| <b>Patientenbezogener Nutzen</b>  | 46,3% | 35,8%  | 14,9%  | 3,0% |
| <b>Teambezogener Nutzen</b>       | 51,1% | 33,3%  | 9,6%   | 5,9% |

Tab 2: Nutzen von Supervision

Der **persönliche Nutzen** von Supervision wird überwiegend (45%) als mittel bewertet, etwas geringer (42%) als hoch. Geringen Nutzen äussert knapp 1/10 (9%), keinen persönlichen Nutzen knapp 1/20 (4%) der SupervisandInnen. Beim **eigenen beruflichen Nutzen** äussern über die Hälfte (52%) eine hohen, gut 1/3 (35%) eine mittlere, eine geringe etwas mehr als 1/10 und wenige (2%) keinen Nutzen aus der Supervision. Der **patientenbezogene Nutzen** wird überwiegend (46%) hoch eingeschätzt, mittel zu gut 1/3 (36%), gering von 15% und ohne von 3% der SupervisandInnen. Einen **teambezogenen Nutzen** bewerten über die Hälfte als hoch (51%), mittel 1/3 (33%), gering 1/10 (10%) und keinen Nutzen sehen 6% der SupervisandInnen.

#### 3.3.4.2 Negative Erfahrungen

Hier handelte es sich um die Aufforderung, mittels einer Textantwort konkrete negative Erfahrungen in einer Supervision zu kommentieren, falls ein „geringer“ oder „kein Nutzen“ vorhanden war. Insgesamt gab es dazu Kommentare von 11 (8%) SupervisandInnen. Die häufigste Nennung (8) bezog sich allerdings darauf, dass explizit betont wurde, dass keine negativen Erfahrungen bestehen, wobei dies teilweise mit Aspekten der Unzufriedenheit oder mit positiven Erfahrungen ergänzt wurde.

**SupervisorInnen und/oder Gefäss Supervision:** Darauf bezogen sich die meisten Äusserungen. Bezüglich der SupervisorInnen wurde fehlende Strukturierung und mangelhafte Moderation bemängelt; Desinteresse, mangelnder Augenkontakt, unzureichende Aufnahme der Bedürfnisse und fehlende Stellungnahme beklagt; Fallbesprechungen kommen zu kurz, und das Vertrauensverhältnis ist gestört, was zu geringer Beteiligung führt. Ein Kommentar bemängelt die lange Sitzungsdauer von drei Stunden und beklagt Ermüdung und Langeweile. Zwei Äusserungen bezogen sich darauf, dass mit langjähriger Erfahrung der Nutzen der Supervision geringer wird, so dass diese kaum mehr benötigt wird oder dann Einzel-Supervision nützlicher wäre. Ein weiterer Kommentar beklagt die Unterschiedlichkeit von Fachwissen und Positionen im Team.

#### 3.3.4.3 Positive Erfahrungen

Hier handelte es sich um die Aufforderung, mittels einer Textantwort konkrete positive Erfahrungen (schützende, stützende, förderliche Anteile) in einer Supervision zu benennen, falls ein „hoher“ oder „mittlerer“ Nutzen vorhanden war. Insgesamt wurden 61 (45%) Kommentare abgegeben, welche in Bezug zur eigenen Person, zu den PatientInnen, zum Team, zur Einrichtung und zu den SupervisorInnen und/oder der Supervision als Gefäss gesetzt und gegliedert wurden. Dem Untersuchungsgegenstand und der Methodik der offenen Fragen gemäss ist es dabei nicht immer eindeutig möglich, die Aussagen zuzuordnen bzw. könnten diese auch mehrfach zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgte im Bemühen um Sachangemessenheit an Hand dem in der Aussage enthaltenen sprachlichen Bezug.

#### **Bezug zur eigenen Person**

Ein eher geringer Teil der Aussagen nahm Bezug auf die konkreten positiven Erfahrungen für die eigene Person.

**Zeit und Raum:** Dabei wurde Zeit und Raum, um die eigene Arbeit zu reflektieren, genannt, die eigenen Gedanken und Ansichten konnten neu geordnet werden, um einen klareren Zugang zu den Themen zu erhalten, eigene Reaktionen konnten hinterfragt, der Arbeitsalltag konnte gut reflektiert, die eigene Sicht konnte positiv verändert werden, ein besseres Verständnis wurde möglich, persönliche Weiterentwicklung fand statt, es resultierten Hilfestellungen für die Arbeit.

**Emotionale Aspekte:** An spezifisch emotionalen Aspekten wurde geäußert, dass Belastung geteilt werden konnte durch deren Mitteilung, Sicherheit wurde erlangt durch die Erfahrung, offen Probleme ansprechen zu können. SupervisandInnen wurden emotional abgeholt und Hoffnung wurde wieder möglich, Psychohygiene war möglich.

### **Bezug zu PatientInnen**

Ein geringer Anteil der Aussagen nahm Bezug auf die konkreten positiven Erfahrungen für die PatientInnen.

Oft entstanden in der Supervision andere Sichtweisen auf die Problematik der PatientInnen, es konnten Fragen im Umgang mit ihnen geklärt, Vorgehensweisen erarbeitet werden, Schulung bezüglich Krankheitsbildern fand statt, so dass das Verständnis verstärkt wurde. Dies war für die Arbeit nützlich, die Arbeit mit den PatientInnen hat sich dadurch immer positiv verändert, mal mehr, mal weniger.

### **Bezug zum Team**

Ein häufiger Anteil der Aussagen der SupervisandInnen nahm Bezug auf die konkreten positiven Erfahrungen für das Team. Die Aussagen wurden in drei Themenkreisen zusammengefasst.

**Kommunikation über mehrperspektivische Sichtweisen und die daraus entwickelten Lösungsansätze mit Auswirkung auf die Teamkohärenz:** Es konnten verschiedenartige Unsicherheiten, Ansichten, Meinungen, Haltungen zu unterschiedlichen Themen wie Zusammenarbeit, Kultur ausgesprochen, ausgetauscht, gebündelt, in einen Rahmen gestellt und im Team weiterbearbeitet, Aufgaben geklärt, die Kommunikationskultur verbessert, gegenseitiges Feedback erlernt werden. So wurde Klarheit hergestellt und Machbarkeit aufgezeigt. Es konnten Entscheidungen zu gemeinsamen Teamhaltungen gefällt, gemeinsame Zielsetzungen, teambildende Massnahmen entwickelt und umgesetzt, Abläufe im Alltag geprüft und angepasst, das Handlungsrepertoire erweitert, eine konstruktive Gesprächskultur entwickelt, „Reframing“ betreffend therapeutische Grundhaltung und Position bezüglich Helfer- und Behördenlandschaft durchgeführt, die Intervision im Team verbessert, Fallsupervision durch Vorbereitung effizienter gestaltet werden.

**Konstruktive Bearbeitung von Konflikten und deren Auswirkungen:** Konflikte wurden ausgesprochen, wahrgenommen, im Team abgefangen, was Einzelne entlastete. Probleme, Differenzen, Spannungen schwierige Situationen unter MitarbeiterInnen, im Team wurden angegangen, differenziert, bearbeitet, geklärt, bewältigt, zum Vorteil aller gelöst, die Konfliktkultur verbessert.

**Äusserungen betreffend den Austausch von emotionalen Aspekten im Team:** Es war möglich, die Leistung und den Einsatz gegenseitig wahrzunehmen und wertzuschätzen. Es



entwickelte sich Offenheit für das Ergehen der Teammitglieder, das Team fühlt und reagiert darauf, das Verständnis für die Anderen wurde gestärkt, die Sensibilität wuchs. So war die Klärung einer schwierigen Krankengeschichte im Team, Trauerarbeit bei verstorbenen PatientInnen möglich.

Ganz allgemein wurde wiederum betont, dass Supervision Zeit und Raum ermöglicht, um über Themen ausserhalb des Alltags nachzudenken, zu reflektieren, sich als Team zu entfalten. Auch erwähnt wurde, dass die Hierarchie zwischen Leitung und MitarbeiterInnen durch Supervision einen anderen Stellenwert erhält bzw. den Machtunterschied verkleinert.

### **Bezug zur SupervisorIn und/oder Supervision als Gefäss**

Der häufigste Anteil der Aussagen der SupervisandInnen nahm Bezug auf die konkreten positiven Erfahrungen durch Kompetenzen und Performanzen der SupervisorInnen und/oder das Gefäss der Supervision.

**Grundsätzliche Haltungen und Handlungen:** Die häufigsten Nennungen betrafen Grundhaltungen und -haltungen der SupervisorInnen: Wiederum - die SupervisorInnen hatten viel Raum für Austausch, Diskussion, Klärung, Handlungsraum gegeben. Sie gingen auf die Anliegen der SupervisandInnen sehr gut ein, hatten die Problemstellung anhand der Schilderungen des Teams sehr schnell erfasst und aufgenommen sowie Mehrperspektivität, auch unter der Berücksichtigung der Hierarchien ermöglicht, eigene und neue Perspektiven, Betrachtungsweisen eingebracht, aufgezeigt, allparteilich. Die supervisorischen Haltungen drückten die SupervisandInnen mit den Zuschreibungen schützend, stützend und entlastend auch bei sehr komplexen Fällen und im Umgang mit den PatientInnen, empathisch, achtsam, sorgsam, wohlwollend, konstruktiv, differenzierend, herausfordernd, kritisch beleuchtend, auch konfrontativ in mutiger und freier Rede, verstehend in Bezug auf KlientInnen und Team, bestätigend, stärkend, auch in Bezug auf die Leitung, positiv verstärkend, ermutigend, auch, um sich als Team auf schwierige Aufgaben einzulassen, ernst nehmend, klärend, fördernd, auffangend bei destruktiver Dynamik im Team, verbindend, souverän auch im Umgang mit äusserst schwierigen und delikaten Situationen im Team, zielgerichtet, und deshalb nützlich, interdisziplinär denkend, nützliche Hinweise, neue Ideen, Mut für Neues vermittelnd, sozial- und selbstkompetent, aus. Sie zeichneten sich durch gutes Zuhören aus, sammelten die Themen adäquat, erkannten, worum es ging, benannten dies sehr klar, sprachen konkrete Team- und Fallprobleme an. Sie schafften es, eine Stimmung herzustellen, in der Gespräche stattfinden können, eine gute Teamatmosphäre entstand. Der Arbeitsstil wurde gemocht. Schwierigkeiten im Team wurden thematisiert, initiiert und begleitet, Hemmungen für das Ausprobieren und Umsetzen von Massnahmen abgebaut, was eine sehr positive Erfahrung war. Sie beziehen Stellung, tun aber keine eigene Meinung kund. Die Rolle der alles überblickenden Instanz wurde sehr geschätzt. SupervisorInnen schafften es, die Ressourcen

der Teammitglieder geschickt zu nutzen. Es wurden Lösungen gefunden oder neue Impulse für Lösungsfindungen gegeben, auf die das Team nicht von alleine gekommen wäre.

**Methodenvielfalt:** Ein zweiter Themenkreis thematisierte die konkreten positiven Erfahrungen durch die Anwendung unterschiedlicher Methoden: die jeweiligen Themen wurden von den SupervisorInnen mit verschiedenen Methoden angegangen, z.B. mittels visueller Darstellungen, Aufstellung der Gruppensynamik der PatientInnengruppe. Es wurden auch „trockene“, aber effektive Methoden angewendet, um Konstellationen im Team oder bezüglich eines Falles aufzuzeigen, durch zielgerichtetes und lösungsorientiertes Arbeiten war es möglich, bei der Sache zu bleiben, sich der Situationen und ihrer verschiedenen Aspekte bewusst zu werden durch Veranschaulichung und die Anwendung vielfältiger Methoden. Geschätzt wurde auch, dass die Meinung von Teammitgliedern immer wieder einbezogen wurde.

**Fachkompetenz:** Drittens wurde in eher geringem Ausmass die Fachlichkeit der SupervisorInnen kommentiert: Fachwissen wurde als hilfreich, ergänzend, hoch edukativ bezüglich störungsbezogenen Inputs, bezeichnet. Betont wurde, dass gerade bei knapper Ressourcenlage kompetente, fachliche und fallbezogene Inputs und Reflexionen für das Team notwendig sind, weil die PatientInnen mit komplexen und vielfältigen Störungsbildern, mit Mehrfachdiagnosen und Migrationshintergrund eine grosse Herausforderung darstellen, insbesondere, wenn wenig Ressourcen in der Einrichtung vorhanden sind,

**Gefäss:** Viertens erfolgten in geringem Ausmass Äusserungen zur Supervision als Gefäss: Durch die Präsenz von SupervisorInnen wurde mehr Offenheit und damit eine neue Teamdynamik möglich. Diskussionen und ausführliche Klärungen zu therapeutischen Möglichkeiten machten eine neutrale Aussensicht notwendig, so halfen die PatientInnenbesprechungen weiter.

### **Bezug zur Einrichtung**

Die konkreten positiven Erfahrungen durch Supervision in Bezug zur Einrichtung wurden von den SupervisandInnen geringfügig kommentiert.

Grobkonzepte zu unterschiedlichen Themen wurden erarbeitet. Es erfolgte eine differenzierte Darstellungen der Problemzonen des Betriebes und möglicher Lösungsansätze mit Aufgaben, welche der weiteren Exploration dienten. Aktuelle Situationen von Institutionen wurden abgebildet. Durch Supervision konnte in einer ganzen Institution eine Haltungsänderung nach einer „Inhouse-Weiterbildung“ gefestigt werden.

### **3.3.5 Vorstellungen von Supervision**

Hier konnten sich die SupervisandInnen zu ihren Vorstellungen zu Supervision äussern.

### 3.3.5.1 Zuschreibung Bedeutung Begriff

Die SupervisandInnen wurden aufgefordert zu äussern, was sie mit dem Begriff „Supervision“ verbinden. Insgesamt äusserten sich 63 SupervisandInnen. Die Kommentare wurden thematisch zusammengefasst und textlich beschrieben.

**Verbindung zum Nutzen von Supervision:** Die häufigsten Äusserungen zum Begriff bezogen sich darauf, welchen Nutzen Supervision bringen soll. Supervision soll unterstützend, entlastend, begleitend, reflektierend, transparent, „überwachend“, motivationsfördernd, klärend, ermunternd, auch für stille Teammitglieder sein und Sicherheit vermitteln. Unterschiedlich je nach Situation. Wichtig ist, dass die Zielsetzungen transparent und verständlich sind und dass alle Beteiligten damit einverstanden sind.

Sie soll Zeit, einen Rahmen ermöglichen, der es einem Team erleichtert, Anliegen, Unklarheiten, Probleme, Haltungen, Meinungen, Prozesse, Herausforderungen, Konflikte im Team oder der Organisation in einem geschützten Rahmen einzubringen, differenziert zu besprechen, auszutauschen und genauer verstehen, lernen zu können. Sie soll Austausch untereinander, Möglichkeiten zur offenen und freien Reflexion und Überprüfung der eigene Wahrnehmungen, des eigenes Erlebens und eigener Handlungsstrategien im Arbeitsfeld, Interpretationen, Methoden und Handlungen des Teams, auch ohne die Leitung, bieten, Trennung zwischen eigenen Emotionen und Fachlichkeit, Perspektivenwechsel, eine möglichst objektive Auseinandersetzung mit anstehenden Themen ermöglichen. Mittels Supervision sollen Situationen, Sachverhalte von verschiedenen Seiten betrachtet, beleuchtet, Prozesse von innen und aussen angeschaut werden, um Situationen, Beteiligte und Systeme besser zu verstehen, sein Blickfeld zu erweitern, neue Perspektiven zu entwickeln, Neues zu lernen oder alte Wissensbestände wieder abzurufen und neue Erfahrungen zu machen. Sie soll Hilfen zur Strukturierung eines Themas und deren Schwerpunktsetzung, fachlich-menschliche Begleitung auch für schwierige Aufgabenstellungen eines Teams, Unterstützung in der Gruppe anbieten, Klarheit schaffen, Hilfestellungen, Anregungen, Beratung und konstruktive Kritik und Feedbacks an Einzelne oder das ganze Team ermöglichen, Teamarbeit, Zusammenhalt, Kommunikation, Zusammenarbeit und die Ressourcen des Teams fördern und verbessern. Supervision wird auch als Orakel bezeichnet, welches zuerst gelesen werden muss, um danach die daraus gezogenen Handlungen selbst zu verantworten. Supervision soll auch aufdeckend sei, Ansichten, das was im Raum steht, offenlegen, diese sollen erkannt und verdeutlicht werden. Das Team soll von aussen beleuchtet werden, Schwächen, Mängel, Unstimmigkeiten, Probleme, blinde Flecken, latent vorhandene, auch schwierige Themen sollen benannt, ans Tageslicht befördert und bearbeitet werden.

Der Nutzen wurde auch im Hinblick auf die PatientInnen formuliert. Supervision soll auch gemeinsames Nachdenken über konkrete Prozesse von PatientInnen, Zeit und Innehalten und die Betrachtung veränderter Beziehungen, die Selbstreflexion der eigenen Gefühle und des Verhaltens zu den PatientInnen ermöglichen. Haltungen, Meinungen, Probleme, unterschiedlichste Prozesse und Konflikte bezüglich der Arbeit mit KlientInnen sollen bearbeitet, reflektiert, verschiedene Sichtweisen sollen zusammengetragen werden, die fachliche Meinung zum konkreten beruflichen Alltag soll eingeholt werden können. Dies soll zum Verständnis für die Behandlung der PatientInnen beitragen, das Blickfeld soll erweitert werden, gemeinsame Haltungen und die Richtung des Therapieprozesses und der Unterstützung dafür durch das Team sollen entwickelt werden, so dass PatientInnen selber in ihrer Entwicklung fortschreiten können. Die Methodik der Supervision soll vielseitig angewendet werden, Supervision wird auch als Coaching mit moderierendem Charakter gesehen, als Begleitung und Beratung.

Derart soll durch Supervision allgemein eine möglichst objektive Sichtweise auf Sachverhalte, neue Sichtweisen und Handlungsansätze, den Umgang mit den aus Krankheit resultierenden Verhaltensweisen, Übersicht, Einsicht, Hineinsicht in ein Ganzes, auf Beziehungen und Interaktionen, gewonnen werden. Sie soll möglichst zum Kern der Problemstellungen vordringen und konkrete Hilfestellungen für die Weiterarbeit bieten. In diesem Sinne soll Supervision die Professionalität fördern, Problemlösungen erarbeiten, neue Lösungsansätze, welche im Alltag eingesetzt werden können, zu verschiedensten Sachverhalten entwickeln, der Psychohygiene dienen, neue, übergeordnete Sichtweisen, Distanz zum beruflichen Alltag ermöglichen. Sie ist unverzichtbar für die Optimierung der Arbeit von therapeutisch arbeitenden Menschen und dient zur Qualitätssicherung.

Mit dem Begriff wird auch Langeweile, Leerlauf, v.a. wenn das Team nicht einbezogen wird, und die Profilierung von einzelnen Teammitgliedern verbunden.

**Verbindung zu Eigenschaften der SupervisorInnen:** Oft wurde der Begriff in Bezug zu den Eigenschaften der SupervisorInnen gestellt. SupervisorInnen sollen Menschen mit viel Lebens- und Berufserfahrung sein, Fachleute, die einen grösseren Erfahrungs- und Wissenshintergrund, Kompetenz in der Sucharbeit ausweisen können, selbst- und sozialkompetent sind, Rat geben können, punktuell eigene fachliche Inputs, Ideen und Werkzeuge zur Verbesserung der Arbeit beisteuern und auf Dinge aufmerksam machen, die ihnen auffallen. SupervisorInnen sollen helfen, angemessene Lösungen für komplexe Probleme zu finden oder, wenn das nicht geht, Unterstützung bieten für die Akzeptanz dessen, was im Moment nicht möglich ist. Die professionelle Tätigkeit der SupervisorInnen erfordert unterschiedlichen Rollenkompetenzen (HelferIn, LehrerIn, SpezialistIn, ModeratorIn), diese sollten situativ adäquat und ohne Machtanspruch angewendet werden können. Eigene Hypothesen oder Diagnosen sollten transparent gemacht werden. In den Fallbesprechungen

sollte methodisches, psychiatrisches und suchtspezifisches Wissen sichtbar angewendet werden, damit Einzelne und das Team sich weiterentwickeln können. SupervisorInnen sollen die aktuelle Team- bzw. KlientInnensituation analysieren und die Zusammenarbeit im Team vermitteln, fördern und neue Perspektiven einbringen. Eine Äusserung bezieht sich auf einen Mann mit Überblick, Fachkenntnissen und Einfühlungsvermögen.

**Verbindung zur Aussensicht durch die Supervision:** Wenige Äusserungen bezogen sich spezifisch auf die Relevanz der Aussensicht durch die Supervision. Es wurde betont, dass eine externe Fachperson, die externe Sichtweise, der andere, fremde Blick, Exzentrizität von Bedeutung ist. Dieser Blick von aussen muss sich auf Erfahrung stützen, einen neutralen Standpunkt einnehmen, über mehr Objektivität verfügen, als sie einzelne MitarbeiterInnen oder das Team haben können.

Würden also diejenigen SupervisandInnen, welche sich geäussert haben, Supervision definieren, so ginge es darum, eine grosse Vielfalt von Konnotationen übergreifend in einen übersichtlichen Rahmen zu stellen.

### 3.3.5.2 Erwartungen an Supervision

| <b>Bewertung</b>                                      | voll zutreffend | unentschieden | nicht zutreffend |
|---|-----------------|---------------|------------------|
| Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team              | 60,2%           | 24,8%         | 15,0%            |
| Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Institution   | 26,5%           | 45,5%         | 28,0%            |
| Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten      | 78,5%           | 12,6%         | 8,9%             |
| Verbesserung der Kommunikation im Team                | 80,0%           | 14,1%         | 5,9%             |
| Unterstützung / Entlastung                            | 77,2%           | 16,2%         | 6,6%             |
| Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen     | 45,2%           | 31,8%         | 23%              |
| Optimierung von therapeutischen Interventionen        | 69,9%           | 21,2%         | 5,9%             |
| Problem- und Konfliktlösung                           | 75,9%           | 18,8%         | 5,3              |
| Aufdecken „unbewusster Prozesse“ bei Einzelnen / Team | 75,2%           | 18,8%         | 6,0%             |

Tab 4: Erwartungen an eine Supervision

Die Erwartungen an eine Supervision zeigen, dass in den meisten Bereichen hohe Erwartungen bestehen: 80% der SupervisandInnen erwarten eine „Verbesserung der Kommunikation“, 79% die „Erhöhung der beruflichen und fachlichen Fähigkeiten“, 77% „Unterstützung/Entlastung“, 76% „Problem- und Konfliktlösung“, 75% das „Aufdecken unbewusste Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team“, 70% „Optimierung von therapeutischen Interventionen“. Über die Hälfte, 60%, benennt auch noch die „Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team“. Wenige Variablen liegen unter oder deutlich unter 50%, 45% bei „mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen“ und v.a. mit 27% die „Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Institution“. Bei der letztgenannten Variable ist der einzige Wert zu finden, welcher von den SupervisandInnen als unentschieden einen höheren Wert von 46% aufweist .

### 3.3.5.3 Erwartungen an SupervisorIn

| <b>Bewertung</b>                   | voll zutreffend | unentschieden | nicht zutreffend |
|------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| Beistand / HelferIn                | 60,6%           | 28,8%         | 13,6%            |
| LehrerIn                           | 15,0%           | 33,9%         | 51,1%            |
| SpezialistIn und ExpertIn          | 59,8%           | 34,8%         | 5,4%             |
| FörderIn / EntwicklerIn von Neuem  | 64,1%           | 32,1%         | 3,8%             |
| PsychotherapeutIn                  | 18,6%           | 30,2%         | 51,2%            |
| Coach                              | 75,2%           | 19,4%         | 5,4%             |
| VermittlerIn zwischen den Parteien | 41,4%           | 39,1%         | 19,5%            |
| ProblemlöserIn                     | 15,6%           | 42,2%         | 41,2%            |

Tab 5: Erwartungen an die SupervisorInnen

Die Rollenerwartungen an SupervisorInnen zeigen ein deutliches Bild. SupervisorInnen werden in erster Linie mit 3/4 als Coachs (75%) erwartet. Auch deutlich über der Hälfte sind FörderIn/EntwicklerIn von Neuem (64%), Beistand / HelferIn (61%) und SpezialistIn / ExpertIn angesiedelt (60%). Die Rollenwartungen als PsychotherapeutIn (19%), ProblemlöserIn (16%) und Lehrerin (15%) sind dazu mit unter 1/5 vergleichsweise gering ausgefallen.

### 3.3.5.4 Vorstellungen von idealem Alter

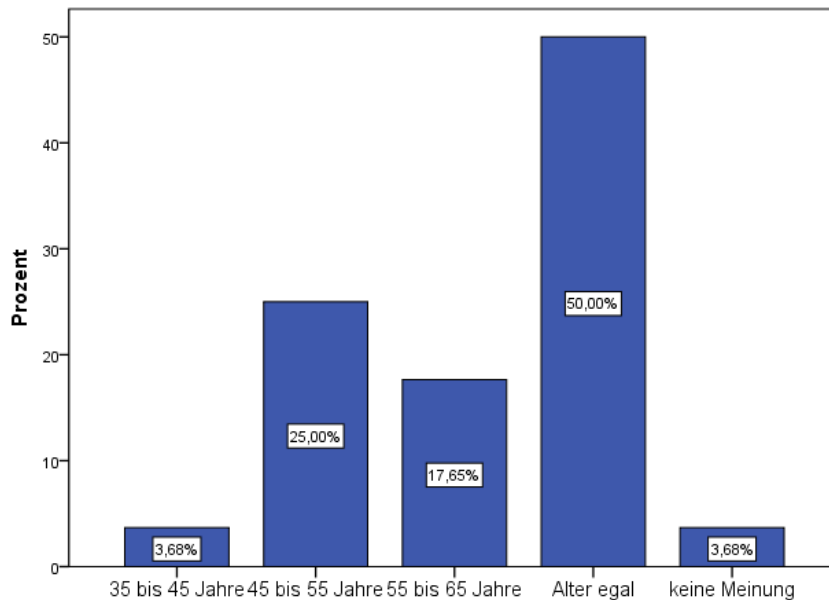


Abb. 20: Ideales Alter von SupervisorInnen

Die Kategorien waren vorgegeben. Auffällig ist, dass der Hälfte der SupervisorInnen das Alter der SupervisorInnen egal ist. 1/4 (25%) gibt an, dass das Idealalter 45-55 Jahre beträgt, weitere 18% stellen sich SupervisorInnen mit einem Alter von 55-65 Jahren vor. Nur 4% sprechen sich für die Altersspanne von 35-45 Jahre aus.

### 3.3.5.5 Risiken und Nebenwirkungen von Supervision

Die SupervisorInnen waren aufgefordert, sich in dieser offenen Fragestellung mittels Textantworten zu den Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für sie als SupervisorInnen, für ihre PatientInnen und für ihr Team zu äussern. 53 SupervisorInnen (39%) äusserten sich mittels 127 Aussagen. Insgesamt hat die Zahl der Antworten bei diesen offenen Fragestellungen im Verlauf abgenommen, was sicherlich damit zusammenhängt, dass sich einerseits Müdigkeit einstellte, andererseits wiederholen sich die Themen aus anderen Perspektiven und damit die Antwortmöglichkeiten. Eine statistisch quantitative Auswertung scheint angesichts der Aussagen, welche viele Einzelaspekte betreffen, nicht sinnvoll. Die Äusserungen wurden qualitativ in Textform verarbeitet. Diese Aussagen wurden nach Themenbereichen strukturiert und ausgezählt. Die textliche Verarbeitung erfolgte anhand der Struktur der Fragestellungen im Fragebogen. Die Themenbereiche wurden jeweils in der Reihenfolge der genannten Häufigkeiten dargestellt. Zur Kategorie „keine“ ist festzuhalten, dass zu den Fragestellungen auch häufig mit der Aussage „keine“ bzw. keine Risiken und

Nebenwirkungen geantwortet wurde, was maximal bei 18 SupervisandInnen (34%), bei der Fragestellung zu den Risiken und Nebenwirkungen für die PatientInnen, der Fall war. Damit brachten die SupervisandInnen spezifisch zum Ausdruck, dass es für sie keine Risiken und Nebenwirkungen für die Supervision gibt. Allerdings ergänzten diese Personen diese Aussage teilweise mit einem „aber“ und nahmen damit Bezug auf Einschränkungen, falls bestimmte Bedingungen, z.B. das supervisorische Fachwissen, nicht erfüllt sein sollten. Diese Äusserungen wurden bei der jeweilig zutreffenden Kategorie platziert.

#### **Für Sie? (41%)**

**Persönliche Integrität (16 Aussagen/13%):** Diese Äusserungen betreffen die persönliche oder berufliche Integrität der SupervisandInnen. Wiederholt wurde betont, dass es ein **Risiko** ist, zu viel Persönliches preiszugeben bzw. zu erkennen, wo die Grenze dafür anzusiedeln ist, was angebracht ist, offen zu legen und was nicht. Mehrfach wurde zu viel Offenheit benannt, weil dies supervisorisch oder von anderen SupervisandInnen ausgenutzt werden könnte. Als **Nebenwirkungen** von Supervision wurden Erfahrungen zur Verletzung einzelner Mitarbeiter, Blossstellung, unnötige Exposition, häufig die Benennung unangenehmer persönlicher Themen, das Aufdecken von verdeckten Prozessen, Indiskretionen, Infragestellung der Arbeitsqualität Einzelner, fehlender supervisorischer Schutzraum benannt. Zweimal wurde ausgesagt, dass kein Vertrauen in die Supervisorin vorhanden ist, ohne den Grund dafür anzugeben. Betont wurde, dass die Supervision ohne Vertrauensverhältnis nicht wirkt. Einmal, dass eigene Aussagen auf kein Verständnis stossen. Als **Folgen** wurden Unwohlsein, Angst, Konfliktverstärkung, Scham, Verletzung und angestaute Wut und Langeweile geäußert.

**Mangelhafte Bearbeitung von Themen (11/9%):** Hier wurde ein Themenkreis angesprochen, bei welchem die Passung zwischen dem vorgebrachten Inhalt und der resultierenden Bearbeitung zu einem unbefriedigendem Ergebnis führte. Als **Risiken** benannt wurden zwar wohlgemeinte, aber unpassende Ratschläge, mehrmals das Ausweichen auf andere Themen, rein kognitive Abhandlungen, Interpretationen, welche als Wahrheit dargestellt werden, fehlende Berücksichtigung der Divergenz zwischen Möglichem und der Realität in der Einrichtung, Konsensdruck, welcher durch Stimmungen im Team gesteuert wird, überwiegendes Abstützen auf SupervisorIn für Zielformulierung bzw. fehlende Übernahme der Verantwortung durch das Team, mehrmals die supervisorische Fehleinschätzung, u.a. bezüglich des weiteren Therapieverlaufs. Als **Nebenwirkungen** wurden die Einengung des Handlungsspielraums, verstärkte Wahrnehmung von ungelösten Problemen, Erschwerung bis Verunmöglichung der Zusammenarbeit im Team, Beratung in die falsche Richtung, Trennungsdynamik im Team, Frustration, Unzufriedenheit und Zeitverlust geäußert.

**SupervisorIn (10/8%):** Mehrfach wurde betont, dass es kaum Probleme geben werde, wenn die Auswahl der SupervisorInnen sorgfältig vorgenommen werde und gleichzeitig darauf



hingewiesen, worauf besonders geachtet werden sollte. Die **Risiken** wurden mehrfach bei mangelnder Professionalität (betont wurde mehrfach das Fachwissen) und mangelnder Performanz der eigenen Rollen (z.B. mehrfach durch das Übernehmen der Führungsrolle), mehrfach bei narzisstisch eingefärbten Persönlichkeiten, mehrfach bei ausgrenzenden Personen, bei illusionsfördernden Menschen, welche die Realitäten nicht anerkennen, bei Menschen mit Machthabitus.

**Supervision als Gefäss (9/7%):** Häufig wurde als **Risiko** die Delegation der Verantwortung an die SupervisorInnen (auch durch Leitungspersonen) angesprochen, des Weiteren zu hohe Erwartung bezüglich definitiven Lösungen, Konkurrenz bezüglich Expertentum zwischen Supervision und Leitung, negative Haltung/Einschätzung bezüglich Supervision, Mehrbelastung durch Supervision bzw. Verstärkung der Arbeitsüberforderung, lange Mandatsdauer der Supervision bzw. Kollegialität. Als **Nebenwirkungen** wurden unangenehme Gefühle und der Umgang damit (trotz hilfreicher Erkenntnisse), Enttäuschung und Konflikte genannt.

**Veränderungsprozesse (5/4%):** Als **Risiko** wurde mehrfach das Anstossen von Veränderung bzw. Verbesserung bezeichnet. Als **Nebenwirkungen** wurden anstrengende Prozesse und zusätzlicher Aufwand, Mangel an Motivation und Unsicherheit genannt.

#### **Für Ihre PatientInnen? (31/24%)**

**Fehlleistungen (9/7%):** Fehlleistungen, welche sich negativ auf die PatientInnen auswirken könnten, wurden als **Risiken** genannt. Häufig erwähnt wurden mangelnde und falsche Wahrnehmung der Problematik und falsche diagnostische Zuordnung, auch benannt wurden fachfremde Supervision, falsche und schädliche Anregungen, Wertungen, mangelnde Teamsupervision, Einzel-Fallsupervision ohne Videobelege. Die geäußerten **Nebenwirkungen** von solchen Fehlleistungen betreffen Umwege im Behandlungsverlauf, fehlender Nutzen und schlechtes Betriebsklima.

**Datenschutz, Schweigepflicht (7/6%):** **Risiken** wurden da geortet, wo der Datenschutz bzw. die Schweigepflicht nicht eingehalten wird. Diese Bedenken wurden häufig genannt. Auch Unzufriedenheit darüber, dass durch Supervision eine weitere Person Kenntnis von Lebensgeschichten der PatientInnen erhält. Als **Nebenwirkung** wurde unspezifisch die Auswirkung von Indiskretion auf die PatientInnen geäußert.

**Voreingenommenheit (5/4%):** Voreingenommenheit als **Risiko** wurde durch Mitarbeitende, welche die PatientInnen nur oberflächlich kennen, wahrgenommen, v.a. wenn dabei eine Dynamik des sich gegenseitig Unterstützens ohne Reflexion stattfindet. Die Voreingenommenheit kann auch bei PatientInnen bestehen, welche sich auf eine bestimmte Diagnose festgelegt haben oder durch die Verweigerung der Besprechung in der Supervision. Als **Nebenwirkung** wurden unspezifisch Auswirkungen auf die PatientInnen berichtet.

**Veränderungsdruck bei PatientInnen durch Veränderungen im Team (4/3%):** Alle Aussagen betreffen erarbeitete Veränderungen in der Supervision bezüglich des Teams oder struktureller Art. Diese bergen ein **Risiko** für die PatientInnen, wenn sie nicht am Veränderungsprozess beteiligt, sondern nur betroffen sind. Diese werden von ihnen bemerkt. Als **Nebenwirkung** wurde die Unmöglichkeit der PatientInnen beschrieben, sich auf Veränderungen einzulassen.

Als weitere **Risiken** wurden mangelnde Zusammenarbeit und Unstimmigkeiten im Team, einseitige Interventionen, Delegation der Verantwortung an die Supervision, kollektive Einheitssicht für alle PatientInnen und die Verletzung der Privatsphäre der PatientInnen genannt.

**Für Ihr Team? (46/36%)**

**Fehlleistungen (19/15%):** **Risiken** ergeben sich nach Ansicht der SupervisandInnen am häufigsten aus Fehlleistungen in der Supervision. Dazu werden Interventionen von SupervisorInnen genannt wie Parteilichkeit, fehlendes Eingreifen bei Eskalation eines Teamkonfliktes bzw. wenn destruktive Muster aus dem Alltag in der Supervision weiter gelebt werden dürfen, unterschiedliche Sichtweisen werden offen gelassen, Streben nach Harmonie, fehlende Strukturierung, Inkompetenz, Rolle als Coach wird nicht wahrgenommen, fehlende synergetische Kompetenz und Performanz, Entwertungen. Die zahlreich aufgeführten **Nebenwirkungen** äussern sich in der Spaltung des Teams bzw. bei der Bildung von Parteien und dem Verstärken von Gruppenkämpfen, dem Aufbrechen bzw. Verstärken von Konflikten, der Schwächung des Teams, Ohnmacht, Orientierungslosigkeit, unverstanden fühlen, ausbrennen und der Unklarheit über Verhaltensmuster.

**Hinterfragung (8/6%):** Ein wesentliches **Risiko** liegt gemäss den SupervisandInnen auch in der Hinterfragung von SupervisorInnen von Prozessen, Abläufen und Interventionen im Team. Ebenso, wenn Konflikte bewusst gemacht werden. Die häufig genannten **Nebenwirkungen** sind Konflikte, Konfliktverstärkung, neues Konfliktpotential kann entstehen, Kündigung, Entstehung und Aufbrechen von emotionalen Allianzen, Verunsicherung, kurzfristige Störung des Arbeitsklimas, Auseinandersetzung, Mehraufwand, Konfliktverstärkung, neues Konfliktpotential wird geschaffen.

**Gefäss (6/5%):** Einige SupervisandInnen äusserten sich dazu, dass das Gefäss grundsätzlich ein **Risiko** für das Team darstellt. Dazu gehören langfristige Terminverbindlichkeiten, verpuffte Zeit, fehlender schützender Raum, mangelnde Effizienz, fehlende Ernsthaftigkeit bei der Teilnahme. Als **Nebenwirkungen** treten demnach Alltagstrott, ein zu kollegiales Verhältnis zu SupervisorInnen und lückenhafte Teamprozesse auf.

**Delegation Verantwortung (6/5%):** Auch bezüglich der Auswirkung von Supervision auf das Team wird die Delegation der Verantwortung an die Supervision als **Risiko** wieder genannt.

Die **Nebenwirkung** wirkt sich laut SupervisandInnen auf eine defizitäre Eigenverantwortung und Ressourcennutzung der Mitarbeiter aus, was als Zeitverschwendung betrachtet wird. Weitere **Risiken** wurden bei einem Mangel an Offenheit, Vertrauen, Ehrlichkeit und der Verletzung der Privatsphäre gesehen, was zu **Nebenwirkungen** wie Defiziten in der Zusammenarbeit, Misstimmung und Kündigung geführt hat.

#### 3.3.5.6 **Protektive und präventive Faktoren**

Es wurde dieselbe Vorgehensweise wie im vorhergehenden Kapitel zu den Risiken und Nebenwirkungen angewendet. Die SupervisandInnen wurden aufgefordert, sich zu den protektiven und präventiven Faktoren (schützende, stützende, fördernde Anteile) von Supervision für sie, für Ihre PatientInnen, für das Team, zu äussern. Die Aussagen wurden anhand der vorgegebenen drei Kategorien ausgewertet. Wiederum 53 SupervisandInnen (39%) äusserten sich diesmal deutlich ausführlicher, nämlich mittels 203 Aussagen zu den protektiven und präventiven Faktoren von Supervision.

#### **Für Sie** (90/39%)

**Schützend** (11/5%): Mit Abstand die wenigsten Aussagen der SupervisandInnen erfolgten betreffend den schützenden Faktoren. Häufig wurde erwähnt, dass Supervision hilft, der Überlastung entgegenzuwirken, schützend auch in dem Sinn ist, dass Psychohygiene und Burnoutprophylaxe betrieben werden kann. Auch schützend ist, wenn es „einfach mal so sein darf wie es ist“ und mal ausgesprochen werden kann. Präventiv, schützend wirkt auch die Verarbeitung von schwierigen Prozessen, zudem schützt sie vor Betriebsblindheit und hilft Resignation bezüglich Zusammenarbeit und Klienten zu verhindern.

**Stützend** (31/15%): Die stützende Funktion der Supervision im Sinn von Unterstützung, Bestärkung, Ermutigung, Verständnis und Hilfestellung wurde häufig unspezifisch genannt, spezifisch haben die SupervisandInnen diese bei der Entlastung bei Misserfolgen erlebt, bei der gemeinsamen Strategieentwicklung gegenüber dem Ausspielen der Mitarbeiter von den PatientInnen, haben Hilfsangebote bei Unsicherheiten in diversen Fragen erhalten, beim Ansprechen von schwierigen Themen, bei Fragen der Abgrenzung, bei der Regulierung von Emotionen, belastende Situationen können besprochen werden, eigene Unsicherheiten abgebaut, Ohnmacht und der Umgang damit, Ressourcen können geteilt werden. Gemeinsamkeit wurde auch erlebt bei der Verarbeitung von Todesfällen oder anderer schwieriger Ereignisse. Stützend wurde auch die Absicherung bei schwierigen Entscheidungen erlebt. Auch erwähnt wurde das Verständnis für die eigene Situation, Aufklärung bei Unstimmigkeiten, die Hilfe bei der Erarbeitung eines Konsens im Team, Hilfestellung für die Schulung des Innen- und Aussenblickes, beim Lösen von scheinbar unbewältigbaren Problemen, beim Erkennen und Gewährwerden der Grenzen der eigenen Arbeit, bei der

Klärung von Unsicherheit und Verwirrung. Hilfreich ist es auch, dort abgeholt zu werden, wo man steht, Hilfestellungen erfahren, um sich und die Anderen ernst zu nehmen und eigene Sichtweisen äussern zu dürfen sowie begleitet zu werden in der Selbstreflexion. Supervision „kann wohl tun“.

**Fördernd (37/18%):** Die fördernde Funktion der Supervision für sie selbst wurde von den Supervisandinnen am häufigsten erwähnt. Betont wird die Notwendigkeit, einen ganzheitlichen, interdisziplinären Blickwinkel einzunehmen auf die PatientInnen, auf das Team, überhaupt die Förderung durch neue Sichtweisen und dadurch das Entwickeln von neuen Ansichten und Handlungsmöglichkeiten. Eine neutrale Person, welche aus einem anderen Blickwinkel dabei Impulse einbringen kann, ist hilfreich. Dabei wird der Reflexion der Arbeit ein grosser Stellenwert beigemessen, Zeit haben, auf der Metaebene Themen betrachten zu können, welche im Alltag zu wenig beachtet oder tabuisiert werden, reflektieren hilft, Fehler zu vermeiden oder bietet Unterstützung bei deren Korrektur. In diesem Sinn gibt Supervision auch Sicherheit, einigermaßen auf dem richtigen Weg zu sein, dass es kaum blinde Flecken oder verborgene Konflikte gibt und dass die Interventionen einigermaßen adäquat sind. Der Lerneffekt wird insgesamt betont, Übertragungen und Gegenübertragungen werden aufgedeckt, die Methodenkompetenz erweitert, das Bewusstsein für Prozesse geschärft, Achtsamkeit geschult, ebenso das Fachwissen, die Ressourcen der einzelnen Mitarbeiter können besser eingeschätzt werden, so dass diese Erkenntnisse in den Berufsalltag einfließen können und damit die Qualität sichern. Dazu dienen auch Feedbackprozesse, welche in einem offenen Rahmen fruchtbringend eingesetzt werden und auch sensible Themen wie z.B. Nähe und Distanz ansprechen können, Rollen und eigene Prozesse geklärt werden und Grenzen aufgezeigt werden können. Förderlich ist, wenn dies in einer wertschätzenden Atmosphäre geschehen kann, so dass Motivation und Selbstwirksamkeit und Selbstregulation für die eigene Arbeit entwickelt und aufrechterhalten werden kann.

#### **Für Ihre PatientInnen (65/32%)**

**Schützend (7/3%):** Nur wenige SupervisandInnen äusserten sich zur schützenden Funktion der Supervision für die PatientInnen. Schutz wurde teilweise unspezifisch erwähnt, weiter wurde der Schutz der PatientInnen vor Fehlern genannt, der Schutz vor Übertragung, Schutz, um Angelegenheiten anzusprechen, die im Alltag keinen Platz haben sowie insofern schützend, dass Supervision stressmindernd ist und hilft Mobbingprozesse bereits früh zu stoppen.

**Stützend (5/2%):** Auch die stützende Funktion der Supervision für die PatientInnen fand nur wenig Erwähnung. Nebst unspezifisch genannter Stütze wird Bestärkung, Entlastung, das Teilen von Ohnmacht und der Umgang damit sowie Humor als stützend erlebt, eine externe Moderation erhöht die Chance auf bessere Lösungsfindung, hilft dem Team bei der Bündelung

der Kräfte und diese effizient einzusetzen. Auch stützend ist, wenn besprochen wird, wie schwierige Situationen deeskaliert werden können.

**Fördernd** (53/26%) Um ein Vielfaches häufiger haben sich die SupervisandInnen zu den förderlichen Faktoren für ihre PatientInnen geäußert. Häufigster angesprochener Themenbereich ist **Mehrperspektivität und Metareflexion**: Hilfreich ist die positive Sicht auf die PatientInnen, die Kenntnis und das Verständnis für deren Schwierigkeiten, schädliche Muster und Störungen. Mit neuen Erkenntnissen und den entsprechenden Werkzeugen ist präzisere Arbeit möglich. Förderlich ist, wenn erreichbare Therapieziele formuliert werden können für die professionellere und einheitlichere Betreuung der PatientInnen. Die Komplexität in der Suchtarbeit soll aktiv angegangen werden. Hilfreich sind verschiedene Sichtweisen, der Blick von aussen durch SupervisorInnen verhilft zu neuen Lösungen, kann festgefahrenen Situationen in Bewegung bringen, therapeutische Haltung und Handlungskompetenz erweitert werden. Behandlungsart, Dauer und Ansatz können hinterfragt und korrigiert werden. Förderlich für die Mehrperspektivität ist nebst den Blickwinkeln und dem Fachwissen/der Fachkompetenz der SupervisorInnen das Fachwissen der Mitarbeitenden, was auch in der Intervention mittels der Methode des „reflecting team“ geschehen kann. So kann Qualität gesichert werden, der Fokus wird erweitert, Behandlungen korrigiert werden, die PatientInnen fachgerecht und individuell betreut werden, der therapeutische Nutzen wird optimiert, die Kommunikation gefördert werden. Ein zweiter Themenbereich umfasst **Befunde zum Team**: Erforderlich ist die Gleichbehandlung aller Teammitglieder, Wertschätzung, die ressourcenorientierte und kreative Auseinandersetzung mit Fehlern und Unzulänglichkeiten. Missverständnisse sollen möglichst vermieden werden, positive Verhaltensänderungen angestrebt werden. Akzeptanz des und der Andersartigen kann beruhigend wirken, Konflikte sollen ausgesprochen und geklärt werden. „Wenn die Supervision mir und meinem Team zugute kommt, kommt sie auch den PatientInnen zugute“. Dasselbe wird ausgesagt, wenn sich das Team offen und kongruent im Alltag verhält, motiviert zeigt, in die gleiche Richtung arbeitet, dies macht Vieles leichter. Dabei soll Stellung bezogen werden, Ungesagtes ausgesprochen werden, dies eröffnet neue Perspektiven.

**Für Ihr Team** (59/29%)

**Schützend** (7/3%): Wie bereits bei den Äusserungen zu den PatientInnen wurden auch hier wenige Antworten platziert. Betont wird von den SupervisandInnen abermals mehrmals der Schutz vor Mobbing und Betriebsblindheit. Ein zweiter Themenbereich umfasst den Rahmen von Supervision, um im geschützten Rahmen Angelegenheiten anzusprechen, welche im Alltag nicht möglich sind. Damit schützt Supervision vor Eskalation, Konflikte können aufgegriffen werden, bevor die Situation zu verfahren ist.

**Stützend (13/6%):** Hier wird von den SupervisandInnen die Rolle der SupervisorInnen als aussenstehende Person mit einem neutralen Blick besonders betont. Dies hilft, um Konflikte aufzudecken und konstruktiv aufzuarbeiten, hinderliche Strukturen und Prozesse aufzubrechen und Lösungsansätze zu entwickeln ist, blinde Flecken sichtbar werden zu lassen. Das entlastet, erleichtert und vermittelt Sicherheit. Der Sicherheitsaspekt wird auch im Zusammenhang mit dem Team betont, wenn man weiss, „dass man auf die Anderen zählen kann“, das Gefühl, sich gegenseitig zu stützen und getragen zu werden – der Aspekt der Gemeinsamkeit, dass aufeinander acht gegeben, Sorge getragen wird, Verständnis da ist. Dies ist v.a. dann wichtig, wenn man im Arbeitsalltag überwiegend als EinzelkämpferIn unterwegs ist, dann ist der psychohygienische Teil besonders wichtig. Die teilende Funktion von Supervision wird auch mit dem Teilen von Ohnmacht, Humor, Ressourcen, neuen Sichtweisen und Fachwissen umschrieben.

**Fördernd (39/19%):** Wiederum wurde die förderliche Funktion der Supervision für das Team von den SupervisandInnen am Ausführlichsten kommentiert. Ein Aspekt hebt sich dabei besonders heraus. **Supervision fördert und verbessert die Zusammenarbeit im Team bzw. ist teambildend:** Supervision ermöglicht Zeit und Raum, um wichtig Themen zu besprechen, voneinander zu lernen, zu reflektieren aus unterschiedlichen Perspektiven, um gemeinsame fachliche Haltungen, eine gemeinsame Sicht auf die PatientInnen, auch als Leitlinien für den Umgang mit den PatientInnen, zu entwickeln, so dass nachhaltiges, fließendes, zielgerichtetes Arbeiten möglich wird, Aufträge können geklärt, Ressourcen optimiert werden. Der Austausch wird als Nahrung und Unterstützung formuliert, indem Gemeinsamkeit im wertschätzenden und toleranten Umgang miteinander erlebt wird. Die Teammitglieder lernen gegenseitig die einzelnen Arbeitsweisen besser kennen, die Zusammengehörigkeit und Nähe wird gefördert, das Klären von Unsicherheiten wirkt stabilisierend auf das Team. Supervision fördert die Kommunikation untereinander, sie erhöht die Motivation, um dranzubleiben und sich weiterzuentwickeln und erhöht damit die Teamfähigkeit des Einzelnen und damit die Arbeitsfähigkeit des Teams, die Kompetenz, Performanz und das Vertrauen und wirkt dadurch qualitätssichernd. Ebenfalls als förderlich für das Team werden Aspekte der **Klärung und Transparenz** formuliert: Konflikte werden angegangen und geklärt, belastende Situationen reflektiert und eingeordnet, Gruppenprozesse und –dynamiken sowie unbewusste Motive bei Einzelnen und im Team werden aufgegriffen und bewusst gemacht, Abläufe offen gelegt und verbessert, man setzt sich mit der eigenen Rolle im Team auseinander, damit können die Grenzen und Möglichkeiten des Teams aufgezeigt werden.

### 3.3.6 Sonderteil Sucht

Im Sonderteil Sucht äusserten sich die SupervisandInnen zur Suchthematik der in ihren Einrichtungen behandelten PatientInnen.

#### 3.3.6.1 Patienten insgesamt

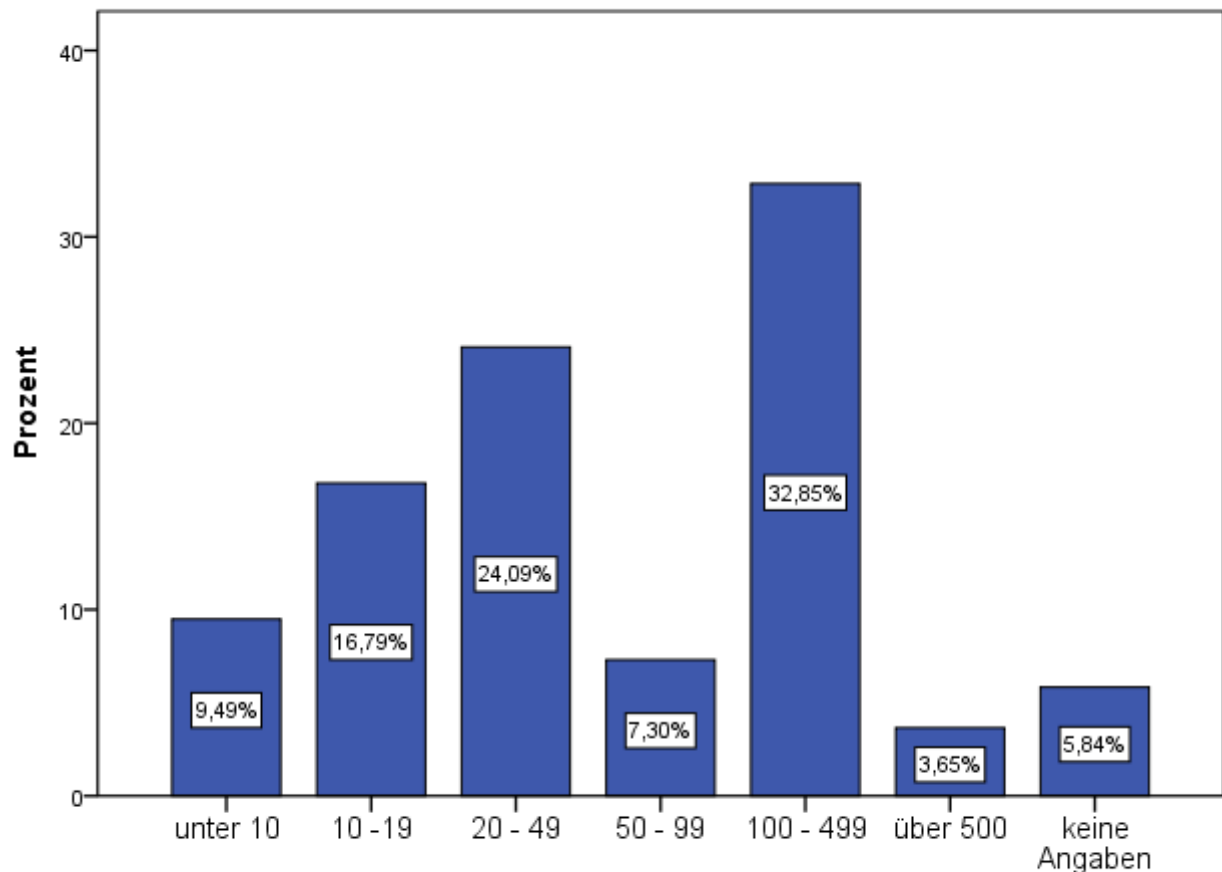


Abb. 21: Behandelte PatientInnen insgesamt

Insgesamt werden in den Einrichtungen der SupervisandInnen 17434 PatientInnen behandelt, durchschnittlich pro Einrichtung 135. Die Streuung ist sehr breit. Es wurden unregelmässige Kategorien gebildet, um das Abbild der behandelten PatientInnen (P) zusammenfassen zu können. Der Streubereich liegt zwischen 2 (2%) und 2292 (1%) P. Knapp 1/3 (33%) der SupervisandInnen arbeitete in Einrichtungen mit einer hohen Anzahl von 100-499 P., beinahe 1/4 (24%) mit 20-49 P., 17% in kleineren Einrichtungen mit 10-19 P., unter 1/10 (9%) der SupervisandInnen stammt aus Einrichtungen mit kleinen Gruppen, unter 10 P., mittelgrossen Einrichtungen mit 50-99 P. (7%) oder dann solchen mit sehr hohen PatientInnenzahlen von über 500 (4%).

### 3.3.6.2 Patienten mit Suchtmittelproblematik

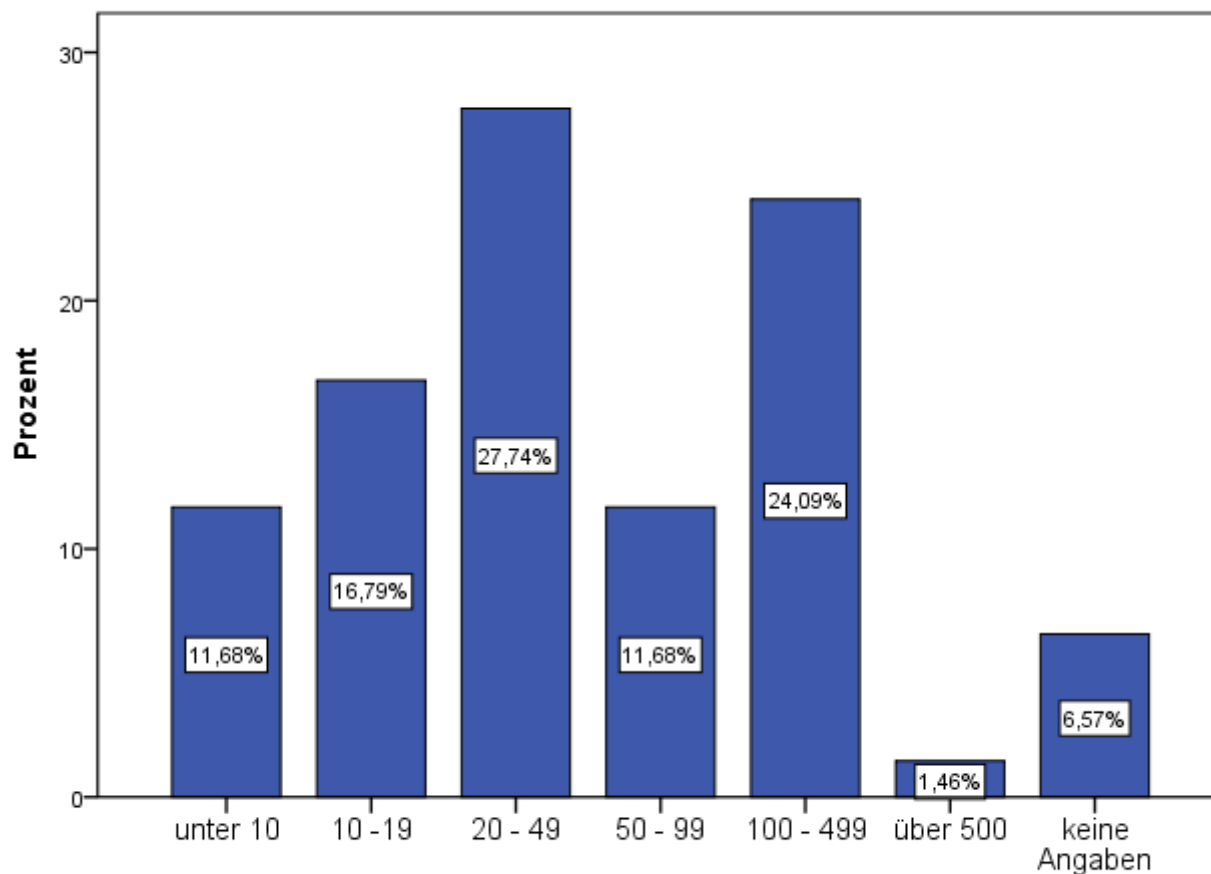


Abb. 22: PatientInnen mit Suchtmittelproblematik

Auch hier besteht eine grosse Streuung, deshalb wurden dieselben Kategorien wie in der vorausgehenden Abbildung (s. 3.3.6.1) angewendet. Insgesamt handelt es sich um 12345 SuchtpatientInnen, im Durchschnitt behandelt jede Einrichtung deren 96. Die Streuung reicht von 2 (2%) bis 1234 (1%) SuchtpatientInnen (SP). Am meisten SupervisandInnen sind in Einrichtungen mit 20-49 SP. beschäftigt, gefolgt von solchen mit 100-499 SP (24%). Noch über 1/10 (17%) der SupervisandInnen stammen aus kleineren Einrichtungen mit 10-19 SP, aus kleinen mit unter 10 SP (12%) und mittelgrossen mit 50-99 SP (12%). Die SupervisandInnen mit einer Patientenanzahl aus mittelgrossen und grösseren Einrichtungen, insgesamt aus dem Mittelfeld, überwiegen also bei den Ergebnissen.



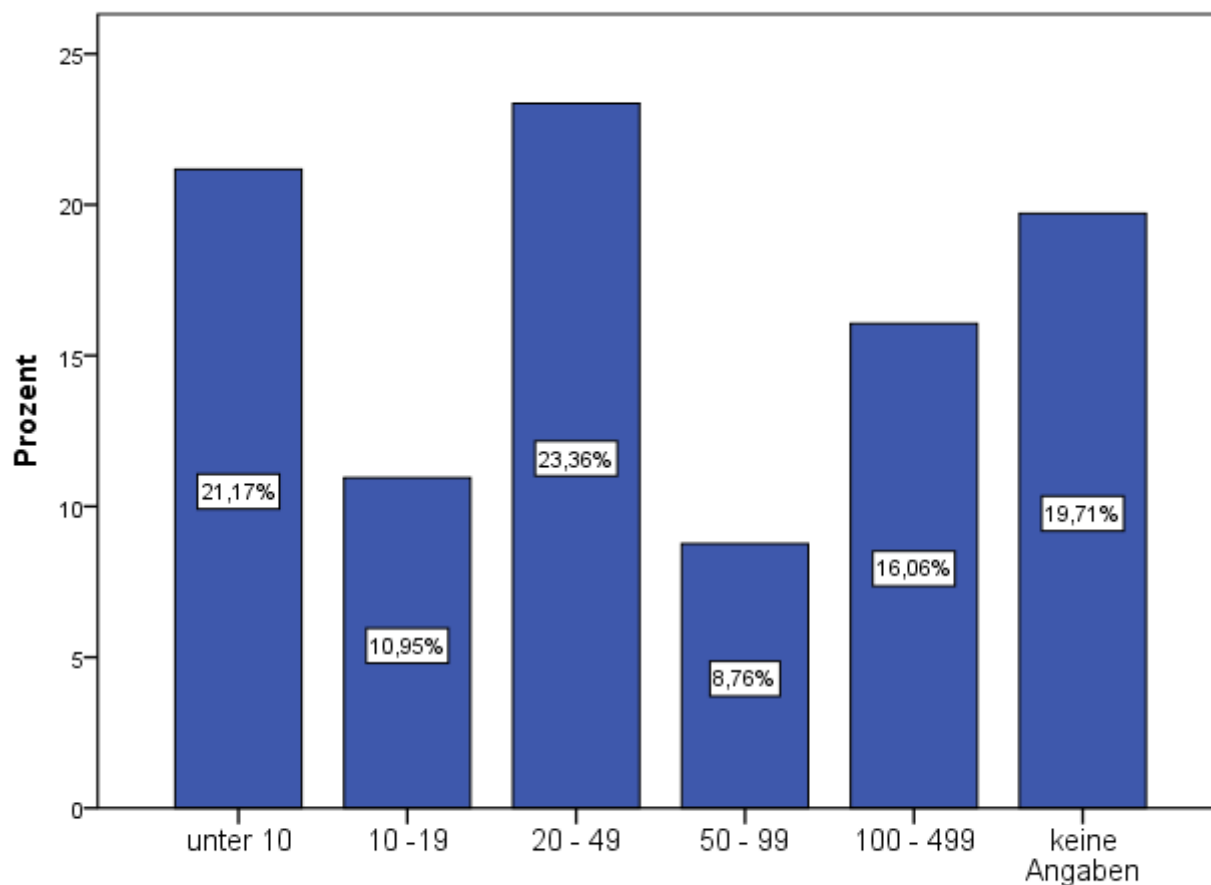


Abb. 23: PatientInnen mit Doppeldiagnose

Insgesamt weisen 5905 PatientInnen eine Doppeldiagnose, welche nicht gesondert erhoben wurden, auf, im Durchschnitt pro Einrichtung sind das 54. Die Streuung verringert sich und das Bild für die Werte für PatientInnen mit Doppeldiagnose (PD) werden ausgeglichener. Es wurden grundsätzlich erneut dieselben Kategorien wie in den vorausgehenden Abbildungen (s. 3.3.6.1) angewendet. 23% der SupervisandInnen sind in Einrichtungen mit 20-49% PD beschäftigt, 21% in solchen mit unter 10 PD, 16% mit 100-499 PD, 11% mit 10-19 PD und 9% mit 50-99 PD. Ein recht hoher Anteil der SupervisandInnen (20%) machte hierzu keine Angaben.

### 3.3.6.4 Dauer der Behandlung

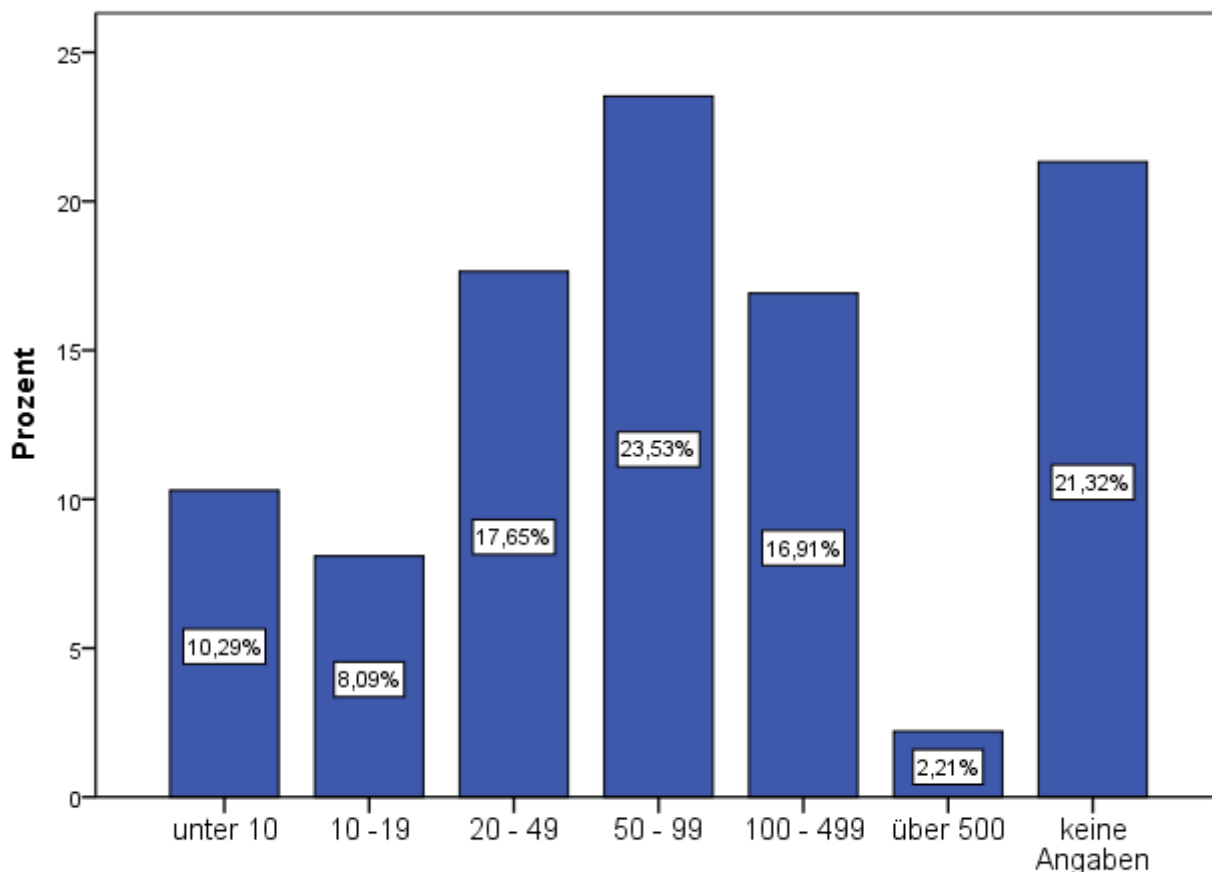


Abb. 24: Behandlungsdauer der PatientInnen in Wochen

Insgesamt beträgt die Behandlungsdauer in den Institutionen der SupervisandInnen 10751 Wochen, dies entspricht 224 Jahren, die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 100 Wochen, was 2.1 Jahren entspricht. Auch hier gibt es eine grosse Streuung, es wurde wieder die gleiche Kategorisierung (s. 3.3.6.1) vorgenommen. Die Streuung variiert von 0 (1%) also unter einer Woche bis 800 (2%) Wochen, also über 16 Jahre. 24% der SupervisandInnen arbeiten in Einrichtungen mit einer Behandlungsdauer (BD) von 55-99 Wochen, 18% in einer solchen mit BD von 20-49 Wochen, 17% mit BD von 100-499 Wochen. In geringerem Ausmass waren die Behandlungsdauer von unter 10 Wochen (10%), 10-19 Wochen (8%) und über 500 Wochen (2%) vertreten. Gut 1/5 (21%) macht keine Angaben.

### 3.3.6.5 Art der Suchtbehandlung

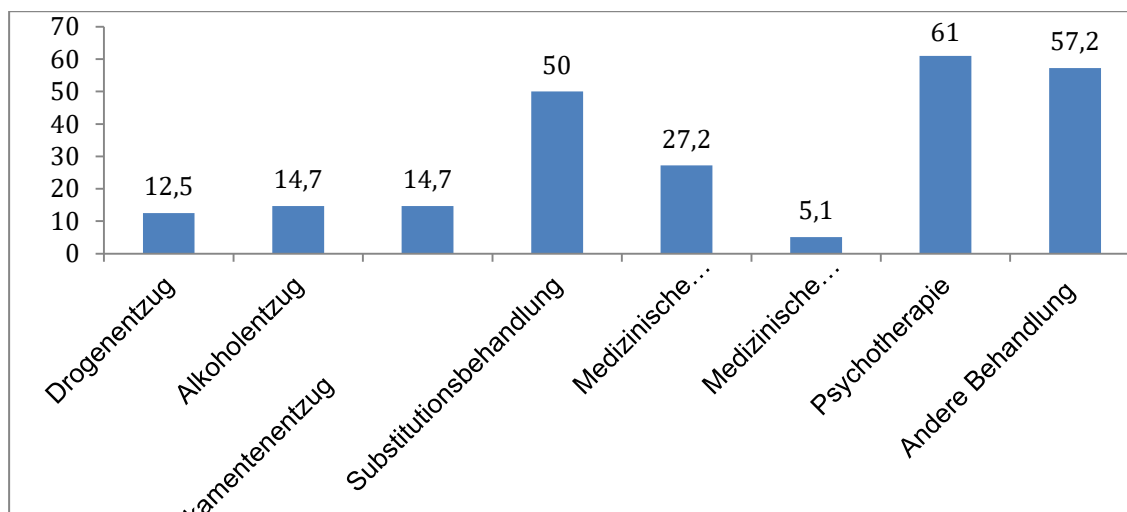


Abb. 25: Art der durchgeführten Suchtbehandlung

Es waren Mehrfachantworten möglich. Psychotherapie wird in 61% der Einrichtungen angewendet, Substitutionsbehandlungen in 50%, medizinische Behandlungen bei 28%, Drogen-, Alkohol- und Medikamentenentzug bei 13-15% und medizinische Rehabilitation bei 5%. Andere Behandlungen nehmen mit 58% einen recht grossen Stellenwert ein. Dazu gehören v.a. ambulante Beratungsstellen, betreute Wohnangebote, Gassenarbeit und Rehabilitation.

### 3.3.6.6 Angewandte Behandlungsansätze

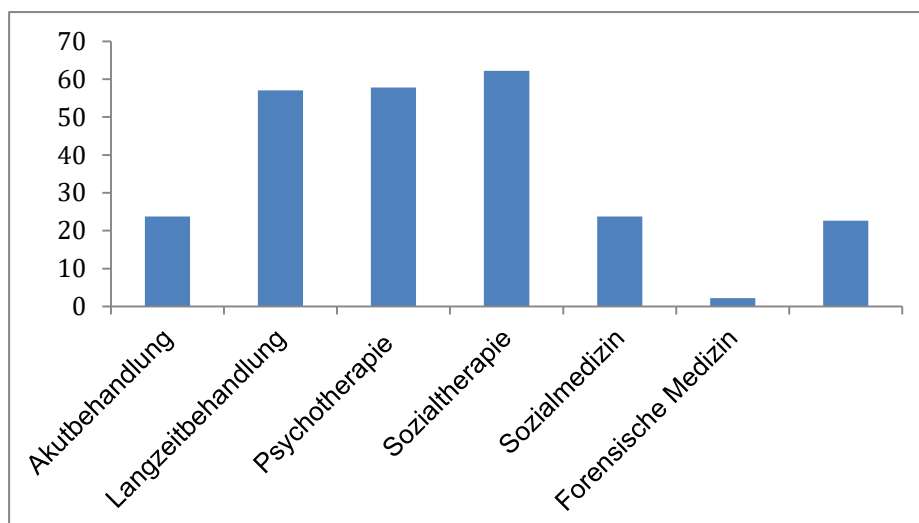


Abb. 26: Art der durchgeführten Behandlungen

Es waren Mehrfachantworten möglich. Insgesamt erfolgten 337 Antworten, die Darstellung erfolgt in prozentualen Anteilen der einzelnen Behandlungsart. Drei durchgeführte Behandlungsarten stehen bei den Einrichtungen der SupervisandInnen im Vordergrund, die Sozialtherapie (61%), die Psychotherapie (57%) und die Langzeitbehandlung (56%). Mit knapp 1/4 sind die Sozialmedizin (23%) und die Akutbehandlung (23%) vertreten. In geringem Ausmass wurde die Forensische Medizin (2%) genannt. Die anderen Behandlungsarten (22%) setzen sich aus einer Vielfalt von Einzelnennungen wie z.B. Krisenintervention, Akupunktur, Traumabehandlung zusammen.

### 3.3.6.7 Besonderer Supervisionsbedarf

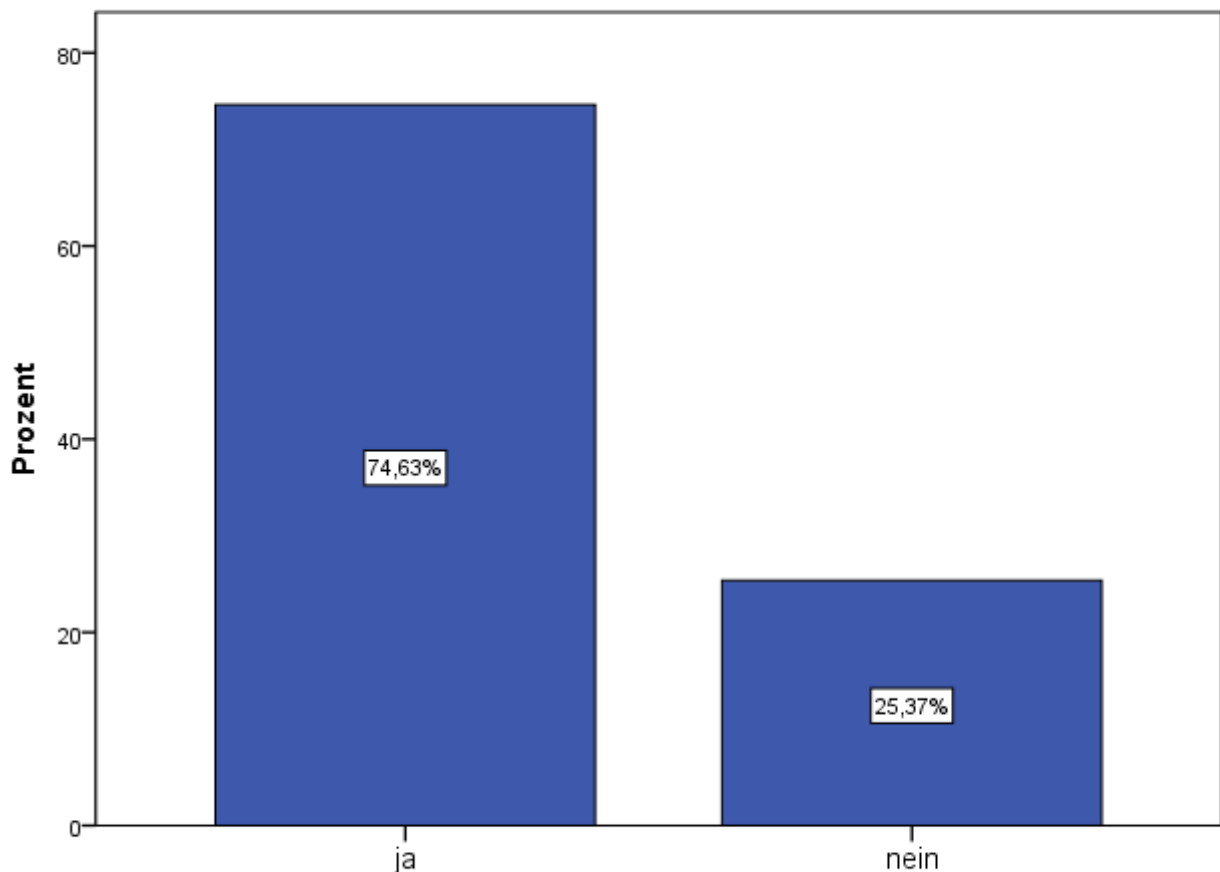


Abb. 27: Besonderer Supervisionsbedarf für die Arbeit mit SuchtpatientInnen

Diese Fragestellung ist auf die Fachkompetenz ausgerichtet. 3/4 (75%) der SupervisandInnen, also ein hoher Anteil findet, dass ein besonderer Supervisionsbedarf für das Klientel mit Suchtproblemen gegeben ist, 1/4 (25%) findet dies nicht.

### 3.3.6.8 Notwendigkeit Feldkompetenz

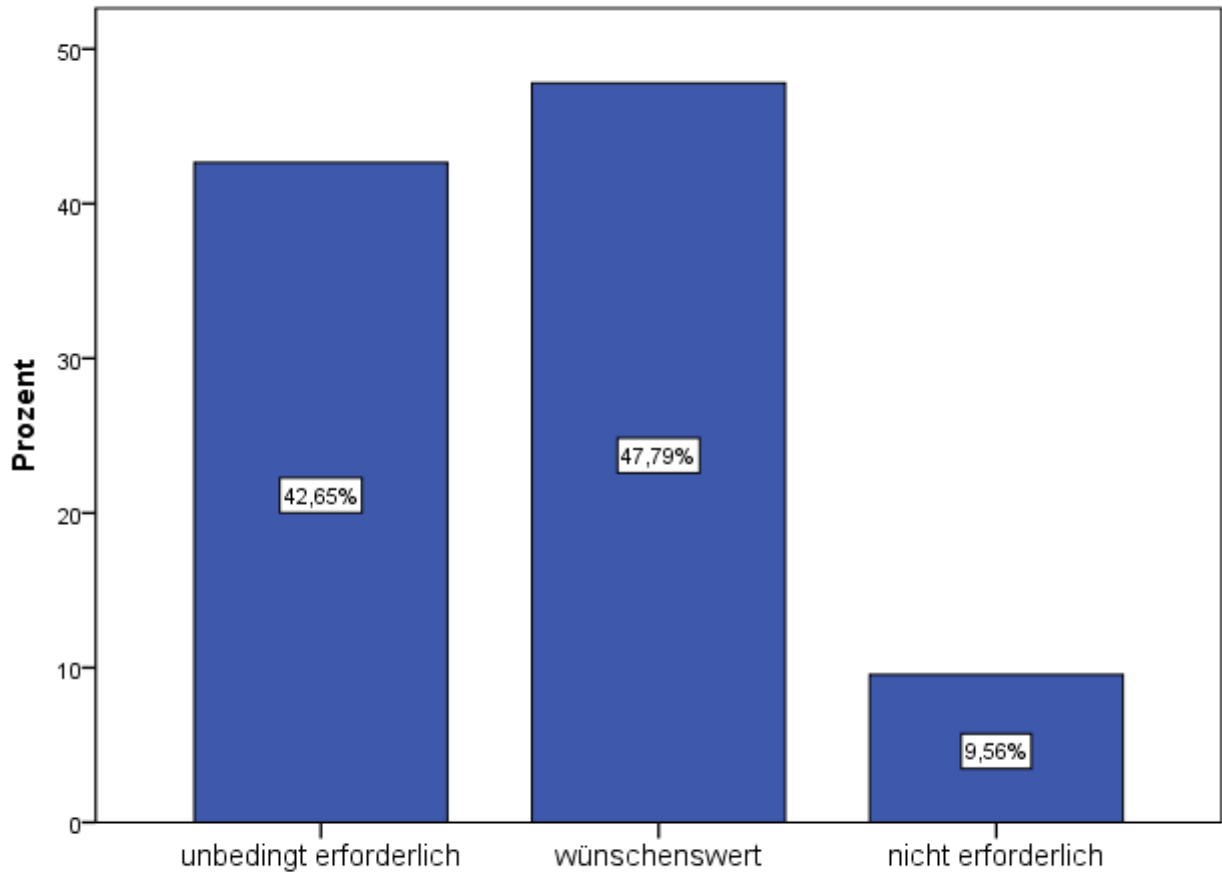


Abb. 28: Notwendigkeit Feldkompetenz für SupervisorInnen in der Suchtarbeit

Den höchsten Anteil (48%) verzeichnen SupervisandInnen, welche die Feldkompetenz in der Suchtarbeit für die SupervisorInnen „wünschenswert“ finden, etwas weniger SupervisandInnen (43%) finden diese „unbedingt erforderlich“, „nicht erforderlich“ (10%) finden dies 1/10.

## **4. DISKUSSION**

Die Ergebnisse, welche sich in der vorliegenden Studie äusserten, werden in der Diskussion mit denjenigen von Schay (2006), Orth, Siegele (2007) und Naujoks (2012) verglichen, welche als Referenzpunkte für die erhobenen Daten dienen sollen. So sollen Ähnlichkeiten und Unterschiede herausgearbeitet werden.

### **4.1 Rücklauf**

Die Beteiligung der SupervisandInnen mit N=137 hat die Erwartung (N=120) erfüllt, indem damit das notwendige Datenmaterial für eine quantitative Auswertung ermöglicht wurde.

### **4.2 Das SupervisandInnensystem**

Das Durchschnittsalter der befragten SupervisandInnen betrug 46 Jahre und war damit etwas höher als in der Studien von Orth, Siegele (vgl. 2007, 17) und Naujoks (vgl. 2014, 25), welche beide ein Durchschnittsalter von 41 Jahren auswiesen. An der Studie beteiligten sich Personen im Alter von 23-64 Jahren. Das Durchschnittsalter mit 46 Jahren und die Verteilung über die Altersgruppen zeigt ein ausgewogenes Abbild der Berufstätigen im Arbeitsfeld Sucht.

Die Geschlechter, Frauen (47%) und Männer (53%) haben sich nahezu zu gleichen Teilen beteiligt, während der Anteil an Frauen bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 17) um einiges höher, bei Naujoks (vgl. ebd. 26) viel höher lag. Die Beteiligung von Männern und Frauen in fast gleichem Ausmass wäre für eine zusätzlich genderspezifische Auswertung geeignet.

Als Berufe sind vor allem die PsychologInnen (23%), die SozialarbeiterInnen (19%), die SozialpädagogInnen (17%) und die Pflegefachleute (14%) vertreten, geringer die ÄrztInnen (7%), kaum die PhysiotherapeutInnen (1%) und die BewegungstherapeutInnen (1%). Zu bemerken ist, dass die Häufigkeit der beteiligten Berufsgruppen in der Schweiz durch die Daten gut gespiegelt erscheinen. Selbstverständlich sieht die Verteilung der Professionen bei der Studie zur Wirkung der Supervision in der Psychiatrie (vgl. Orth, Siegele 2007, 18) dementsprechend anders aus, die Pflegeberufe (44%) sind am stärksten vertreten, gefolgt von geringeren Anteilen bei den Ärztinnen (17%), Ergotherapeuten (12%) sowie SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen (11%). Mehr Vergleichbarkeit bietet diesbezüglich Naujoks (vgl. ebd. 26), die PsychologInnen sind hier auch an erster Stelle, allerdings noch viel ausgeprägter (45%) vertreten, die ÄrztInnen, SozialpädagogInnen/ SozialarbeiterInnen (jeweils 14%) mit ähnlichen Anteilen.

Die Berufserfahrung liegt bei durchschnittlich 15 Jahren. Dies zeugt von einem erfahrenen Blick auf die Arbeit im Suchtfeld. Die Beteiligung der berufserfahrenen Personen war klar ausgeprägter als derjenigen mit weniger Berufserfahrung. Es kann vermutet werden, dass bei

zunehmender Berufserfahrung die Identifikation, Verantwortung und mehrperspektivische Sicht auf das Berufsleben ausgeprägter ist und deshalb die Motivation für die Teilnahme an der Studie höher ausfällt. Bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 18) hatten 42%, 1% weniger als in dieser Studie, mehr als 15 Jahre Berufserfahrung.

Bei den Tätigkeitsfeldern der SupervisandInnen sind die Einrichtungen der stationären Suchttherapie (30%) sehr ausgeprägt vertreten, gefolgt von den ambulanten Beratungsstellen (24%). Personen aus den psychiatrischen Kliniken sind etwas weniger (13%) vertreten, wenige SupervisandInnen haben aus den Anlaufstellen (4%) und den Krankenhäusern (1%) geantwortet. Andere Einrichtungen (28%) dürften zu einem überwiegenden Teil die teilstationären Einrichtungen wie Wohngruppen, welche nicht gesondert erhoben wurden, betreffen. Die Tätigkeitsfelder sind vielfältig abgebildet. Die stationäre Suchttherapie, die Wohngruppen (in der Sammelkategorie) und die ambulanten Beratungsstellen werden am häufigsten genannt, sie unterscheiden sich von den anderen Einrichtungen durch eine längere Verweildauer der PatientInnen und die Fokussierung auf Beziehungsarbeit, dies könnte die Teilnahme der SupervisandInnen gefördert haben. Die Sammelkategorie „Andere Einrichtungen“ wird häufig genannt, eine eigene Variable für die Abbildung von teilstationären Einrichtungen wie Wohngruppen, drängt sich auf.

Das Bild zur Beteiligung der SupervisandInnen, welche in öffentlichen (46) bzw. privaten (54%) Einrichtungen tätig sind, erscheint recht ausgewogen.

Bei der beruflichen Funktion der Befragten fällt auf, dass die Beteiligung der SupervisandInnen mit leitender Funktion sehr hoch ist (44%). Dies wird darauf zurückgeführt, dass der Fragebogen an die Leitung der Einrichtungen, zwar mit der Aufforderung diesen an die Mitarbeiterinnen (56%) weiter zu senden, versandt wurde. Es wird vermutet, dass der direkte Erhalt des Fragebogens höheren Aufforderungscharakter hatte, um diesen auszufüllen. Eine andere Hypothese könnte darin bestehen, dass Personen in leitenden Funktionen eine höhere Verantwortung bezüglich der Repräsentation ihrer Einrichtung an wissenschaftlichen Erkenntnissen aufweisen. Im Vergleich dazu gibt die Studie von Orth, Siegele (vgl. ebd. 17) eine Beteiligung von SupervisandInnen mit leitender Funktion von 17% an.

#### **4.3 Das Supervisionssetting**

Als Ort der stattfindenden Supervision wird die eigene Einrichtung (71%) und zwar in einem anderen Raum der Institution (46%) als auf der eigenen Abteilung (25%) vorgezogen, Supervision ausserhalb der Einrichtung (29%) findet vergleichsweise in geringem Ausmass (29%) statt. Bei den deutschen Studien war die Ausprägung der klinikinternen Supervision noch ausgeprägter 89% (vgl. Orth, Siegele 2007, 42) und 81% (vgl. Naujoks 2014, 26). Der Rahmen der Supervision zeigt die klar überwiegende Verankerung in der eigenen Einrichtung, in einem anderen Raum als auf der eigenen Abteilung. Die Gründe für diese Verteilung sind

nicht bekannt. Der überwiegende Anteil der Supervisionen „im Haus“ kann darauf verweisen, dass Supervision als festes Instrument der Qualitätssicherung vorgegeben ist und deshalb in der Einrichtung selber verankert ist. Dass „andere Räume“ in der Institution klar überwiegen, kann einerseits mit den zur Verfügung stehenden, genügend grossen Räumen der Einrichtung zu tun haben oder dem Bedürfnis der SupervisandInnen, etwas Abstand vom Alltagsgeschehen zu haben. Interne Supervision erhöht in der Regel die Ausgaben für die SupervisorInnen wegen des Anfahrtsweges, externe Supervision kann dem Bedürfnis, mit einer gewissen Distanz den Berufsalltag zu betrachten, Rechnung tragen. Wenn die Fahrzeit der SupervisandInnen von der Einrichtung vergütet wird, ist dies die teuerste Variante für die Einrichtung, was einer hohen Wertschätzung entsprechen würde, falls nicht, ist es die preiswerteste Variante für die Einrichtung.

Bei der Form der Supervision überwiegt die Fallsupervision (82%) klar, aber auch der Anteil der Teamsupervisionen ist hoch (60%), während Abteilungssupervision (29%) einen geringeren Teil ausmacht. Die Fallsupervision ist auch bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 20) höher (55%) als die anderen Formen, Teamsupervision weniger (17%) ausgeprägt als Abteilungssupervision (27%), während bei Naujoks (vgl. ebd. 27) die Teamsupervision (74%) überwiegt, die Fallsupervision (60%) jedoch auch ausgeprägt ist und die sogenannte interdisziplinäre Supervision 33% ausmacht. Fallsupervision wird als Form der Supervision sehr häufig praktiziert, Teamsupervision häufig. Zu berücksichtigen ist, dass es SupervisandInnen gibt, welche nur eine Form der Supervision wünschen und es gibt SupervisorInnen, welche nur eine Form anbieten, aber auch solche, welche nur die Kombination von Fall- und Teamsupervision bearbeiten. Aus der Auswertung kann geschlossen werden, dass bei einem n=137 bei insgesamt 234 Antworten ein beträchtlicher Teil der SupervisandInnen (97 Antworten) mehrere Formen der Supervision in Anspruch nimmt.

Die Freiwilligkeit (10%) der Supervision ist in der Suchtarbeit in der Schweiz klar nicht gegeben, diese ist in der Regel von der Einrichtung vorgegeben (90%). Anders äussert sich dies bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 20), wo 59% der Supervisionen auf freiwilliger Basis abgehalten werden und 41% verpflichtend sind, tiefer, jedoch auch höher als in der vorliegenden Studie ist die Freiwilligkeit bei Naujoks (vgl. ebd. 27) mit 24%. Es stellt sich die Frage nach der Wertung dieses Ergebnisses. Einerseits spricht es für die hohe Akzeptanz der Einrichtungen in der Suchtarbeit für Supervision als Instrument der Qualitätssicherung, aber auch für die Hilflosigkeit oder das hohe Legitimationsbedürfnis dieses stigmatisierten Feldes. Die Ko-stigmatisierung trifft gerade auch die SuchtmitarbeiterInnen mit ihrem niedrigen gesellschaftlichen Ansehen und den tiefen Erfolgsquoten. Das Ergebnis ermöglicht keine Aussage über die innere Motivation der SupervisandInnen.



Die Häufigkeit der Supervision zeigt einen Durchschnittswert von 4.4 Supervisionen in 6 Monaten, was einer Supervision alle 5.5 Wochen entspricht. Bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 20) ist dieser Wert mit 8.1 um einiges höher, höher auch bei Naujoks (vgl. ebd. 27) mit durchschnittlich 6 Supervisionen in den letzten sechs Monaten. Wenn allerdings bei nahezu der Hälfte der SupervisandInnen, 43% in der vorliegenden Studie, der durchschnittliche Abstand zwischen den Supervisionen mehr als sechs Wochen beträgt, muss nach den Gründen gefragt werden. Berufserfahrung allein spricht noch nicht für Qualität – man kann lange im „im gleichen Stiefel gehen“, ausserdem hat sich die Population der PatientInnen zum Teil erheblich geändert. Entspricht nun eine geringe Supervisionsfrequenz dem gewachsenen Erfahrungshintergrund der Beschäftigten oder ist das vielleicht auch ein „Sich-Einrichten in Routinen“ und einer Abnahme kritischer Reflexionsbereitschaft oder ist es vielleicht auch eine Aussage, dass man sich von der Supervision, wie sie in der Regel gemacht wird, nicht mehr so viel erwartet? Es kann auch vermutet werden, dass ein Mangel an Professionalität vorliegt. Neue Erkenntnisse, z.B. zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder ADHS werden nicht zur Kenntnis genommen bzw. die SupervisorInnen verfügen selbst nicht über die notwendige Fachkompetenz. In weiteren Untersuchungen über die Qualität guter Supervision oder den „Abnutzungseffekt“ von Supervision müsste diesen Hypothesen nachgegangen werden. Keine Aussage ermöglicht das Ergebnis über die Häufigkeit von Intervention, welche ein Bindeglied zur Supervision und den KlientInnen- und Teamprozessen sein kann.

Die Dauer der Supervision beträgt durchschnittlich 122 Minuten, was fast dem der häufigsten Nennung von 120 Minuten (35%) entspricht, die 90minütigen Sitzungen entsprechen ebenfalls einem häufigen Setting, während andere Zeitspannen nur geringfügig vorkommen. Die deutschen Studien weisen eine geringere durchschnittliche Dauer, bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 20) 94 Minuten, Naujoks (vgl. ebd. 27) 86 Minuten aus. Vergleicht man auf der Basis der Durchschnittswerte von Häufigkeit und Dauer der drei Studien das Ausmass an Supervision, so ergibt sich für die Psychiatrie (vgl. Orth, Siegele 2007) 761 Minuten Supervision, was deutlich höher liegt als der Anteil in den Suchteinrichtungen der vorliegenden Studie (537 Minuten) oder bei Naujoks (516 Minuten). Ob die Gründe dafür in den unterschiedlichen Feldern mit ihren unterschiedlichen Berufsgruppen, bei der Freiwilligkeit oder Bewertung der Supervision oder bei ökonomischen Gründen liegen, müsste spezifisch erhoben werden.

Auf die Verpflichtung zur Verschwiegenheit nach aussen wird mit 81% in hohem Mass hingewiesen, allerdings müsste hier ein Wert von nahezu 100% erreicht werden, d.h. die Verpflichtung, keine Informationen aus der Supervision nach aussen zu tragen müsste selbstverständlich sein. Wenn bei 19% der SupervisandInnen nicht auf die Verschwiegenheitsverpflichtung hingewiesen wurde, wird ein falsches Signal ausgesendet – wenn es nicht relevant ist, ob Informationen nach aussen getragen werden oder nicht, werden

Vertrauen und Offenheit in der Supervision darunter leiden und damit die Prozesse in der Supervision.

Erstaunlich und im höchsten Masse bedenklich ist, weil rechtlich unzulässig, dass das Einverständnis der PatientInnen nur in geringem Ausmass eingeholt wird, zumal die SupervisorInnen in der Regel Aussenstehende und an der Behandlung nicht Mitbeteiligte sind, die damit Kenntnis von „persönlichen Geheimnissen“ und von „PatientInnendaten“ erhalten. Nur 26% der SupervisandInnen holen das Einverständnis der PatientInnen für die Besprechung von deren Prozessen ein, 74%, nahezu drei Viertel, tun dies nicht. Die Resultate der Studie von Schay (vgl. 2006, 287), bei der die PatientInnen direkt gefragt wurden, ob sie von den TherapeutInnen informiert wurden, wenn in der Supervision über sie gesprochen wird, verweisen mit wenig Abweichung in die gleiche Richtung (30%/70%). Das ist strafrechtlich relevant, für die Schweiz gilt dabei die Schweigepflicht nach Artikel 321 des Strafgesetzbuches (edoeb.admin.ch, 14.5.2016). Die Ergebnisse zeigen ebenso, dass sich eine „Kultur der informierten bzw. einbezogenen PatientInnen“ bisher nicht durchsetzen konnte. Auch hier fragte Schay (vgl. ebd. 288) die PatientInnen direkt: 27% der TherapeutInnen bringen die Erkenntnisse, und zwar so, dass es für die PatientInnen klar ist, dass diese in der Supervision gewonnen wurden, in den Therapieprozess ein, 73% tun dies nicht. Dies sind sehr deutliche Resultate, welche für die Entwicklungsprozesse der PatientInnen wenig dienlich bzw. schädlich sind. Differenziert gehen dieser Frage Petzold/Orth-Pezold (2011) in ihren Ausführungen zum Transparenzdilemma in der Supervision nach und fordern dezidiert aus ethischen, klinischen und methodischen Gründen die Transparenz von supervidierten Behandlungsprozessen gegenüber PatientInnen.

#### **4.4 Angaben zur Person der SupervisorInnen**

Bezüglich des **Alters** ist der Grossteil der SupervisorInnen (83%) in der Altersspanne von 40-60 Jahren angesiedelt. Der Anteil an jüngeren (7%) und älteren (9%) SupervisorInnen ist gering ausgeprägt. Das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre. Die Studie von Orth, Siegele (vgl. 2007, 22) weist bei den Supervisorinnen ein Durchschnittsalter von 47, bei Supervisoren von 52 Jahren aus, Naujoks (vgl. 2014, 29) allgemein ein solches von 57 Jahren. Die erforderliche Lebens- und Berufserfahrung spiegelt sich im Durchschnittsalter nicht unbedingt. Um hier ein präziseres Bild zu erhalten, müsste die Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen erhoben werden.

Beim Geschlecht zeigt sich, dass doppelt so viele Supervisoren (67%) wie Supervisorinnen (32%) im Arbeitsfeld Sucht tätig sind. Für die Supervision in der Suchtarbeit in der Schweiz ist diese Geschlechterverteilung nachvollziehbar, verweist aber auch auf eine Genderproblematik. Ein ähnliches Geschlechterverhältnis zeigt sich bei Orth, Siegele (vgl. ebd. 22), 66%/33% für die SupervisorInnen in stationären psychiatrischen Einrichtungen wie auch bei Naujoks (vgl.

ebd. 29), 71%/26% für das Suchtfeld. Weitere Aufschlüsse zu diesem Verhältnis müssten qualitativ orientierte, genderdifferente Studien erbringen.

Beim Beruf der SupervisorInnen bilden die PsychologInnen (41%) und die ÄrztInnen (34%) die grössten Gruppen, SozialpädagogInnen (8%) und Pflegeberufe (2%) sind geringer vertreten. Gemessen am hohen Anteil von SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen und Pflegeberufen im Feld der Suchtarbeit ist deren Anteil an den SupervisorInnen gering, was durchaus als problematisch angesehen werden muss, weil SupervisorInnen damit wenig Kenntnis über die Arbeitsrealität der Supervidierten haben. Orth, Siegele (vgl. ebd. 22) weisen für psychiatrische Kliniken mehr PsychologInnen (50%) und weniger ÄrztInnen (26%) aus, der Anteil an SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen (8%) ist in gleichem Ausmass gegeben. Noch höher (62%) sind die PsychologInnen bei Naujoks (vgl. ebd. 29), an zweiter Stelle erscheinen jedoch hier die SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen (vgl. ebd. 14%), gering ausgeprägt (2%) die ÄrztInnen. PsychologInnen mit ihrem theoretischen und beruflichen Hintergründen scheint es also am ausgeprägtesten in diese Profession zu ziehen. Die im Suchtbereich wenig vertretene Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen als SupervisorInnen ist in den psychiatrischen Kliniken fast doppelt so häufig vertreten. Weitere Studien müssten die Berufskarrieren von SupervisorInnen, die Weiterbildungsmöglichkeiten für SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen und Pflegeberufe und deren Motivation ergründen.

Über eine Zusatzausbildung in Supervision verfügt gut die Hälfte der SupervisorInnen, was auch heisst, dass 42% sich diesbezüglich nicht weitergebildet haben. Da müsste ein Weiterbildungsstandard eingefordert werden, um sicher zu stellen, dass SupervisandInnen davon ausgehen können, dass die SupervisorInnen das notwendige Rüstzeug für diese komplexe Tätigkeit mitbringen.

Ein sehr hoher Anteil der SupervisorInnen verfügt über eine Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren, der Stellenwert der einzelnen Verfahren in der Schweiz dürfte dabei gut abgebildet sein, was aber nichts über die Qualität dieser Verfahren im Bereich der Suchttherapie aussagt. Bei der Mehrzahl der Verfahren liegt keine suchspezifische Theorienbildung und Forschung vor, was dann auch in der Qualität der Supervision mit therapiespezifischem Hintergrund zum Tragen kommen könnte.

Die Mitgliedschaft der SupervisorInnen in einem Fachverband ist überwiegend nicht bekannt, d.h. dies wird von den SupervisorInnen auch nicht kommuniziert. Diese würde auch dafür stehen, dass man sich an dessen Qualitätskriterien orientiert. Wenn Supervision ein anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung des Bundes für die Einrichtungen der Suchtarbeit ist, sollte die Mitgliedschaft der SupervisorInnen in einem Fachverband eigentlich mehr Interesse finden, denn die Fachverbände ihrerseits sind für die Qualitätsstandards der Supervision zuständig bzw. sollten es zumindest sein, aber sie tun weder etwas für Supervisionsforschung noch für Fach und Feldkompetenz, da wird seit Jahrzehnten

weggeschaut. Möglicherweise ist dafür das Bewusstsein auch bei den Verbänden, dass es Fach und Feldkompetenz braucht, noch zu wenig vorhanden.

#### **4.4.1 Einschätzungen der Kompetenz der SupervisorInnen**

Die Kompetenz der SupervisorInnen ist in drei Bereichen erhoben worden. Die Fachkompetenz der SupervisorInnen wird von über der Hälfte der SupervisorInnen (54%) als hoch eingeschätzt, eine mittlere Kompetenz von etwas mehr als einem Drittel (36%), eine geringe Kompetenz von gut 1/10 (11%) der SupervisandInnen. Das methodischen Geschick der SupervisorInnen wird überwiegend hoch (62%), zu einem Drittel mittel (33%) und wenig (5%) als gering eingeschätzt. Die Sozialkompetenz der SupervisorInnen wird ausgeprägt (79%) hoch eingestuft, zu fast einem Fünftel (19%) mittel und wenig (2%) als gering. Die Orth, Siegele-Studie (vgl. ebd. 24) weist für die für Fachkompetenz einen deutlich höheren Wert (82%) aus, mittel (18%) und gering (0%). Ähnlich gut (vgl. ebd. 43) wurde die soziale Kompetenz beurteilt (hoch 81%, mittel 16%, gering 4%). Fach- und Sozialkompetenz der SupervisorInnen der deutschen Studie für Supervision in psychiatrische Kliniken wurden also deutlich höher eingeschätzt. Die Vergleichswerte der Studie von Naujoks (vgl. ebd. 30) in Einrichtungen der Suchtarbeit, welche nach „fachlicher“ und „sozialer Kompetenz“ fragte, ist bezüglich Fachkompetenz (hoch 52%, mittel 36%, gering 7%) ähnlich zur vorliegenden Studie, die Werte für die soziale Kompetenz liegen wesentlich tiefer (hoch 52%, mittel 29%, gering 14%).

Für die vorliegende Studie, wie auch die zum Vergleich herangezogenen Studien, ergibt die Einschätzung der Kompetenzen der SupervisorInnen in allen Kompetenzbereichen einen überwiegenden Anteil (>50%) an hoher Kompetenz, was allerdings keine Aussage über die faktische Kompetenz zulässt, die müsste durch Wirksamkeitsforschung überprüft werden, kann also mit diesem Fragebogen und diesem Forschungsdesign nicht erfasst werden. Aus den in dieser Befragung auch deutlich gewordenen Kompetenzmängeln ist davon auszugehen, dass die hohe Zuweisung einem „Salienzeffekt“ (Stroebe 2004) von Supervision entspricht, den man in fast allen Untersuchungen findet, der einen Blick auf die tatsächlichen Leistungen von Supervision eher verstellt. Die Resultate zeigen auch, dass in die Weiterbildung der SupervisorInnen, insbesondere bei der Fachkompetenz mit dem tiefsten Wert, weiter investiert werden muss, um den komplexen Herausforderungen im Suchtfeld gerecht zu werden.

#### **4.5 Wirkung von Supervision – die Effektivvariable**

Der Nutzen von Supervision ist in vier Bereichen anhand von vier Abstufungen erfragt worden. Der persönliche Nutzen von Supervision wird überwiegend (45%) als mittel bezeichnet, etwas

geringer (42%) als hoch. Eher wenig (9%) wird ein geringer Nutzen geäussert, wenige (4%) sehen keinen Nutzen. Beim eigenen beruflichen Nutzen äussert ein grosser Anteil (52%) einen hohen, gut ein Drittel (35%) einen mittleren, eher wenige (11%) einen geringen und wenige (2%) keinen Nutzen. Dem patientenbezogenen Nutzen wird überwiegend (46%) ein hoher Nutzen attestiert, gut ein Drittel (36%) gibt einen mittleren, weniger als ein Fünftel (15%) einen geringen und wenige (3%) keinen Nutzen an. Den teambezogenen Nutzen stufen über die Hälfte der SupervisandInnen als hoch (51%), ein Drittel (33%) mittel, ein Zehntel (10%) als gering ein, keinen Nutzen geben eher wenige (6%) an. Die Orth, Siegele-Studie (vgl. ebd. 26) ergibt für einen hohen persönlichen Nutzen 33%, einen hohen beruflichen Nutzen 42%, einen hohen patientenbezogenen Nutzen 54%, für einen hohen teambezogenen Nutzen 44%. Diese Werte mit einem durchschnittlichen hohen Nutzen von 43% liegen tiefer als diejenigen in der vorliegenden Studie mit einem hohen Nutzen von 48%. Eine Ausnahme bildet der patientenbezogene Nutzen, welcher um 8% höher liegt. Die Zusammenfassung der vier Ebenen bei Naujoks (ebd. 31) ergibt einen hohen durchschnittlichen Nutzen von 21%, dieser Wert liegt deutlich tiefer. Der Nutzen der Supervision wird in der vorliegenden Studie also in drei von vier Variablen, nämlich den berufsbezogenen, mit dem höchsten Anteil an Nennungen hoch eingeschätzt, beim persönlichen Nutzen ist der mittlere Nutzen ausgeprägter ausgefallen als der hohe. Das ist insofern verständlich, dass Supervision nicht die persönlichen Rollen, sondern die Berufsrolle in den Vordergrund stellt. Zwei Variablen, der eigene berufliche Nutzen und der teambezogene Nutzen, werden von mehr als der Hälfte der SupervisandInnen als hoch eingestuft. Über alle Variablen gesehen stufen nahezu die Hälfte (48%) den Nutzen der Supervision als hoch ein, mehr als ein Drittel (37%) als mittel, ca. 1/10 (11%) als gering, eine von sechszwanzig Personen (>4%) sieht keinen Nutzen. Zu berücksichtigen ist, dass Supervision in der Suchtarbeit fast ausschliesslich verordnet ist, was dem Nutzeneffekt nicht unbedingt förderlich sein dürfte. Insgesamt ergibt sich für die vorliegende Studie also ein vergleichsweise erfreuliches Ergebnis, was nicht darüber hinweg täuschen soll, dass über die Hälfte der SupervisandInnen der Supervision nur einen mittleren (37%), einen geringen (11%) oder gar keinen Nutzen (4%) attestieren.

Vergleicht man nun die hohen Nutzenzuschreibungen für die SupervisandInnen mit den hohen Kompetenzzuschreibungen für die SupervisorInnen, so liegen die durchschnittlichen Attributionen zu den Kompetenzen der SupervisorInnen um 17% über den Werten zum Nutzen der Supervision. Eine starke Tendenz zur Idealisierung ist also auch hier auszumachen. Viel ausgeprägter fällt diese allerdings bei den Studien von Orth, Siegele (2007) mit 39% und bei Naujoks (2012) mit 31% aus.

#### **4.5.1 Negative und positive Erfahrungen in der Supervision**

Negative Erfahrungen mit Supervision äusserten 8% der Gesamtstichprobe der SupervisandInnen. Hier handelte es sich um offene Fragen, welche in Textform beantwortet

wurden. Die häufigsten Äusserungen bezogen sich auf die Person der SupervisorInnen selber und/oder das Gefäss der Supervision. So wurden fehlende Strukturierung, mangelhafte Moderation, Desinteresse, unzureichendes Eingehen auf die Bedürfnisse der SupervisandInnen, fehlende Stellungnahmen, mangelndes Vertrauen und geringe Prozessbesprechungen der PatientInnen beklagt. Auch wenn sich vergleichsweise „nur wenige“ SupervisandInnen zu den negativen Erfahrungen mit Supervision äusserten, so ist dies doch zuviel, wenn man bedenkt, dass durchaus von einer höher liegenden Dunkelziffer ausgegangen werden kann, wie die Dunkelfeldstudie von Erhardt/Petzold (2011) zeigt oder die doch bedenklichen Zahlen von Siegele (2015). Wenige Äusserungen wurden platziert mit dem Hinweis, dass mit langjähriger Erfahrung der Nutzen der Supervision geringer wird, was jedoch auch gegen die Qualität von Supervision sprechen könnte.

Viel häufiger (45%) wurden positive Erfahrungen mit Supervision kommentiert. Auch hier war der Bezug zu den Kompetenzen und Performanzen von SupervisorInnen und/oder der Supervision als Gefäss deutlich am höchsten ausgeprägt. Thematisch am zahlreichsten wurden grundsätzliche positive Haltungen und Handlungen (z.B. klärend, Raum gebend), welche bei SupervisorInnen wahrgenommen wurden, kommentiert. Weniger häufig wurden die positiven Erfahrungen bezüglich der Anwendung der Methodenvielfalt der SupervisorInnen, ihrer Fachkompetenz, der Supervision als Gefäss und bezüglich der Einrichtung der SupervisandInnen angesprochen. Einen hohen Anteil stellten auch die Aussagen zu positiven Erfahrungen für das Team dar, thematisch liessen sich diese Erfahrungen bei Mehrperspektivität, konstruktiver Konfliktbewältigung und Austausch von emotionalen Aspekten ansiedeln. Aussagen zu positiven Erfahrungen mit Bezug zur eigenen Person oder mit Bezug zu den PatientInnen fanden sich nur in geringem Ausmass. Betont wurde, dass gerade bei knapper Ressourcenlage kompetente, fachliche und fallbezogene Inputs und Reflexionen für das Team notwendig sind, was hier als positive Erfahrung kommentiert wurde, insgesamt kontrastiert die Aussage die eher mässige Fachlichkeit. Die PatientInnen mit komplexen und vielfältigen Störungsbildern, mit Mehrfachdiagnosen und Migrationshintergrund, stellen eine grosse Herausforderung dar, insbesondere, wenn wenig Ressourcen in der Einrichtung vorhanden sind.

Orth, Siegele (vgl. 2007, 28) stellen eine noch grössere Differenz zwischen negativen (4%) und positiven (65%) Erfahrungen in der Supervision fest, 3% der Äusserungen der SupervisandInnen wurden als Schädigung eingestuft. Bei Naujoks (vgl. 2007, 35) ergaben sich 50% positive Erfahrungen, während hohe 36% negative Erfahrungen äusserten, 16% der Äusserungen wurden bei den Schädigungen zugeordnet.

Welche Erklärungen kann man diesen zwar weniger geäusserten, aber deswegen nicht weniger bedeutsamen negativen Erfahrungen zuordnen? Ist die Erklärung in der Arbeit im Suchfeld selber auffindbar? Die MitarbeiterInnen äussern Belastung und Komplexität in ihrer

Arbeit, sind jedoch überwiegend verpflichtet zur Supervision. Fühlen sie sich durch die Herausforderungen, den sie in der Supervision begegnen, zu stark herausgefordert, gar eindeutig überfordert? Fragen, die hier nicht beantwortet werden können, denen aber nachgegangen werden muss.

Es stellt sich aber auch die Frage (vgl. Orth, Siegele 2007, 30) ob derart wirklich die negativen Erfahrungen erhoben werden konnten bzw. ob unter Berücksichtigung einer möglichen Dunkelziffer negative Erfahrungen und Schädigungen überhaupt in ausreichendem Ausmass zu Tage traten. Der Anteil von 8% an geäusserten negativen Erfahrungen zeigt, dass diese existieren. Dazu kommt, dass sich 53% der SupervisandInnen dazu nicht geäussert haben, das Potenzial für negative Erfahrungen und Schädigungen ist also hoch und deshalb durchaus annehmbar, wie dies in der Dunkelfeldstudie von Erhardt/Petzold (2011) belegt werden konnte. Negative und vor allem schädigende Erfahrungen müssen eine Veränderung der supervisorischen Praxis nach sich ziehen, weil sich diese nicht nur auf die SupervisandInnen, sondern vor allem auch auf die PatientInnen auswirken können. Das Prinzip der „doppelten Expertenschaft“ (Petzold 2003a), die transparente Kommunikation mit den PatientInnen auf Augenhöhe muss selbstverständlich werden, Phänomene von Macht und Ohnmacht auf allen Ebenen in der Supervision thematisiert und reflektiert werden.

#### **4.6. Erwartungen an Supervision**

Die SupervisandInnen äusserten sich in einem ersten Teil in offenen Textantworten dazu, was sie mit dem Begriff Supervision verbinden. Insgesamt äusserten sich 63 (46%) der SupervisandInnen. Thematisch erfolgten klar am häufigsten Äusserungen zum positiven Nutzen von Supervision, allgemein, auf das Team, auf die PatientInnen bezogen. Häufig wurde eine Verbindung zu positiven Eigenschaften der SupervisorInnen hergestellt. Wenige Äusserungen bezogen sich auf die Wichtigkeit der Aussensicht durch Supervision. Die von den SupervisandInnen geäusserten Erwartungen an Supervision zeigen hohe Erwartungen in relevante Kompetenz- und Performanzbereiche des Arbeitsfeldes Sucht, nämlich betreffend die Verbesserung der Kommunikation (80%), die Erhöhung der beruflichen und fachlichen Fähigkeiten (79%), die Unterstützung und Entlastung (77%), die Problem- und Konfliktlösung (76%), das Aufdecken unbewusster Prozesse bei Einzelnen oder im Team (75%), die Optimierung von therapeutischen Interventionen (70%) und die Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team (60%). Eine mittlere Relevanz (45%) wird bei mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen, geringer (27%) bei der Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Institution geortet. Die Studie von Orth, Siegele für die psychiatrischen Tageskliniken (vgl. 2007, 33) ergab die höchsten Erwartungen an die Problem- und Konfliktlösung (88%), die Unterstützung und Entlastung (86%), die Optimierung von therapeutischen Abläufen, die Verbesserung der Kommunikation im Team (81%), die Erhöhung der beruflichen/fachlichen

Fähigkeiten (77%), das Aufdecken unbewusster Prozesse (67%) und die Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team (63%). Der Vergleich der beiden Studien zeigt vor allem, dass die Erwartungshaltungen an Supervision hoch sind und dass dieselben Erwartungen, wenn auch in unterschiedlicher Reihenfolge, genannt wurden.

Die Erwartungen an die Supervision sind hoch in etlichen Bereichen, was den Kompetenzen und Performanzen der SupervisorInnen viel abverlangt, v.a. bezüglich den Themen Kommunikation, Feldperformanz, Entlastungs- und Lösungsstrategien, Umgang mit unbewussten Prozessen und therapeutischen Interventionen. Es muss die Frage gestellt werden, wie dies bei defizitären therapeutischen Vorbildungen geleistet werden kann? Wenig Variablen liegen unter oder deutlich unter 50%, 45% bei „mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen“ was auch auf die mangelnde diagnostische Bewusstheit und Kompetenz der MitarbeiterInnen hinweist, denn die Dinge liegen doch komplizierter als Viele meinen. In der Regel werden Komorbiditäten unterdiagnostiziert und keine ICF-Diagnosen gegeben, welche inzwischen verpflichtend sind, einem Großteil der Supervisoren z.B. in Deutschland sind diese jedoch noch nicht bekannt.

Die Erwartungen an die SupervisorInnen bezüglich ihrer Rollen zeigen, dass eine sehr hohe Erwartung bezüglich der Rolle als Coach (75%) besteht. Hohe Erwartungen werden an die SupervisorInnen als FörderIn/EntwicklerIn von Neuem (64%) Beistand/HelferIn (61%) und SpezialistIn/ExpertIn (60%) angegeben. Die Erwartungen an SupervisorInnen in der Rolle als PsychotherapeutInnen (19%), ProblemlöserInnen (16%) und LehrerInnen (15%) sind dagegen wenig ausgeprägt. Die Studie Orth, Siegele (2007, 52) erfasst die häufigsten Eigenschaften für SupervisorInnen bei der Vermittlung zwischen den Parteien (68%), bei der Rolle als Beistand/HelferIn (66%) und bei der Förderung/Entwicklung von Neuem (60%). Gemeinsam ist beiden Studien die überwiegende Erwartung an die SupervisorInnen als FörderIn/Entwicklerin sowie Beistand/HelferIn. Die Unterschiede zeigen sich vor allem darin, dass die SupervisandInnen im Suchtfeld vor allem erwarten, dass sich SupervisorInnen in der Rolle von Coachs bewegen, während diejenigen in den psychiatrischen Tageskliniken die Vermittlung zwischen den Parteien am höchsten gewichten.

Beim idealen Alter für SupervisorInnen gibt eine hohe Anzahl (50%) der SupervisandInnen an, dass ihnen das Alter egal ist. Ein mittel ausgeprägter Anteil (25%) findet, dass diese bei 45-55 Jahren liegt. Das ideale Alter von SupervisorInnen scheint nur eine geringe Relevanz aufzuweisen. Egal bedeutet wohl auch, dass der Rollenauslegung und den Kompetenzen der SupervisorInnen wesentlich mehr Bedeutung zugemessen wird. Wenn das Alter benannt wird, dann werden SupervisorInnen mit Erfahrung, d.h. ab 45 Jahren bevorzugt. Diese Altersspanne wird auch bei Orth, Siegele (ebd. 22) bevorzugt (51%), egal ist das Alter für 28% der SupervisandInnen.



#### 4.6.1 Risiken / Nebenwirkungen von Supervision

Die Risiken und Nebenwirkungen von Supervision wurden nur von 39% der SupervisandInnen kommentiert, was aufzeigt, dass diese in der Supervision nicht deutlich gemacht wurde. Dies bedeutet auch, dass keine Resilienzbildung und Burnoutprophylaxe stattfindet, denn die erfolgt über protektive Faktoren (vgl. Petzold, Müller 2004c, 184ff). Bei den Risiken und Nebenwirkungen für die eigene Person (41% der Aussagen) wurden die Themen persönliche Integrität (13%), die mangelhafte Bearbeitung der Themen (9%), Eigenschaften der SupervisorInnen (8%), die Supervision als Gefäss (7%) und Veränderungsprozesse (4%) thematisiert. Für die eigenen PatientInnen (24%) sind vor allem Fehlleistungen (7%), die Verletzung der Datenschutz- oder Schweigepflicht (6%), Voreingenommenheit (4%) und Veränderungsdruck durch Veränderungen im Team (3%) kommentiert worden. Bezüglich des eigenen Teams (36%) sind wiederum Fehlleistungen (15%), dann Hinterfragung von SupervisorInnen (6%), wieder Supervision als Gefäss (5%) und die Delegation von Verantwortung an die SupervisorInnen (5%) hauptsächlich thematisiert worden. Die Risiken und Nebenwirkungen wurden also am häufigsten bezüglich der eigenen Person (41%), etwas weniger bezüglich dem Team (36%) und am geringsten bezüglich der PatientInnen (24%) beschrieben. Auch bei Orth, Siegele (2007, 32) sehen die SupervisandInnen signifikant mehr Risiken für sich selbst (44%) als für die PatientInnen (34%). Grundsätzlich dasselbe Bild zeigt sich bei Naujoks (2012, 38), für die SupervisandInnen (36%), für die PatientInnen (19%).

#### 4.6.2 Protektive und präventive Faktoren von Supervision

Die protektiven und präventiven Faktoren von Supervision als offene Fragestellungen mit Antwortcharakter wurde wiederum von 53 (39%) der SupervisandInnen mittels 208 (81 mehr als bei den Risiken und Nebenwirkungen) Aussagen kommentiert. Diese wurden anhand der im Fragebogen vorgegeben Kategorien qualitativ beschrieben. Für die eigene Person (39%) erfolgten am wenigsten Kommentare für die schützenden (5%) Aspekte, mehr für die stützenden (15%) und am meisten für die förderlichen (18%) Faktoren von Supervision. Für die eigenen PatientInnen (32%) waren die Aussagen zu den schützenden Anteilen gering (3%), etwas häufiger als diejenigen zu den ebenfalls gering kommentierten stützenden (2%) Anteile, viel öfter wurden die förderlichen Aspekte (26%) genannt. Für das eigene Team (29%) wurden die schützenden Aspekte (3%) ebenfalls nur geringfügig, die stützenden etwas höher (6%), die förderlichen Aspekte (26%) ebenfalls am häufigsten genannt.

Orth, Siegele (vgl. ebd. 32) stellt ebenfalls einen höheren Anteil bei den protektiven und präventiven Anteilen für die SupervisandInnen (73%) fest als für die PatientInnen (66%). Beide Werte sind deutlich höher als bei der vorliegenden Studie. Dies gilt auch für die Studie von Naujoks (vgl. 2012, 39) für SupervisandInnen (81%) und PatientInnen (69%). Die protektiven und präventiven Faktoren wurden in der vorliegenden Studie im Vergleich also nur wenig

kommentiert, was auf die Überschneidung der Antworten zu den negativen und positiven Erfahrungen und/oder eine gewisse Ermüdung gegen das Ende des Fragebogens hinweisen könnte. Ein aufschlussreiches, wenn auch erschreckendes Ergebnis bietet hier die Befragung der SupervisandInnen von Schay (vgl. 2006, 285), nur 4% der PatientInnen fühlen sich demnach durch die Supervision unterstützt. Dies unterstreichen auch die Daten von Naujoks (vgl. 2012, 46), der Anteil an Supervision, welcher den KlientInnen zugute kommt, wird mit nur 9% angegeben.

Vergleicht man die in Textform geäusserten Aussagen der SupervisandInnen zu den Risiken/Nebenwirkungen der vorliegenden Studie mit denjenigen zu den protektiven/präventiven Faktoren, so wurden bei einer gleichen Anzahl von Personen deutlich mehr Aussagen bei den protektiven/präventiven als bei den Risiken und Nebenwirkungen platziert. Innerhalb des Faktors überwogen bei beiden Faktoren die Aussagen zur eigenen Person, bei den Aussagen zu den PatientInnen waren die Kommentare zu den Risiken/Nebenwirkungen weniger ausgeprägt als bei den protektiven/präventiven Faktoren, bei den Aussagen zum Team wurden die Risiken/Nebenwirkungen anteilmässig häufiger kommentiert als die protektiven/präventiven Faktoren. Die Fragen nach der Bedeutung dieser Ergebnisse stellen sich wie bei den negativen und positiven Erfahrungen auch hier. Supervision dient vor allem dem SupervisandInnensystem, wie dies auch die Ergebnisse von Schay (2006) und Naujoks (2012) belegen. In der vorliegenden Studie drückt sich dies durch die vergleichsweise geringe Nennung des PatientInnensystems, mangelnde Bewusstheit für die Auswirkung auf das PatientInnensystem und geringfügige Information bzw. mangelnde Transparenz zwischen dem SupervisandInnen und dem PatientInnensystem aus. Naujoks (vgl. ebd. 46) sieht Supervision v.a. als Ort der emotionalen Entlastung für die SupervisandInnen, welche unter enormem Kosten-, Qualitäts- und Konkurrenzdruck stehen, Themen, welche auch für das Suchtfeld in der Schweiz von existenzieller Bedeutung sind. Die klar ausführlicher kommentierten protektiven Faktoren für die SupervisandInnen verweisen auf diese Tatsache, nämlich dass Wünsche nach Entlastung, Unterstützung, Verständnis Hilfestellungen, wahrgenommen-werden, Psychohygiene, Prophylaxe für sich selber, Konfliktverarbeitung und Klärung die überwiegende Zeit in der Supervision bestimmen, der Fokus auf die PatientInnen, welche im Zentrum des Geschehens stehen sollten, kommt dabei zu kurz. Dies kann auch der Fall sein, wenn die genannten protektiven Faktoren für sich und das Team bei Supervisionsprozessen der PatientInnen, sogenannten „Fallsupervisionen“ im Vordergrund stehen. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass die Risiken der Supervision v.a. bei sich selber und weniger bei den PatientInnen geortet werden. Wenn 39% der SupervisandInnen potentielle Risiken für sich in der Supervision sieht, ist dies ein Anlass zur Besorgnis. Negative Erfahrungen oder Schädigungen durch die SupervisorInnen, Vorgesetzte oder andere SupervisandInnen sprechen für einen ungenügenden Schutzraum der

Supervision, sie lenken aber vor allem auch von der eigentlichen Zielgruppe, den PatientInnen, ab.

#### **4.7 PatientInnen mit einer Suchtproblematik**

Mit dem Sonderteil Sucht bilden die Daten von den SupervisandInnen auch die Arbeit mit 17434 PatientInnen ab, wovon 12345 (71%) eine Suchtmittelproblematik aufweisen, 5905 (48%) davon mit Doppeldiagnose. Die Zahlen sind jedoch allgemein mit Vorsicht zu betrachten, weil es einerseits Einrichtungen gibt, welche in dieser Studie nicht vertreten sind, andere jedoch mehrfach, wenn mehrere SupervisandInnen aus derselben Einrichtung teilgenommen haben. Zu den Doppeldiagnosen machen 1/5 (20%) der SupervisandInnen keine Angaben, was auf defizitäre Fachkompetenz und mangelnde Thematisierung dieses wichtigen Themas in der Supervision hinweisen könnte. Anhand dieser Erhebung können die PatientInnen nicht ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen zugeordnet werden, weil zumindest die ambulanten und stationären beide höhere und tiefere PatientInnenzahlen aufweisen können. Dies müsste in zukünftigen Studien bei Bedarf gesondert erhoben werden. Bei den kleinen Einrichtungen dürfte es sich um teilstationäre Einrichtungen handeln. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 2.1 Jahren. Häufigste Behandlungsansätze sind Sozialtherapie, Psychotherapie und Langzeitbehandlung.

Drei Viertel der SupervisandInnen findet, dass ein besonderer Supervisionsbedarf für die Arbeit mit SuchtpatientInnen notwendig ist, was verdeutlicht, dass damit den komplexen Störungsbildern in der Suchtarbeit mit feld- und fachkompetenter Supervision Rechnung getragen werden muss. Allerdings finden dies auch 1/5 (20%) nicht notwendig. Hier muss für einen doch hohen Anteil der SupervisandInnen die Frage nach dem Bewusstsein für die Komplexität der Arbeit im Suchtfeld oder den motivationalen Aspekten für diese Arbeit gestellt werden, was auch im folgenden Ergebnis zum Ausdruck kommt: Die Notwendigkeit der Feldkompetenz für SupervisorIn in der Suchtarbeit wird von 43% der SupervisandInnen angegeben, ein höherer Anteil (48%) findet diese zwar wünschenswert, aber nicht zwingend, nicht erforderlich ist diese für 10%. Die beiden Ergebnisse des „besonderen Supervisionsbedarfes für SuchtpatientInnen“, befürwortet von 75%, und der „Notwendigkeit der Feldkompetenz der SupervisorInnen“, befürwortet von 43%, stehen in Kontrast zueinander, wenn hier auch nach der Feldkompetenz, nicht nach der Fachkompetenz gefragt wurde. Zumindest muss bemerkt werden, dass selbst bei ausschliesslicher Teamsupervision im Suchtfeld das Bewusstsein für die Durchdringung des Suchtthemas in diesem Arbeitsfeld (Wirkung auf das Team, die Abläufe und Strukturen der Institution) bei weniger als der Hälfte der SupervisandInnen gegeben ist. Es ist notwendig, dass nur SupervisorInnen mit Feld- und Fachkompetenz in solch einem schwierigen Bereich wie dem Suchtfeld arbeiten sollen, wenn

die Qualität verbessert werden will. Methodisch ist anzumerken, dass Fach- bzw. Feldkompetenz im Fragebogen präziser erhoben werden müssten.

#### **4.8 Bezug zu den Hypothesen**

##### **Hypothese 1: Supervision hat sich im überwiegenden Teil der Einrichtungen als Instrument der Qualitätssicherung etabliert.**

Wie die Erhebung zeigt, ist die Supervision in den befragten Einrichtungen zu 90% vorgegeben. Dies spricht klar dafür, dass im komplexen Feld der Suchtarbeit Supervision als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung betrachtet wird.

Diese wird auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwecks Qualitätssicherung empfohlen. Der Aspekt der Qualitätssicherung wird von den SupervisandInnen bei den offenen Fragestellungen wiederholt explizit genannt, ausgesprochen häufig auch in Aussagen, welche die Qualitätssicherung beinhalten.

##### **Hypothese 2: Supervision findet überwiegend „unfreiwillig“ statt.**

Die Hypothese bestätigt sich mit derselben Auswertung, 90% der SupervisandInnen können nicht selber entscheiden, ob sie an der Supervision teilnehmen wollen oder nicht. Diese ist Bestandteil des Arbeitsauftrages.

Es muss die Frage gestellt werden, wie denn die Teilnahme und die Einschätzungen bezüglich Supervision aussehen würden, wenn Supervision zu viel höheren Anteilen freiwillig stattfinden würde. Einen Hinweis dazu kann der Vergleich mit Orth, Siegele (2007) und Naujoks (2012) bieten. Die Verpflichtung zur Supervision korreliert scheinbar mit der Tendenz zur Idealisierung, d.h. je verpflichtender Supervision vorgegeben ist, desto weniger werden die Kompetenzen der SupervisorInnen überschätzt. Bei der vorliegenden Studie mit einem Verpflichtungsanteil von 90% liegt eine Idealisierungstendenz von 17% vor, bei Naujoks (2012), ebenfalls in der Suchtarbeit, bei einer Verpflichtung von 76% eine Idealisierung von 24%, bei Orth, Siegele (2007) mit der Verpflichtung von 41% eine Idealisierung von 58%. Die Überprüfung dieser Hypothese müsste noch vollzogen werden.

##### **Hypothese 3: Es sind zum überwiegenden Teil SupervisorInnen mit Feld- und Fachkompetenz im Suchtfeld tätig.**

Die Zahlen zur Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen zeigen, dass diese von mehr als der Hälfte der SupervisandInnen (54%) zwar als hoch eingeschätzt wird, gleichzeitig wird diese von 36% nur als mittel ausgeprägt, von 10% als gering, also von nahezu der Hälfte nicht als ausreichend betrachtet. Die Hypothese, welche einen überwiegenden Anteil der SupervisorInnen mit Feld- und Fachkompetenz annimmt, kann also knapp bestätigt werden.

Notwendig für die Suchtarbeit finden Feldkompetenz allerdings immerhin 43% der SupervisandInnen und 48% sehen diese als wünschenswert an.

**Hypothese 4: Kompetenz und Performanz der Supervisorinnen werden überwiegend als hoch eingeschätzt.**

Im Fragebogen wird zwar nur der geläufigere Begriff Kompetenzen verwendet, was differenziert werden müsste. Dies bewirkt, dass Kompetenzen und Performanzen teilweise zusammen eingeschätzt werden, beim Faktor methodisches Geschick steht eher die Performanz im Vordergrund. Die drei Kompetenzbereiche für die SupervisorInnen werden von den SupervisandInnen überwiegend hoch eingeschätzt, die Fachkompetenz zu 54%, das methodische Geschick zu 62%, die Sozialkompetenz zu 79%. Die Fachkompetenz fällt dabei gegenüber den unspezifischen allgemeinsupervisorischen Kompetenzen deutlich ab. Die Hypothese kann zwar bestätigt werden, wirklich gut schneidet dabei jedoch nur die Sozialkompetenz der SupervisorInnen ab.

**Hypothese 5: Der Nutzen der Supervision wird nur zu einem Drittel als hoch eingeschätzt.**

Der Nutzen von Supervision ist in vier Bereichen mittels vier Stufen der Einschätzung erfragt worden. SupervisandInnen stuften diesen zu 42% beim persönlichen Nutzen, zu 52% beim beruflichen Nutzen, zu 46% beim patientenbezogenen Nutzen und zu 51% beim teambezogenen Nutzen als hoch ein. Die Hypothese muss also für jeden einzelnen Nutzenbereich, aber auch für den Nutzen insgesamt mit einem Durchschnittswert von 47.75% klar verworfen werden. Der durchschnittliche Nutzen liegt 14.42% über der Marke von einem Drittel, was zwar erfreulich, aber letztlich unzureichend ist.

**Hypothese 6: Als mögliche Risiken und Nebenwirkungen für sich selbst werden hauptsächlich mangelnde Wertschätzung, Kränkungen und am häufigsten Demütigung benannt.**

Hier werden also nur die Risiken und Nebenwirkungen zur eigenen Person betrachtet. Von gesamthaft 61 Kommentaren werden 16 (26%) zum Themenkreis „persönliche Integrität“ abgegeben. Dies ist der am häufigsten benannte Themenkreis. Die Auflistung der Befunde - Ausnützung, Verletzung, Blossstellung, unnötige Exposition, Benennung unangenehmer persönlicher Themen, Aufdecken von verdeckten Prozessen, Indiskretionen, Infragestellung der Arbeitsqualität, fehlender supervisorischer Schutzraum, fehlendes Vertrauen, fehlendes Verständnis, Unwohlsein, Angst, Konfliktverstärkung, Scham, Verletzung, angestaute Wut, Langeweile - zeigt, dass mangelnde Wertschätzung durchwegs, Kränkung und Demütigung zumindest teilweise in den Äusserungen enthalten sind.

Es handelt sich hier jedoch einerseits um Nebenwirkungen, welche nicht spezifisch mangelnder Wertschätzung, Kränkung oder Demütigung zugeordnet wurden, die SupervisandInnen waren mit der offenen Antwortmöglichkeit auch nicht dazu aufgefordert. Insofern darf die Hypothese nicht bestätigt, kann aber mit diesem qualitativen Befund beibehalten werden. Eine spezifische quantitative Erhebung zu dieser Hypothese müsste klaren Aufschluss geben, ob diese verifiziert werden kann.

## **5. SCHLUSS (Implikationen für die Praxis)**

Bei den Daten, welche in dieser Studie erhoben wurden, handelt es sich nicht um objektive Messungen, um keine kontrollierte Studie mit geeichten Erhebungsinstrumenten, sondern um Einschätzungen von SupervisandInnen bezüglich der von ihnen erlebten Supervision. Dies ist einschränkend festzuhalten.

Erstens sollen die offensichtlichen methodischen Implikationen für die methodische Praxis angesprochen werden, welche sich aus der Erarbeitung der vorliegenden Studie ergeben haben, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu haben, denn mit den vermehrten Ressourcen könnte noch Vieles auch mittels methodischer Differenzierung erforscht werden. Insgesamt hat die Zahl der Antworten bei den offenen Fragestellungen im Verlauf abgenommen, was sicherlich damit zusammenhängt, dass sich einerseits Müdigkeit einstellte, andererseits wiederholen sich die Themen aus anderen Perspektiven und damit die Antwortmöglichkeiten. Hier könnten strukturiertere Fragestellungen präzisere Resultate erzeugen. Insbesondere die Sammelkategorie „Andere Einrichtungen“ bei den Tätigkeitsfeldern der SupervisandInnen wird häufig genannt, eine eigene Variable für die Abbildung von teilstationären Einrichtungen wie Wohngruppen, drängt sich auf. Die Fragestellungen 5g und 5h wurden in Anlehnung an einen bereits verwendeten Fragebogen (Siegele, Orth, Gottfried, Petzold 2005) einer Multicenterstudie der Vergleichbarkeit halber fast analog übernommen. Im Nachhinein wäre es für die Aussagen zur Fach- bzw. Feldkompetenz von SupervisorInnen besser gewesen, wären diese spezifischer formuliert worden. Weiter wird vermutet, dass der direkte Erhalt des Fragebogens höheren Aufforderungscharakter hatte, um diesen auszufüllen. Zu überlegen wäre allenfalls, wie dieser noch ausführlicher unter den Mitarbeitenden gestreut werden könnte. Die geringe Freiwilligkeit der Teilnahme an der Supervision erlaubt keine Aussage über die innere Motivation der SupervisandInnen für die Teilnahme. Was wäre, wenn Supervision zwar finanziert, aber freiwillig wäre? Schliesslich soll noch darauf hingewiesen werden, dass die Daten etliche Möglichkeiten zur weiteren Auswertung bieten würden, Korrelationen könnten weitere aufschlussreiche Zusammenhänge ergeben.

Die Implikationen für die Praxis werden ebenfalls in direktem Bezug zu den Befunden der Studie gestellt. Äusserst bedenklich ist das geringe Bewusstsein für das Einholen des

Einverständnis für die Darstellung von Prozessverläufen in der Supervision. Dies ist rechtlich unzulässig, diesbezüglich besteht dringender Handlungsbedarf. Ebenso bedenklich ist, dass die in der Supervision gewonnenen Erkenntnisse kaum mit den PatientInnen transparent und auf Augenhöhe geteilt werden. Aus hier muss das mangelnde Bewusstsein für die mannigfaltigen Auswirkungen derartigen Vorgehens bemängelt werden. Die Transparenz von supervidierten Behandlungsprozessen muss aus ethischen, klinischen und methodischen Gründen gefordert werden (Petzold/Orth-Petzold 2011).

Gemessen am hohen Anteil von SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen und Pflegeberufen im Feld der Suchtarbeit könnte deren geringer Anteil an SupervisorInnen erstaunen. Dies kann einerseits mit dem akademischen Status der Berufe zusammenhängen. Es stellt sich aber auch die Frage, ob die VertreterInnen der anderen Berufsgruppen kaum in Erwägung ziehen, sich supervisorisch weiterzubilden. Die Einschränkungen dafür sind, anders als bei Psychotherapieausbildungen, nicht gegeben. Über die supervisorische Förderung dieser grossen Berufsgruppen, welche andere Blicke in die Suchtarbeit einbringen können als PsychologInnen und ÄrztInnen, sollte in den entsprechenden Fachverbänden nachgedacht werden.

Die Mitgliedschaft der SupervisorInnen in einem Fachverband ist überwiegend nicht bekannt, d.h. dies wird von den SupervisorInnen auch nicht kommuniziert. Die Mitgliedschaft im Fachverband würde auch dafür stehen, dass man sich an dessen Qualitätskriterien orientiert. Die Frage konnte insofern nicht beantwortet werden und müsste vermutlich bei den SupervisorInnen selbst erfragt werden.

Die Daten zur Feld- und Fachkompetenz der SupervisorInnen zeigen, dass diese von nahezu der Hälfte der SupervisandInnen als nicht ausreichend betrachtet wird. Hier besteht klarer Handlungsbedarf, sowohl in den Weiterbildungseinrichtungen wie auch bezüglich Bewusstseins, dass in komplexen Suchtfeld Feld- und Fachkompetenz von SupervisorInnen unabdingbar ist, wenn die Praxis und damit die Qualität verbessert werden will. Nebst den formalen müssten auch die qualitativen Kriterien dazu bei den Fachverbänden konzipiert werden und an die Weiterbildungsinstitutionen herangetragen werden.

Die ebenfalls in anderen Studien ausgemachte Idealisierung der Kompetenzen der SupervisorInnen zeigt sich auch in der vorliegenden Studie zwar weniger deutlich als in vergleichbaren Studien, aber auch die 17% höher eingeschätzten Kompetenzen der SupervisorInnen als der Nutzen der Supervision zeigen eine starke Tendenz zur Idealisierung. Der Vergleich mit weiteren Studien legt den Schluss nahe, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Supervision mit der Idealisierung der SupervisorInnen korreliert bzw. je freiwilliger die Teilnahme erfolgt, desto ausgeprägter erfolgt die Idealisierung, was überprüft werden müsste. Was die Wirkung von Supervision betrifft, wird diese zwar von nahezu der Hälfte der SupervisandInnen als hoch eingestuft, was aber auch heisst, dass über die Hälfte

der SupervisandInnen diese nicht als ausreichend betrachtet, 37% mittlerer, 11% geringer und 4% ohne Nutzen ist ein schlechter Ausweis für die Supervision. Die an der Profession Supervision involvierten Personen und Institutionen stehen also vor einer grossen Herausforderung, was die Steigerung der Qualität von Supervision anbelangt.

Das Potential für negative Erfahrungen der SupervisandInnen scheint hoch zu sein, eine Dunkelziffer ist anzunehmen, die Veränderung der supervisorischen Praxis muss angestrebt werden, weil sich negative Erfahrungen der SupervisandInnen auch auf das Patientensystem übertragen können. Wenn das Patientensystem ernst genommen werden will, so muss Transparenz über die in der Supervision erlangten Erkenntnisse hergestellt werden. Supervision dient – leider – vor allem dem SupervisandInnensystem, wie dies auch die Ergebnisse von Schay (2006) und Naujoks (2012) belegen. In der vorliegenden Studie drückt sich dies durch die vergleichsweise geringe Nennung des PatientInnensystems, mangelnde Bewusstheit für die Auswirkung auf das PatientInnensystem und geringfügige Information bzw. mangelnde Transparenz zwischen dem SupervisandInnen- und PatientInnensystem aus. Supervision wird vor allem zur eigenen Entlastung und Unterstützung eingesetzt. Das PatientInnensystem spielt eine untergeordnete Rolle. Wenn Supervision vor allem als Risikofaktor für sich selber gesehen wird, so sind die negativen Auswirkungen auf das PatientInnensystem wahrscheinlich. Bei allem Verständnis für die oftmals mangelnden Ressourcen und die zunehmende Komplexität im Suchtfeld muss doch festgehalten werden, dass damit die wirkliche Zielgruppe der PatientInnen klar zu kurz kommt und dies darf nicht sein. Diese Studie, wie andere auch, zeigt, dass vielfältige methodische und inhaltliche Anstrengungen notwendig sind für die Verbesserung der Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit.



## LITERATURVERZEICHNIS

**Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung:**

Beratungsformate. <http://www.bso.ch/beratung/beratungsformate.html> , Bern 2014

**Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G.:** Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html> 2004

**Bundesamt für Gesundheit:** Direktionsbereich öffentliche Hand, Sektion Drogen: <http://www.infodrog.ch/suchtindex-suche.html?lng=1> , Infodrog 2010

**Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H.:** ICD 10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinisch diagnostische Leitlinien. Huber, Bern 2015

**Disler T., Petzold H.G.:** Akzeptanz und Effizienz von Supervision. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-04-2003-disler-t-petzold-h-g.html> 2003

**Ehrhardt, J., Petzold, H.G.:** Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter Supervision“ *Integrative Therapie* 1-2 (2011) 137-192. Auch in: Jg. 3/2014 *SUPERVISION* – <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhardt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>

**Eichert H.C., Petzold H.G.:** Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/Eichert-Schweigepflicht-Supervision-11-2003.pdf> 2003 (2003a)

**Eichert H.-C.:** Privatisierung sozialer Dienstleistungen und Supervision. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/Eichert-Privatisierung-Supervision-14-2003.pdf> 2003 (2003d)

**Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter:** Schweigepflicht. <http://www.edoeb.admin.ch/datenschutz/00768/00808/00831/index.html?lang=de> , Schweizerische Eidgenossenschaft 2006

**Ehrhardt J., Petzold H.G.:** Wenn Supervisionen schaden - explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/ehrhardt-petzold-wenn-supervisionen-schaden-\\_explorative-untersuchungen-riskante-praxis-03-2014.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/ehrhardt-petzold-wenn-supervisionen-schaden-_explorative-untersuchungen-riskante-praxis-03-2014.pdf) 2014

**Flammer, A.:** Erfahrung der eigenen Wirksamkeit – Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Hans Huber, Bern 1990

**Franke, C., Höller-Trauth, G.:** Gruppenkompetenz in der Supervision - es geht nicht ohne! Budrich, Opladen, 2007

**Freitag-Becker, E., Grohs-Schulz, M., Neumann-Wirsig, H. (2017):** Lehrsupervision im Fokus. Mit einem Vorwort von *Paul Fortmeier*. Göttingen; Vandenhoeck & Ruprecht.

**Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold, H.G.:** Supervision in der Psychiatrie. Eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C.: Supervision auf dem Prüfstand. Leske und Budrich, Opladen 2003  
**Grawe, K.:** Psychologische Therapie, Göttingen: Hogrefe. 1998.

**Grawe, K.:** Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe. 2004.

**Hassler, A.:** Ausbildungssupervision und Lehrsupervision. Ein Leitfaden fürs Lehren und Lernen. Haupt, Bern 2011

**Haubl, R.:** Supervisionsforschung: Einblicke und Ausblicke. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009

Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W.: Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. In: POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2014-hecht-a-petzold-h-scheiblich-w-theorie-praxis-dina-integrative-suchthilfe.html>. 2014

**König, M., Galgano, L.:** Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Infodrog, Bern 2013

**Krapohl, L.:** Supervision in Bewegung. Ansichten – Aussichten. Budrich, Opladen 2008

**Kühl, W.:** Qualitätsentwicklung in der Supervision. Votum, Münster 1999

**Märtens, M., Petzold; H.G.:** Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald 2002.

**Mahler, R.:** Resilienz und Risiko - Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Springer Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2012

**Matke, D., Streeck U., König, O.:** Praxis stationärer und teilstationärer Gruppen, Klett-Cotta, Stuttgart 2015

**Möller, H.:** Was ist gute Supervision. Grundlagen, Merkmale, Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart 2001

**Naujoks, A., Petzold, H.G.:** Die Wirkung von Supervision in stationären Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige – eine empirische Felderkundung als Beitrag zur Situation der Qualitäts- und Wirkungsnachweise von Supervision. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2012-naujoks-a-petzold-h-g-supervision-sucht-felderkundung-qualitaet-wirkungsnachweise.html> 2012

**Novizonte:** Therapeutische Gemeinschaft für Männer. <http://www.novizonte.ch/stationaere-angebote/therapeutische-gemeinschaft-fuer-maenner.html>, Emmenbrücke 2016

**Oeltze H.J., Ebert W., Petzold H.G.:** Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2002-ltze-h-j-ebert-w-petzold-h-g-2002-integrative-supervision-in-ausbildung-und-praxis.html> 2002 (2002g, Update: 2004)

**Orth, I., Petzold, H.G.:** Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. Zum transversalen Theoriebebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.: Integrative Suchttherapie. Opladen: Leske + Budrich, Opladen 2004a, 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004a, 2007.

**Petzold, H.G.:** Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. In: *Petzold, H.G.*, 1977n (Hrsg.). Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann, 1977, S. 478-490.

**Petzold, H.G.:** Mehrperspektivität - ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, (1994a) 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97-174/2007a.

**Petzold, H.G.:** Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Junfermann, Paderborn 1998; 2., über. u erw. Aufl. Wiesbaden, Springer 2007a.

**Petzold, H.G.:** Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, 2003a, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

**Petzold, H.G.:** Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer „Profession“ - Mythen und einige Fakten zu Herkommen und Hintergrund des Wortes „Supervision“. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/update-01-2005-2005e-petzold-h-g-ueber-die-unsensibilitaet-von-supervisoren.html>, 2005e

**Petzold, H.G.:** „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“ 2012q. In: Textarchiv H.G. Petzold et al. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit--die-integrative-identitaetstheori.html>, 2012q

**Petzold, H. G.:** Patient Dignity und Supervisionsqualität? Die Verletzung der Alterswürde, PatientInnenötung: ein aktueller Anlass und schlimmer Rückblick (2016k/1985d). In: *SUPERVISION* 6/2016 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-06-2016-petzold-hilarion-g.html>

**Petzold, H. G.:** LEHRSUPERVISION, VERANTWORTUNG, FORSCHUNG - Anmerkungen zu Zukunftsperspektiven der Supervision. Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Hückeswagen. (2016m): Ergänzte Fassung von 2015n. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-2016m-lehrsupervision-verantwortung-forschung-anmerkungen-zukunftsperspektiven-07-2016pdf.pdf>

**Petzold, H., Hildenbrand, C-D., Jüster, M:** Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen und Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2002-2002g-update-2004-petzold-h-g-coaching-als-soziale-repraesentation.html> 2002 (2002g, Update: 2004)

**Petzold, H.G., Leitner, A., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P.:** Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2004-petzold-leitner-orth-sieper-telsemeyer-mythos-supervision-zur-notwendigkeit-von.html> 2004

**Petzold, H.G., Müller, L.:** Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. In: Textarchiv H.G. Petzold et al. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-mueller-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-protective-faktoren.pdf>, 2004c

**Petzold, H.G., Müller, L.:** Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann. 2005a.

**Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F.:** Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC)* 3, 1996, 277-288. Erw. in *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311 und *Petzold* 1998a, 191-211 und 2007a.

**Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.:** Integrative Suchtarbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006

**Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.:** Integrative Suchttherapie. Opladen: Leske + Budrich, Opladen 2004a, 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004a, 2007.

**Petzold H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C.:** Supervision auf dem Prüfstand. Opladen, Leske und Budrich, Opladen 2003

**Petzold, H. G., Orth, I.:** Coaching als Beratungsdisziplin: Problematisierungen – Ethik – Altruismus In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-02-2013-hilarion-g-petzold-ilse-orth-2013.html>, 2013a und in: Petzold, H.G., Orth, I., Frambach, L., Hänsel, M.: Altruismus zwischen Angrenzung und Abgrenzung. Espelkamp, Deutsche Gesellschaft für Coaching 2014

**Petzold, H.G., Orth-Petzold, S.:** Theoriegeleitete Arbeit und Prozesstransparenz in der Integrativen Therapie im Kontext „Sozialtherapie Sucht“. Perspektiven für SupervisorInnen zum „Transparenzdilemma. Verlag Petzold und Sieper, Hückeswagen 2016.

**Schay, P., Dreger, B., Siegele, F.:** Die Wirksamkeit von Supervision für den Patienten. Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, in: Schay, P., Innovationen in der Drogenhilfe. Beispiele alternativer Finanzierungsmöglichkeiten und inhaltlicher Weiterentwicklung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006

**Schigl, B.:** Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Supervision und Beratung. In: Integrative Therapie, Junfermann Verlag, Paderborn 2011

**Schreyögg, A.:** Die Differenzen zwischen Supervision und Coaching. In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching (OSC), Springer, Wiesbaden 2003

**Schreyögg, A.:** Supervision – Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. 4. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004

**Siegele F., Orth, S., Petzold, H.G:** Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/05-2007-orth-siegele-petzold-die-wirkung-von-supervision-in-psychiatrischen-tageskliniken.html> 2007

**Siegele, F. Petzold, H. G., Die Wirkung von Supervision in der Psychiatrie**  
Multicenterstudie Deutschland. Donau Universität, Krems *Supervision* Jg. 2016

**Sieper, J.:** „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, 3-4 (2006) 393-467 und erg. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 393-467. -. In: POLYLOGE 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>

**Siller, G.:** Professionalisierung durch Supervision. Perspektiven im Wandlungsprozess sozialer Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008

**Sozialdepartement der Stadt Zürich,** Kontakt- und Anlaufstellen.  
<https://www.stadtzuerich.ch/sd/de/index/arbeitswohndrogen/drogeneinrichtungen/kontaktund-anlaufstellen/angebot.html>, Zürich 2016

**Stiftung für Sozialtherapie:** Betreutes Wohnen Windisch. <http://www.sozialtherapie.ch/betreutes-wohnen/angebot-2/betreutes-wohnen-windisch>, Egliswil 2016

**Sucht Schweiz: Infos und Fakten.** <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht>, Lausanne, 2016

**Thomann B.:** Wirkung und Nebenwirkung von Supervision - Exemplarische Studie im Praxisfeld der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. In: SUPERVISION. Theorie-Praxis-Forschung. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/05-2012-thomann-barbara-wirkung-und-nebenwirkung-von-supervision-exemplarische-studie-im.html>, 2012

## TABELLENVERZEICHNIS

|   |    |
|---|----|
| Tab. 1: Kompetenz der SupervisorInnen.....      | 42 |
| Tab. 2: Nutzen von Supervision.....             | 43 |
| Tab. 3: Erwartungen an eine Supervision.....    | 50 |
| Tab. 4: Erwartungen an die SupervisorInnen..... | 51 |

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|   |    |
|---|----|
| Abb. 1: Alter der befragten Personen.....   | 28 |
| Abb. 2: Geschlecht der befragten Personen.....                                      | 29 |
| Abb. 3: Beruf der befragten Personen.....   | 30 |
| Abb. 4: Berufserfahrung der befragten Personen.....                                 | 31 |
| Abb. 5: Tätigkeitsfelder der befragten Personen.....                                | 32 |
| Abb. 6: Tätigkeit in öffentlicher bzw. privater Einrichtung.....                    | 33 |
| Abb. 7: Berufliche Funktion der Befragten.....                                      | 33 |
| Abb. 8: Ort der Supervision.....  | 34 |
| Abb. 9: Form der Supervision.....   | 35 |
| Abb. 10: Freiwilligkeit der Supervision.....  | 35 |
| Abb. 11: Häufigkeit der Supervision in den letzten 6 Monaten.....                   | 36 |
| Abb. 12: Dauer der Sitzungen.....   | 37 |
| Abb. 13: Hinweis auf Verschwiegenheitsverpflichtung.....                            | 38 |
| Abb. 14: Einverständnis der PatientInnen für die Besprechung in der Supervision.... | 38 |
| Abb. 15: Ungefährtes Alter der SupervisorInnen.....                                 | 39 |
| Abb. 16: Geschlecht der SupervisorInnen.....  | 40 |
| Abb. 17: Beruf der SupervisorInnen.....   | 40 |
| Abb. 18: Art der Psychotherapieausbildung und/oder Zusatzausbildung.....            | 41 |
| Abb. 19: Mitgliedschaft der SupervisorInnen in einem Fachverband.....               | 42 |
| Abb. 20: Ideales Alter von SupervisorInnen.....                                     | 52 |
| Abb. 21: Behandelte PatientInnen insgesamt.....                                     | 60 |
| Abb. 22: PatientInnen mit Suchtmittelproblematik.....                               | 61 |
| Abb. 23: PatientInnen mit Doppeldiagnose.....                                       | 62 |
| Abb. 24: Behandlungsdauer der PatientInnen in Wochen.....                           | 63 |
| Abb. 25: Art der durchgeführten Suchtbehandlung.....                                | 64 |
| Abb. 26: Art der durchgeführten Behandlungen.....                                   | 64 |
| Abb. 27: Besonderer Supervisionsbedarf für die Arbeit mit SuchtpatientInnen.....    | 65 |
| Abb. 28: Notwendigkeit Feldkompetenz für SupervisorInnen in der Suchtarbeit....     | 66 |

## ANHANG

Begleitbrief

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Den Kontakt zu Ihrer Institution habe ich über die Datenbank "infodrog.ch" des Bundesamtes für Gesundheit erhalten.

Mein Name ist Andreas Collenberg. Ich bin seit über 20 Jahren in der Suchtarbeit, zuerst sozial-, dann psychotherapeutisch und nun supervisorisch, tätig. Teilweise sind die Stationen meiner beruflichen Tätigkeiten Ihnen sicherlich bekannt: Gemeinschaft Arche: Krisenwohngruppe Wollishofen, Zürich; Psychiatrische Klinik Hard, Embrach; Drop In Zürich-Nord; Die Alternative: Ulmenhof, Stationäre Drogentherapie, Ottenbach.

Im Rahmen der Weiterbildung zum Supervisor verfasse ich nun meine Masterarbeit zum Thema **Wirkung von Supervision in multiprofessionellen Teams in der Suchtarbeit der deutschsprachigen Schweiz**. Die Studie wird im Rahmen des postgradualen Studiengangs (Ltg. Prof. Dr. mult. H. Petzold) im Zentrum für psychosoziale Medizin (Ltg. Prof. Dr. med. A. Leitner) der Donau-Universität Krems durchgeführt. Supervision ist ein weithin gebräuchliches Instrument der Qualitätssicherung, dessen Wirkungen bislang jedoch noch wenig erforscht sind.

Für diese Arbeit bin ich auf Daten angewiesen. Die Erhebung erfolgt **anonym**, mittels **Fragebogen auf elektronischem Weg (Dauer: 15-20 Minuten)**. Da uns die Qualitätssicherung im Bereich Supervision in der Suchtarbeit ein wichtiges Anliegen ist, hoffen wir auf Ihre Teilnahme.

Darf ich Sie als Leiterin bitten, den Begleittext mit Fragebogen (Anlage) an Ihre **Mitarbeiter/innen, welche an Supervision teilnehmen**, weiterzuleiten? Dafür wäre ich Ihnen dankbar.

**Vorgehensweise für das Ausfüllen:** Bitte laden Sie den Fragebogen zuerst von der Anlage auf den Desktop, füllen Sie diesen dann aus und speichern Sie die Daten. Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie an [sucht2010@hotmail.com](mailto:sucht2010@hotmail.com) zurück.

Um **Rücksendung** bis zum **23. August 2011** wird gebeten.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Freundliche Grüsse  
Andreas Collenberg, lic. phil.  
Fachpsychologe für Psychotherapie FSP / Supervisor

**Donau-Universität Krens**  
**Postgradualer Studiengang Supervision**  
Wissenschaftliche Leitung und Betreuung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold  
**Forschungsprojekt Supervision in der Suchtarbeit**

**FRAGEBOGEN ZU SUPERVISION<sup>®</sup>**

Bitte zurücksenden an folgende Adresse:

**sucht2010@hotmail.com**

Kontakt:

Andreas Collenberg, Dorfstrasse 6, CH-8620 Wetzikon  
Tel. Festnetz 044 932 14  
Tel. Mobile 079 740 32 06  
Email sucht2010@hotmail.com

**Angaben zur Person**

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

Der Fragebogen bezieht sich auf eine Supervisionsgruppe. Falls Sie an unterschiedlichen Supervisionen in multiprofessionellen Teams teilnehmen, wählen Sie entweder eine Supervisionsgruppe oder füllen Sie mehrere Fragebögen aus.

Der Fragebogen ist einfach auszufüllen. Klicken Sie in die entsprechenden Felder und fügen Sie entweder eine Zahl, z.B. |\_\_3\_\_||\_\_7\_\_| ein oder kennzeichnen Sie Ihre Antwort mit einem \_x\_. Bei den offenen Fragen können Sie Ihre Meinung in Textform eintippen.

**Alter:** |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**Geschlecht:** \_\_ weiblich \_\_ männlich

**Ihr Beruf:**

Pflegefachfrau, Pflegefachmann  
 Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter  
 Sozialpädagogin/Sozialpädagoge  
 Psychologin/Psychologe  
 Ärztin/Arzt

Physiotherapeutin/Physiotherapeut  
 Ergotherapeutin/Ergotherapeut  
 Musiktherapeutin/Musiktherapeut  
 Bewegungstherapeutin/Bewegungstherapeut  
 Anderer (bitte angeben):

**Anzahl Jahre Berufserfahrung:**

bis 1 Jahr  
 7-10 Jahre

1-3 Jahre  
 11-15 Jahre

4-6 Jahre  
 über 15 Jahre

**Ihr Tätigkeitsfeld:**

Psychiatrische Klinik  
 Ambulante Beratungsstelle

Krankenhaus  
 Anlaufstelle

Stationäre Suchttherapie  
 Anderes (bitte angeben):

**Art der Einrichtung:**

öffentliche Einrichtung

private Einrichtung

**Ihre Funktion:**

leitend

nicht leitend

in Ausbildung



## 1. Fragen zum Rahmen der Supervision

1a) In welchen **Räumlichkeiten** findet die Supervision statt?

auf der Abteilung       in einem anderen Raum der Institution       extern

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

Fall       Team       Abteilung (gesamtes interdisziplinäres Team)

1c) Ist die Teilnahme an der Supervision **freiwillig**?       Ja       Nein

1d) **Wie oft** fand die Supervision in den letzten 6 Monaten statt?      |\_\_\_|\_\_\_| (Anzahl)

1e) **Wie lange** dauert eine Sitzung?      |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| (Minuten)

1f) Wurde auf die **Verschwiegenheitsverpflichtung** hingewiesen?       Ja       Nein

1g) Wurde das **Einverständnis der PatientInnen** für ihre Besprechung in der Supervision eingeholt?  
 Ja       Nein

## 2. Fragen zur aktuellen Person der Supervisorin/des Supervisors

2a) Ungefähres **Alter**      |\_\_\_|\_\_\_|      **Geschlecht**       weiblich       männlich

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

Ärztin/Arzt       Psychologin/Psychologe       Sozialpädagogin/Sozialpädagoge   
 Pflegeberufe       Anderer (bitte angeben):

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

Nicht bekannt       Psychoanalyse       Gesprächstherapie  
 Verhaltenstherapie       Integrative Therapie       Supervision  
 Familientherapie (systemisch)       Organisationsentwicklung       Gestalttherapie  
 Andere Richtung (bitte angeben):

2d) Ist Ihre Supervisorin / Ihr Supervisor **Mitglied in einem Fachverband für Supervision**?

Ja       Nein       Nicht bekannt

2e) Wie schätzen Sie die **Kompetenz** der Supervisorin /des Supervisors ein?

| Bewertung                  | hoch | mittel | gering |
|----------------------------|------|--------|--------|
| Fachwissen im Suchtbereich |      |        |        |
| Methodisches Geschick      |      |        |        |
| Sozialkompetenz            |      |        |        |

### 3. Fragen zur Wirkung von Supervision

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

| Bewertung                  | hoch | mittel | gering | kein |
|----------------------------|------|--------|--------|------|
| <b>Nutzen</b>              |      |        |        |      |
| Persönlicher Nutzen        |      |        |        |      |
| Eigener beruflicher Nutzen |      |        |        |      |
| Patientenbezogener Nutzen  |      |        |        |      |
| Teambezogener Nutzen       |      |        |        |      |

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

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

### 4. Vorstellungen von Supervision

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

4b) Welche **Erwartungen** habe ich an eine Supervision?

| Bewertung  | voll<br>zutreffend | unent-<br>schieden | nicht<br>zutreffend |
|--|--------------------|--------------------|---------------------|
| Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team                             |                    |                    |                     |
| Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Institution                  |                    |                    |                     |
| Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten                     |                    |                    |                     |
| Verbesserung der Kommunikation im Team                               |                    |                    |                     |
| Unterstützung / Entlastung   |                    |                    |                     |
| Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen                    |                    |                    |                     |
| Optimierung von therapeutischen Interventionen                       |                    |                    |                     |
| Problem- u. Konfliktlösung   |                    |                    |                     |
| Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team |                    |                    |                     |

4c) Ich betrachte eine Supervisorin / einen Supervisor als

| Bewertung                          | voll<br>zutreffend | unent-<br>schieden | nicht<br>zutreffend |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Beistand / HelferIn                |                    |                    |                     |
| LehrerIn                           |                    |                    |                     |
| SpezialistIn und ExpertIn          |                    |                    |                     |
| FörderIn / EntwicklerIn von Neuem  |                    |                    |                     |
| PsychotherapeutIn                  |                    |                    |                     |
| Coach                              |                    |                    |                     |
| VermittlerIn zwischen den Parteien |                    |                    |                     |
| ProblemlöserIn                     |                    |                    |                     |

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

| Bis 35 Jahre | 35-45 Jahre | 45-55 Jahre | 55-65 Jahre | Über 65 Jahre | Alter ist egal | Keine Meinung |
|--------------|-------------|-------------|-------------|---------------|----------------|---------------|
|              |             |             |             |               |                |               |

4e) Welche möglichen **Risiken und Nebenwirkungen** beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach?

Für Sie?

Für Ihre PatientInnen?

Für Ihr Team?

4f) Welche **protektiven und präventiven Faktoren** (schützende, stützende, fördernde Anteile) beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach?

Für Sie?

Für Ihre PatientInnen?

Für Ihr Team?

## 5. SONDERTEIL SUCHT

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation. (Angaben soweit wie Ihnen diese bekannt sind)

5a) Wie viele Patientinnen/Patienten werden **insgesamt** in Ihrer Institution behandelt?

|\_|\_|\_|\_| (Anzahl)

5b) Wie viele PatientInnen weisen eine **Suchtmittelproblematik** auf?

|\_|\_|\_|\_| (Anzahl)

5c) Wie viele Ihrer SuchtpatientInnen haben eine weitere psychiatrische Diagnose im Sinne einer **Doppeldiagnose**?

|\_|\_|\_|\_| (Anzahl)

5d) Wie lange werden die SuchtpatientInnen in Ihrer Institution **im Durchschnitt behandelt**?

|\_|\_|\_|\_| (Wochen)

5e) Welche **Art der Suchtbehandlung** wird in Ihrer Institution durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich)?

Drogenentzug                       Alkoholentzug                       Medikamentenentzug  
 Substitutionsbehandlung         Medizinische Behandlung         Medizinische Rehabilitation  
 Psychotherapie                       Andere Behandlung (bitte angeben):

5f) Welcher **Behandlungsansatz** wird in Ihrer Institution verfolgt (Mehrfachnennungen möglich)?

Akutbehandlung                       Langzeitbehandlung                       Psychotherapie  
 Sozialtherapie                       Sozialmedizin                       Forensische Medizin  
 Anderer Behandlungsansatz (bitte angeben):

5g) Besteht ein **besonderer Supervisionsbedarf für die Arbeit mit SuchtpatientInnen**?

Ja                                       Nein

5h) Erachten Sie **Feldkompetenz** (Kompetenz in der Suchtarbeit) für einen Supervisor/eine Supervisorin im Suchtbereich erforderlich?

Unbedingt erforderlich             Wünschenswert                       Nicht erforderlich

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Der Fragebogen wurde vom Autor auf einen Matrix-Fragebogen (© Prof. Dr. H.G. Petzold) von Prof. mult. Dr. H.G. Petzold (2001) für diese Untersuchung bearbeitet. Vordem war er von weiteren Personen verwendet und für die jeweilige Fragestellung weitergestaltet worden: Siegele, F., Orth, I., Gottfried, K., Petzold, H.G., Fragebogen zu Supervision – Forschungsprojekt: Supervision in der Psychiatrie. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Düsseldorf, Hückeswagen (2005)

© dieses Fragebogens: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Düsseldorf und A.C. Wetzikon, April 2011