

Supervision und Ressourcenentwicklung

- Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie -

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Hans-Christoph Eichert
aus
Stuttgart

Bonn 2008

Erster Gutachter:

Prof. Dr. Jörg Fengler

Zweite Gutachterin:

Prof.'in Dr. Susanne Nußbeck

Tag der Disputatio:

16. Juni 2008

„ποταμοῖσι τοῖσιν αὐτοῖσιν ἔμβαίνουσιν
ἕτερα καὶ ἕτερα ὕδατα ἐπιρρεῖ.“

„Wer in dieselben Flüsse hinabsteigt,
dem strömt stets anderes Wasser zu.“

Heraklit von Ephesos DK 22 B 12 (ca. 544 – 483 v.Chr.)

Vorwort

Die Idee zu dieser Arbeit ist nach meinem Supervisionsstudium an der Universität Amsterdam entstanden. Im Rahmen meiner dortigen Diplomarbeit hatte ich den Einfluss von Supervision auf berufsrelevante Ressourcen im ambulanten psychiatrischen Bereich untersucht. Die Planung und Durchführung dieser Untersuchung, die mir großen Spaß gemacht hat und nicht zuletzt die Ergebnisse haben mich dazu bewogen, mich mit dem Thema weiter zu beschäftigen.

Ich habe mich daher noch im Jahr 2005 entschlossen, der Untersuchung ein weiteres Projekt folgen zu lassen, dessen Schwerpunkt die Supervision in der stationären Psychiatrie sein sollte. Ich wollte dabei aber nicht einfach das Design und die Fragestellung der Untersuchung zur ambulanten Psychiatrie auf die neue Untersuchung übertragen. Das neue Projekt sollte – wie es in der neueren einschlägigen Literatur verschiedentlich gefordert wird – im Rahmen eines Kontrollgruppensdesigns mit mehreren Messzeitpunkten durchgeführt werden. Wie sich dann später herausstellen sollte, fielen – ganz im Sinne des obigen Zitats von Heraklit – auch die Ergebnisse ganz anders aus als in den Hypothesen ursprünglich erwartet.

Mit Prof. Fengler habe ich dann schnell einen ausgewiesenen Supervisionsfachmann als Doktorvater für die Arbeit gefunden, dem ich an dieser Stelle herzlich danken möchte. Seine heitere Gelassenheit im Umgang mit Problemen und Schwierigkeiten im Forschungsprozess haben mich von Anfang an sehr beeindruckt hat. Durch seine Anregungen hat er maßgeblich dazu beigetragen, dass auch bei mir die Zuversicht gewachsen ist, das Projekt zu einem guten Ende zu bringen.

Weiter möchte ich meinen Mit-DoktorandenInnen danken. Die Atmosphäre im Kolloquium habe ich als außerordentlich konstruktiv und inspirierend erlebt. Aus den Sitzungen sind einige Anregungen gekommen, die ich in der Arbeit umsetzen konnte.

Ebenfalls danken möchte ich meiner Familie und meiner Wohngemeinschaft, die das Projekt mitgetragen haben. Vor allem mein Sohn Timon Hick, Daniel und Tobias Risse sowie Joëlle Thien haben mir ganz praktisch bei der Eingabe der Daten und bei den Korrekturen geholfen.

Außerdem bedanke ich mich ganz herzlich für die finanzielle Unterstützung des Projektes durch die Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., die die doch nicht unerheblichen Kosten des Projektes für mich deutlich abgedeckt hat.

Bonn, im Februar 2008

Hans-Christoph Eichert

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Modells wurde im Rahmen eines faktoriellen multivariaten varianzanalytischen Designs (N = 451) untersucht, ob bei TeilnehmerInnen von Supervision Verbesserungen bei wahrgenommenen berufsrelevanten professionellen, sozialen und materiellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit zu beobachten sind, und inwieweit diese supervisionsformspezifisch (Teamsupervision, Gruppensupervision, Nicht-Supervision) unterschiedlich sind. Darüber hinaus wurde untersucht, ob Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen mit Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren korreliert sind. Die Untersuchung wurde an MitarbeiternInnen stationärer psychiatrischer Einrichtungen an zwei Messzeitpunkten im Abstand von 10 Monaten durchgeführt.

Zwischen Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen und ihrer Nutzbarkeit und Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit konnten signifikant positive Zusammenhänge gefunden werden, wobei Veränderungen bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener materieller Ressourcen signifikante Prädiktoren waren. Ebenso konnten signifikante modellgerechte Korrelationen zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren gefunden werden. Hier waren Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle für Veränderungen der meisten Gesundheitsindikatoren und Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit für Veränderungen der Arbeitszufriedenheit signifikante Prädiktoren.

Nicht bestätigt werden konnten die meisten Hypothesen, die sich auf Verbesserungen von wahrgenommenen Ressourcen in den Supervisionsgruppen beziehen. Lediglich bei der wahrgenommenen praktischen Unterstützung durch Vorgesetzte kam es in der Teamsupervisionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen zu signifikanten Verbesserungen. Die Untersuchungsergebnisse legen aber mögliche kompensatorische Effekte nahe, denn auf der Ebene statistischer bedeutsamer Tendenzen konnte gezeigt werden, dass es bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen und bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen im Gegensatz zur den Supervisionsgruppen in der Nicht-Supervisionsgruppe zu Verschlechterungen gekommen ist.

Summary

Based on stress- and resource-theories in a GLM-Design (N = 451) it was examined, whether improvements in perceived professional, social and material resources and their usability are empirical observable at participants of supervision and if these improvements are specific to the type of supervision (Team-Supervision, Group-Supervision, Non-Supervision) or not. It was also examined whether changes in the perceived resources are correlated with changes in perceived control, self-efficacy, and indicators of job-satisfaction and health. The examination was accomplished with employees of psychiatric hospitals at two measure-points at intervals of 10 months.

Between changes in the perceived resources and their usability and changes in perceived control and self-efficacy significant positive correlations were found, in particular, changes in perceived usability of social resources and changes in perceived material resources fitted as predictors. Also, significant correlations between changes in perceived control and self-efficacy, and changes in indicators of job-satisfaction and health were found. Changes in perceived control for most of the changes in health indicators fitted as predictor, changes in perceived self-efficacy for job satisfaction fitted as predictors.

The assumption of improvements in perceived resources in the supervision groups could not be approved. Unlike the other groups, only perceived practical support of superiors improved significantly in team-supervision-group. The results suggest possible compensatory effects of supervision, because (at the level of statistical significant trends) it could be shown that perceived professional resources and perceived usability of professional and social resources, in contrast to the supervision-groups in the non-supervision-group decreased.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| 1. Einleitung | 6 |
| 2. Fragestellung | 8 |
| 3. Stand der Forschung | 11 |
| 3.1. Supervision | 11 |
| 3.1.1. Zum Begriff Supervision | 12 |
| 3.1.2. Methodische Probleme bei der Untersuchung von Supervision | 25 |
| 3.1.3. Effekte von Supervision | 32 |
| 3.1.4. Wirkfaktoren von Supervision im Supervisionsprozess | 50 |
| 3.1.5. Supervision in der Psychiatrie | 65 |
| <i>Exkurs: Historische Entwicklungen und Rahmenbedingungen der Psychiatrie in Deutschland</i> | 66 |
| 3.2. Stress – Ressourcen - Kontrolle | 80 |
| 3.2.1. Ansätze der Stressforschung | 81 |
| 3.2.2. Transaktionale Stresstheorie | 83 |
| 3.2.3. Ressourcen | 85 |
| 3.2.4. Ressourcen, Kontrolle und Bewältigung | 91 |
| 3.2.5. Arbeit, Stress und Gesundheit | 95 |
| 3.2.6. Arbeitsbedingter Stress im Gesundheitswesen | 99 |
| 3.3. Zusammenfassung: Supervision als Ressourcenentwicklung | 115 |
| 4. Modell der Untersuchung und Hypothesen | 122 |
| 4.1. Modellannahmen | 122 |
| 4.2. Hypothesen | 123 |
| 5. Untersuchungsplanung | 133 |
| 5.1. Design | 133 |
| 5.2. Erhebungsinstrumente | 135 |
| 5.3. Auswertungsmethodik | 141 |
| 5.4. Zeitplanung | 146 |
| 6. Untersuchungsverlauf | 148 |
| 6.1. Zeitlicher Verlauf | 148 |
| 6.2. Stichprobengewinnung | 148 |
| 6.3. Datenerhebung | 149 |
| 6.4. Auswertung | 151 |
| 7. Ergebnisse | 153 |
| 7.1. Deskriptive Ergebnisse | 153 |
| 7.1.1. Merkmale der Befragten | 153 |
| 7.1.2. Merkmale der Arbeitssituation | 158 |
| 7.1.3. Daten zur Supervision | 161 |
| 7.1.4. Vergleich der Untersuchungsgruppen | 173 |
| 7.2. Gütekriterien und Skalenwerte | 179 |
| 7.2.1. Gütekriterien der Skalen | 179 |
| 7.2.2. Skalenwerte | 189 |
| 7.2.3. Unterschiede der Skalenwerte zwischen den Untersuchungsgruppen | 221 |
| 7.3. Hypothesenüberprüfung | 223 |
| 7.4. Zusammenfassung | 266 |
| 8. Diskussion der Ergebnisse | 271 |
| 9. Literaturverzeichnis | 278 |
| 10. Abbildungsverzeichnis | 297 |
| 11. Tabellenverzeichnis | 299 |
| 12. Anhang | 304 |

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Bedeutung von Supervision für die Entwicklung berufsrelevanter Ressourcen bei MitarbeiterInnen im stationären psychiatrischen Bereich. Unter stress- und ressourcentheoretischen Gesichtspunkten soll untersucht werden, ob Supervision durch die Entwicklung und Verbesserung berufsrelevanter Ressourcen zur besseren Bewältigung beruflicher Belastungen beitragen kann. Supervision soll hier also nicht in ihrer qualitätssichernden Funktion untersucht werden, sondern unter dem Blickwinkel der Personalentwicklung im weitesten Sinne.

Die Arbeit schließt an eine frühere Untersuchung des Autors (EICHERT 2005) an, die sich mit wahrgenommenen Verbesserungen berufsrelevanter Ressourcen durch Supervision bei Beschäftigten im ambulanten psychiatrischen Bereich befasst hat. Im Gegensatz zu der damaligen Untersuchung ist es bei der vorliegenden Untersuchung aber nicht das Ziel, wahrgenommene Änderungen bei den Ressourcen zu erfassen, sondern es geht um mögliche Änderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen. Sie ist daher auch nicht als Fragebogenuntersuchung mit einem Messzeitpunkt angelegt, sondern folgt einem varianzanalytischen Design mit Messwiederholung (2 Messzeitpunkte).

Die Arbeit selbst gliedert sich in acht Abschnitte, von denen sich die ersten fünf Kapitel mit eher theoriebezogenen Inhalten und der Entwicklung der Fragestellung befassen. Mit der empirischen Umsetzung befassen sich schwerpunktmäßig die übrigen Kapitel.

In Kapitel zwei wird zunächst die Fragestellung der Untersuchung eingegrenzt und dargestellt. In Kapitel drei geht es um den aktuellen Forschungsstand. Dieses Kapitel gliedert sich in zwei große Bereiche auf. Im ersten Teil des Kapitels werden grundlegende Begriffe und Ergebnisse aus der Supervisionsforschung im engeren Sinne dargestellt. Dabei fließen sowohl Ergebnisse aus der europäischen als auch Ergebnisse aus der angloamerikanischen Supervisionsforschung ein. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich dem Bereich Stress, Ressourcen und Kontrolle. Hier werden zunächst grundlegende stress- und ressourcentheoretische Ansätze vorgestellt und unter kontroll- und handlungstheoretischen Gesichtspunkten miteinander verbunden. Im weiteren Verlauf wird kurz auf die arbeitspsychologische Stressforschung eingegangen, bevor ausführlich aktuelle Ergebnisse zum Thema „arbeitsbedingter Stress im Gesundheitswesen“ dargestellt werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden in den Kapiteln, in denen empirische Untersuchungsergebnisse vorgestellt werden, jeweils Zwischenzusammenfassungen eingefügt. Den Abschluss des dritten Kapitels bildet eine Zusammenfassung des Forschungsstandes unter dem Blickwinkel der Fragestellung der Untersuchung.

Im vierten Kapitel wird zunächst das der Untersuchung zugrunde liegende theoretische Modell dargestellt und erläutert. Es bildet die Grundlage für die anschließend dargestellten Hypothesen der Untersuchung. Diese werden jeweils auch als statistische Hypothesen sowie in Form von theoretisch erwarteten Ergebnisgrafiken dargestellt.

In Kapitel fünf wird die Untersuchungsplanung erläutert. In diesem Kapitel werden das Design, die Untersuchungsinstrumente, die geplante Auswertungsmethodik sowie die konkrete Zeitplanung erläutert.

Der tatsächliche Untersuchungsverlauf wird in Kapitel sechs dargestellt. Dieses Kapitel beschreibt neben dem tatsächlichen zeitlichen Verlauf der Untersuchung die Stichprobengewinnung, den Verlauf der beiden Datenerhebungsphasen mit den dabei auftretenden Problemen sowie die Datenauswertung.

Im siebten Kapitel folgen die Ergebnisse der Untersuchung. Dabei werden zunächst deskriptive Ergebnisse erläutert und die Kliniken, Teilnahmegruppen sowie die Untersuchungsgruppen miteinander verglichen. Im weiteren Verlauf folgt die Darstellung der Gütekriterien der eingesetzten Skalen sowie die Skalenwerte der beiden Erhebungen. Im Anschluss daran werden die hypothesengebundenen Ergebnisse sowie weitere Untersuchungsergebnisse beschrieben. Dabei werden zunächst die Ergebnisse der durchgeführten Testverfahren komplett dargestellt. Am Schluss des Kapitels werden diese dann auf die Hypothesen bezogen.

Die Diskussion und Einordnung der Untersuchungsergebnisse erfolgt schließlich im achten Kapitel.

Die folgenden Abschnitte 9 bis 12 beinhalten die Dokumentation genutzter Literatur, die Tabellen- und Abbildungsverzeichnisse, die eingesetzten Fragebögen sowie tabellarische Berechnungsergebnisse.

2. Fragestellung

In den letzten Jahren ist es im ambulanten und stationären psychiatrischen Bereich, wie auch im gesamten sozialen Bereich, aufgrund der allgemeinen Mittelknappheit der „öffentlichen Hand“ zu umfangreichen Umstrukturierungen gekommen. Privatisierungen von Leistungsbereichen verbunden mit ihrer öffentlichen Ausschreibung oder die Einführung von Fallpauschalen führten in vielen Bereichen zu teils erheblichen Einsparungen. Diese wurden aber in der Regel erkaufte durch die Reduzierung personeller Ressourcen sowie durch Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen und Bezahlung der Beschäftigten. Gleichzeitig stiegen die Anforderungen an die Menge und Qualität der Leistungen.

Diese immer weiter auseinander gehende Schere zwischen qualitativem Anspruch an die Leistungserbringung und die hierfür verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen ist zweifellos mit zunehmenden Belastungen für die Beschäftigten verbunden. Im psychiatrischen Bereich, der aufgrund des teilweise meritorischer Charakters¹ seiner Leistungen und aufgrund der oft starken persönlichen Involviertheit der dort Beschäftigten ohnehin mit einem hohen Belastungspotential verbunden ist, macht sich diese Entwicklung besonders bemerkbar.

Supervision ist auch deshalb in der stationären und ambulanten Psychiatrie seit Jahren ein fast selbstverständlicher Bestandteil der Arbeit. Neben der emotionalen Entlastung der MitarbeiterInnen soll sie dabei einer Vielzahl weiterer Funktionen dienen: Der Optimierung von Behandlungsprozessen durch prozessorientierte Beratung, der Qualitätssicherung über Fortbildung, der Optimierung von Zusammenarbeitsstrukturen, der Klärung bei Konflikten im Team oder mit Vorgesetzten bis hin zur Burn-out-Prophylaxe. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklungen im Gesundheitsbereich kommt den verschiedenen Supervisionsfunktionen eine zunehmende Bedeutung zu. Damit ist allerdings auch die Gefahr der Überfrachtung von Supervision mit zu vielen Erwartungen verbunden, angesichts derer die realistischen Möglichkeiten und Stärken der Beratungsmethode Supervision überschätzt werden und die Grenzen zu anderen Beratungsformen wie Psychotherapie und Organisationsberatung verschwimmen. Daraus ergibt sich zum einen die Notwendigkeit einer konzeptuellen Differenzierung in der Supervisionspraxis, die spezifischen Anforderungen spezifische Angebote entgegensetzt.

Auf der anderen Seite ist eine differenziertere wissenschaftliche Erforschung und Weiterentwicklung supervisorischer Konzepte notwendig, die Möglichkeiten und Grenzen supervisorischen Handelns ausleuchtet.

Nach dem Stand der Forschung kann man inzwischen davon ausgehen, dass Supervision grundsätzlich als hilfreich und wirksam erlebt wird. Problematisch an vielen bisherigen Untersuchungen zu Supervisionseffekten ist aber, daß sie sich im mehr oder weniger theoriefreien Raum bewegen und damit begnügen, MitarbeiterInnen nach der Wirksamkeit ihrer Supervision zu befragen. Dieses Herangehen hat durchaus seinen Sinn und ist auch notwendig, vor allem, wenn es darum geht, die grundsätzliche „Wirksamkeit“ eines Verfahrens im Sinne seiner grundsätzlichen Legitimität zu untermauern.

¹ Öffentliche Güter sind Güter und Dienstleistungen, die von der öffentlichen Hand aufgrund von politischer Entscheidung kostenfrei angeboten werden. Sie sind von allgemeinem Wert und ihr Gebrauch ist nicht privatisierbar bzw. individualisierbar. Meritorische Güter sind ein Teilbereich öffentlicher Güter, die für das Allgemeinwohl zur Verfügung gestellt werden, und deren Nutzung mit Zwang versehen ist (Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie, Gefängnis etc.). Private Güter sind dagegen am Markt verfügbar und privatisierbar. (Vgl. hierzu TRUBE & WOHLFAHRT 2000)

Mit den veränderten Rahmenbedingungen und den steigenden Anforderungen an Supervision sollte sich aber auch die Erforschung von Supervision und Supervisionsprozessen theoretisch und forschungsmethodisch weiterentwickeln.

Statt den Fokus auf allgemeine Supervisionswirkungen zu legen, sollte die Frage gestellt werden: Welche Supervisionsart kann unter welchen Bedingungen in welchen Bereichen zu welche Veränderungen oder Effekten beitragen? Es geht also um die Beschreibung unterschiedlicher Supervisionsziele und gewünschter Supervisionseffekte und um die Entwicklung darauf bezogener „differenzieller Indikationen“ (oder Kontra-Indikationen) von Supervisionsformen und -methoden. Hierfür ist es wichtig, das komplexe Bedingungsgefüge möglicher Wirkungen zu untersuchen. Dabei kann die Forschung auf eine Reihe von sozialwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Theorien zurückgreifen: Organisationstheoretische, kontroll- und handlungstheoretische oder stress- und gesundheitspsychologische Ansätze – um nur einige zu nennen – bieten sich zur Untersuchung und Einordnung verschiedener Supervisionsformen, -ziele und -effekte an.

Genauso wichtig wie die theoretische Rückbezogenheit ist die Frage angemessener Forschungsdesigns. An die Stelle von Befragungen zu wahrgenommenen Veränderungen in Form von Querschnittsdesigns sollten Designs treten, die mit mehreren Messzeitpunkten arbeiten und die differenzierte Effektivvariablen und Messwertveränderungen berücksichtigen.

Die vorliegende Untersuchung greift diese theoretischen und forschungsmethodischen Überlegungen auf.

Im ihrem Mittelpunkt steht die Frage, ob und wie Supervision bei MitarbeiterInnen stationärer psychiatrischer Einrichtungen Einfluss auf die Bewältigungsmöglichkeiten gegenüber beruflichen Belastungen und damit auf Arbeitszufriedenheit, Belastetheit und gesundheitliches Wohlbefinden nehmen kann.

Im Einzelnen lautet die Fragestellung:

- Besteht eine Beziehung zwischen der Teilnahme an Supervision und Veränderungen bei den wahrgenommenen berufsrelevanten Ressourcen und deren wahrgenommener Nutzbarkeit?
- Bestehen spezifische Beziehungen zwischen der Teilnahme an speziellen Supervisionsformen (Gruppen-, Einzelsupervision und Teamsupervision) und spezifischen Veränderungen bei unterschiedlichen Ressourcenbereichen (Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen und materielle Ressourcen) und deren Nutzbarkeit? Gehen mit Teamsupervision andere Veränderungen einher als mit Einzel- und Gruppensupervision?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen bei den wahrgenommenen berufsrelevanten Ressourcen und der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei den Indikatoren der Arbeitszufriedenheit, Belastetheit und der gesundheitlichen Situation?

Den theoretischen Hintergrund der Fragestellung bilden stress- und ressourcentheoretische Überlegungen, wobei insbesondere auf die transaktionale Stresstheorie von LAZARUS, ressourcentheoretische Erweiterungen von HOBFOLL bzw. auf ressourcentheoretische Überlegungen von ANTONOWSKY sowie auf kontrolltheoretische Aspekte (FLAMMER) Bezug genommen wird. Außerdem knüpft die Untersuchung an Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung an.

Wie in dem Modell der Untersuchung an späterer Stelle (Kapitel 4) noch genauer erläutert wird, wird angenommen, dass mit der Teilnahme an unterschiedlichen Supervisionsformen Veränderungen in unterschiedlichen Ressourcenbereichen einhergehen. Während Teamsupervisionsformen eher dazu geeignet erscheinen, Kooperationsprobleme zu bearbeiten und damit soziale Ressourcen zu beeinflussen, scheinen Gruppen- bzw. Einzelsupervision eher dazu geeignet, professionelle Ressourcen zu beeinflussen. Veränderungen bei den Ressourcen führen dem Modell entsprechend zu einem veränderten Verhältnis zwischen den Anforderungen der Arbeitssituation und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten beruflicher Belastungen. Dies müsste sich in der Arbeitszufriedenheit, der Belastetheit und im gesundheitlichen Wohlbefinden niederschlagen.

Zur Untersuchung der Fragestellung ist ein Querschnittsdesign wenig geeignet, denn hiermit können nur wahrgenommene Veränderungen und deren Attribution auf Supervision untersucht werden.

Um mögliche Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen feststellen zu können, ist ein Kontrollgruppen-Design mit mehreren Messzeitpunkten geeigneter. Ein klassisches experimentelles Design kommt allerdings schon aus praktischen Gründen nicht in Frage, denn weder die Randomisierung oder Parallelisierung der Untersuchungsgruppen noch die Standardisierung von Supervision sind möglich. Daher ist eine Feldstudie das Mittel der Wahl, bei der zusätzliche, nicht beeinflussbare Faktoren, wie z.B. Veränderungen in der Belastungsstruktur der Arbeit, als Kontrollvariablen berücksichtigt werden können.

Bei der späteren Einordnung der Untersuchungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es vielfältige Einflüsse auf Ressourcen, Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und gesundheitliche Faktoren gibt. Supervision ist dabei nur ein Faktor unter vielen und nicht unbedingt der zentrale. Nur sehr wenige dieser potentiellen Einflussfaktoren können im Rahmen der Untersuchung als Kontrollfaktoren berücksichtigt werden. Wenn also Veränderungen festgestellt werden können, dann wären diese möglicherweise eher klein, und ihre Zuordnung zu bestimmten Supervisionsformen i.S. kausaler Zusammenhänge wäre immer noch eher problematisch.

Der Vorteil gegenüber einem Querschnittsdesign besteht aber darin, dass es um gemessene Veränderungen wahrgenommener Ressourcen und deren Zuordnung geht und nicht um auf Supervision attribuierte wahrgenommene Veränderungen.

3. Stand der Forschung

3.1. Supervision

In diesem Abschnitt sollen einige relevante Aspekte der Supervisionsforschung dargestellt werden. Es wird dabei nicht nur auf Ergebnisse der zum Themenbereich Supervision im psychiatrischen Bereich zurückgegriffen, da es zu diesem speziellen Bereich sehr wenige Untersuchungen gibt.

Mit PETZOLD e.a. (2003) muss man hinsichtlich der Supervisionsforschung grundsätzlich zwischen der europäischen (insbesondere der deutschsprachigen) und der nordamerikanischen Tradition unterscheiden:

Tabelle 1: US-amerikanische und deutschsprachige Supervisionsauffassung (PETZOLD e.a. 2003)

| | US-amerikanische Supervisionsauffassung | Deutschsprachige Supervisionsauffassung |
|---|---|---|
| Definition | Supervision ist Anleitung strukturierter Praxis (zumeist als Teil einer Ausbildung, oft manualisiert) | Supervision ist Reflexion beruflicher Tätigkeit (als Teil von Ausbildungen, in bedeutendem Ausmaß gerade als berufsbegleitende Supervision) |
| Felder, in denen Supervision nachgefragt wird | Klinisch-psychiatrischer und sozialarbeiterischer Bereich | Alle Berufsfelder, in denen die Reflexion beruflichen Handelns möglich ist (u.a. gesamter psychosozialer Bereich, klinischer Bereich, Erziehungswesen, auch zunehmend Profit-Bereich) |
| Berufsgruppen, die supervidiert werden | Klinische PsychologInnen (Counseling), PsychotherapeutInnen in Ausbildung, SozialarbeiterInnen | Alle in den oben genannten Bereichen vertretenen Professionen (von Freiwilligen bis Management) |
| Supervisionsformen | Einzel-supervision, wenig Gruppensupervision, Balint-Gruppen | Einzel- und Gruppensupervision Teamsupervisionen, Balintgruppen, Organisationssupervision (oft als Teil von OE), Coaching |
| Institutionsbezug der Supervision | Institutionsinterne Supervision (auch durch Vorgesetzte) | Zumeist institutionsexterne SupervisorInnen, oft auch ohne Bezug zur jeweiligen Institution |
| Zusammensetzung der supervidierten Professionen | Homogene Berufsgruppen (Gruppensupervision) | V.a. in der Teamsupervision: multiprofessionelle Teams |
| Feldbezug der SupervisorInnen | SupervisorInnen als erfahrene VertreterInnen der supervidierten Profession (Feldkompetenz) | SupervisorInnen mit eigener Supervisionsausbildung (allgemeine Beratungskompetenz, Feldkompetenz erst in zweiter Linie) |
| Verankerung und Praxis an Universitäten | Senior students supervidieren beginning students | Auf universitärer Ebene gibt es kaum Supervision) |
| Fokus | Lernen von Verhaltensweisen anhand von Manuals | Problemzentriert und situationsspezifisch |
| Logik | Professionslogik | Professions- und Unternehmenslogik |

Während die nordamerikanische Variante sich im wesentlichen mit Psychotherapiesupervision i.S. von Ausbildungssupervision beschäftigt, bezieht sich die europäische Literatur auf ein breiteres Supervisionsverständnis, das sowohl Ausbildungssupervision als auch Supervision der Berufspraxis i.S. von Praxisberatung in unterschiedlicher Form (Einzel, Gruppen, Teamsupervision etc.) mit einbezieht.

Entsprechend dieser Unterschiede im Supervisionsverständnis sind die Forschungsfragestellungen und –methoden sehr unterschiedlich. Deutlich stärker als im deutschsprachigen Bereich ist im amerikanischen Bereich der Forschungsschwerpunkt auf Lernen und Kompetenzvermittlung ausgerichtet. Die Art des Ansatzes bringt eine deutlich stärkere quantitativ-empirische Orientierung der Forschung mit sich als dies im deutschsprachigen Raum bislang der Fall ist.

Im Folgenden werde ich zunächst auf den Begriff Supervision, seine Geschichte, definitorische Aspekte, Settingsfragen und Fragen zur Rolle und Anforderungen an SupervisorenInnen eingehen.

Danach werde ich exemplarisch einige methodische Probleme bei der Erforschung von Supervision und Supervisionswirkungen darstellen.

Im dritten und vierten Abschnitt geht es um zunächst den Forschungsstand zu den Wirkungen auf SupervisandenInnen und KlientenInnen, zu den Nebenwirkungen sowie zu den Wirkfaktoren von Supervision.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels geht es schließlich um Ergebnisse zur Supervision in der Psychiatrie im engeren Sinne.

3.1.1. Zum Begriff Supervision

1. Geschichte der Supervision

Begriffsgeschichtlich ist bereits der spätlateinische Begriff „supervidere“ (gleichgeordnet mit *inspicere*) sehr eng mit Macht- und Kontrollaspekten verbunden. (vgl. PETZOLD e.a. 2003, S. 97 f.; PETZOLD 2005e) Es handelt sich um das Äquivalent zu dem griechischen Begriff *επισκοπεο* (sich der Überwachung widmen, kontrollieren, beaufsichtigen).

Das, was wir heute unter Supervision verstehen, stammt aus ecclesialen und feudalbürokratischen Traditionen sowie aus der Armenversorgung und ist erst später im administrativen, wirtschaftlichen, politischen und psychosozialen Bereich adaptiert worden.

Früh tauchten „supervisionsartige“ Strukturen im kirchlichen Bereich auf. Die Aufgabe von visitorischer Supervision (z.B. durch den Bischof) bzw. von Superintendenz bestand in der administrativen und moralischen Kontrolle und Überwachung von Gemeinden und gemeindlichen Einrichtungen (Hospitäler etc.): Einsichtnahme (*inspectio*), Selbsterforschung (*introspectio*), Beichte (*confessio*) und Ausforschung (*inquisitio*) als quasi „diagnostisches Instrumentarium“ führt zu seelsorgerlichen Interventionen wie Beratung (*consilium*), Belehrung (*exhortatio*) und Ermahnung (*admonitio*). PETZOLD (2005e) sieht in den hier angewandten Methoden – auch unter Bezugnahme auf FREUD – durchaus Parallelen zu Psychotherapie, Coaching, Supervision und Mentoring:

„Genealogisch, *diskurs- und strukturanalytisch* gesehen, und man muss mit dieser Optik blicken (wollen) liegen die Prozesse und Zielsetzungen zwischen diesen supervisorischen Praxen der „Pastoralmacht“ und heutiger supervisorischer Praxen in psychosozialen „Eparchien und Parochien“, d.h. Kreisen und Gemeinden mit ihren Institutionen, Schulen, Krankenhäusern, Heimen gar nicht so weit auseinander.“ (PETZOLD 2005e, S. 7)

In Zusammenhang mit dem psychosozialen Bereich sind der Umgang mit den „Armen“ und die Entwicklung des Armenrechts von Bedeutung.² Bereits in der Antike gab es Ansätze, nach denen die Sorge um die Armen dem Staat oblag. Die Mittel hierfür wurden von den „επισκοποι“ (Supervisoren) verwaltet. In der weiteren Entwicklung übernahm die Kirche als Hauptmittelgeber

² Die Entwicklung des Armenwesens und der Psychiatrie hängen eng miteinander zusammen. Eine Psychiatrie im engeren Sinne ist erst sehr spät entstanden, im Mittelalter gab es kaum Differenzierungen zwischen Armen und psychisch Kranken. Insofern gibt es in der Psychiatrie die gleichen Wurzeln von Kontrolle und Behandlung. Auf die historischen Wurzeln der Psychiatrie werde ich an anderer Stelle genauer eingehen.

diese Funktion, Bischöfe und Archidiakone übernahmen die Funktion der Sorge für das Wohl der Armen. Später übernahmen die Funktion der Armenfürsorge die Zivilgemeinden.

In England taucht der Supervisionsbegriff erstmals in Zusammenhang mit den Armengesetzen von Elisabeth I. auf, die 1601 erlassen wurden. Die „boards of supervision“ hatten dabei eine Aufsichts- und Disziplinarfunktion über Arme, auch hier taucht wieder der Kontrollaspekt des Begriffs auf. In der weiteren Entwicklung tauchten in England, Schottland, Frankreich oder auch in Amerika in Zusammenhang mit der Armenfürsorge und den sog. Armenhäusern und Arbeitshäusern „overseer“ oder „supervisors“ als Armenaufseher auf, die selbst wiederum von den „boards of supervision“ beaufsichtigt wurden.

Auch später werden Macht-, Führungs- und Kontrollaspekte in Zusammenhang mit Supervision immer eine mehr oder minder wichtige Rolle spielen. PETZOLD (2005) kritisiert, dass diese Wurzeln von Supervision in der „professional community“ der Supervisoren mehr oder weniger konsequent geleugnet werden, obwohl sie auch in der modernen Supervision immer noch relevant seien:

„Was soll man von SupervisorenInnen erwarten, die diese Hintergründe ihrer Professionsgeschichte nicht reflektiert haben und im Bereich etwa von Altersheimen Supervision machen, wo „gefährliche Pflege“ und „Gewalt gegenüber Bewohnern“ sehr häufig vorkommt. (...) Hier ist in der Tat **Kontrolle** angesagt, die nicht nur bei den sporadisch kontrollierenden zuständigen Behörden liegen kann. Es geht auch um interkollegiale Kontrollen und auch um die Frage, welche „überwachende“, „supervidenten“ Verantwortung ein Supervisor hier zu übernehmen hat, besonders wenn der Blick auf die Klienten- /Patientensituationen gerichtet wird, und darum kommt moderne Supervision nicht mehr herum – zumal die Kostenträger nur *deshalb*, zur Verbesserung von Behandlungserfolgen, Supervision finanzieren (und finanzieren dürfen). Außerdem ist, wo es um PatientInnenwohl geht, zurückhaltende supervisorische „Abstinenz“ nicht legitimierbar, sondern es ist eine engagierte supervisorische Position gefragt“ (PETZOLD 2005e, S. 3)

Erst sehr viel später hat sich Supervision im heutigen Sinne entwickelt, wobei auch hier die frühen Wurzeln i.S. von Disziplin und Kontrolle bedeutsam waren. Nach BELARDI entsteht Supervision in unserem engeren Sinne im 19. Jahrhundert in Großbritannien und den USA als Praxisberatung in der Sozialarbeit. Supervision entwickelte sich zunächst als stark organisationsbezogene Variante i.S. von Dienstaufsicht und Anleitung. Kontrollanalytische Elemente, die in den 20iger Jahren des 20. Jahrhunderts im Rahmen der Psychoanalyse entstanden, wurden in den 30iger Jahren durch EmigrantenInnen in die Supervisionstradition in den USA integriert, und waren für eine später einsetzende Psychologisierung von ursprünglich sozialarbeiterischer Supervision mitverantwortlich.³

In der weiteren Entwicklung differenzieren sich in den USA nach BELARDI (1994, S. 43 f.) administrativ geprägte Supervision, Ausbildungssupervision und supportive Supervision als unterschiedliche Aspekte von Supervision heraus.

Im deutschsprachigen Raum wird Supervision nach dem Nationalsozialismus adaptiert, wobei nach BELARDI (a.a.o. S. 52 ff.) insbesondere KRAUS, MARAUN und später auch HAPKE eine wichtige Rolle spielten.

Hinsichtlich der weiteren Entwicklung von Supervision im deutschsprachigen Raum werden verschiedene Phasenmodelle (BELARDI, GAERTNER, LEUSCHNER) angenommen, die die Entwicklung einer Professionalisierung beschreiben.

³ Durch die psychoanalytischen Einflüsse wurde das amerikanische case-work beeinflusst. Hierfür stehen die funktionale Methode, die sich auf RANK bezieht sowie die diagnostische Methode, die ursprünglich auf RICHMOND zurückgeht, die aber durch Ideen von FREUD wesentlich bereichert wurde. (vgl. hierzu BELARDI 1992, S.36 ff.)

BELARDI geht dabei von drei wesentlichen Entwicklungsschüben aus. Die Phase der Praxisberatung führte zur Etablierung von Supervision in Deutschland, wobei hier das Ideal des/der freiberuflichen „externen“ SupervisorsIn entstand.

Wesentliche Methodenveränderungen (psychologische und sozialwissenschaftliche Verfahren) waren mit dem zweiten Entwicklungsschub in den siebziger Jahren verbunden, der durch die Studentenbewegung ausgelöst wurde.

Innovationsbedürftigkeit und Effizienz- und Effektivitätsprobleme sozialer Einrichtungen waren schließlich in den 80iger Jahren für einen dritten Entwicklungsschub hin zur „Organisation im Mittelpunkt“ verantwortlich:

„Der Übergang von der Einzel- und Gruppensupervision zur Team- und Leitungsberatung sowie der Organisationsentwicklung zeigt auch, dass weniger der einzelne Sozialarbeiter „defizitär“ ist, sondern die Dienstleistungsorganisationen insgesamt innovationsbedürftig sind.“ (BELARDI a.a.O., S. 166)

2. Psychotherapeutische und sozialarbeiterische Supervision

Wie in dem kurzen Abriss der Geschichte des Supervisionsbegriffs deutlich wird, spielen in der Supervision psychotherapeutische und sozialarbeiterische Wurzeln eine wichtige Rolle. SCHREYÖGG unterscheidet entsprechend die klassischen Supervisionstraditionen in der Psychotherapie und in der Sozialarbeit.

Die psychotherapeutische Tradition knüpft dabei im Wesentlichen an Ausbildungskontexte an und sieht das Verhältnis von SupervisorIn und SupervisandIn eher als Ausbildungsverhältnis. Erst später wird dies auf „fertige“ TherapeutenInnen ausgedehnt. Die Komplexität und die konzeptionelle Orientierung richten sich dabei jeweils nach dem praktizierten Therapieverfahren bzw. der Therapieschule im Hintergrund.⁴

Die klassische sozialarbeiterische Tradition gliedert SCHREYÖGG (1992) ähnlich wie BELARDI im Wesentlichen in drei Entwicklungsphasen, die in der aktuellen Debatte aber alle noch eine Rolle spielen:

- Supervision als administrative Funktion (Praxisberatung)
- Psychologisierung von Supervision (Persönlichkeitsentwicklung des SupervisandenInnen)
- Soziologisierung von Supervision (Organisationsberatung)

Sowohl im sozialarbeiterischen als auch im psychotherapeutischen Bereich werden die Ansätze auf gruppale Settings sowie auf Teamsupervisionssettings erweitert. Gleichzeitig hat sich Supervision zunehmend von ihren ursprünglichen Zielgruppen (AusbildungskandidatenInnen, unterstellte MitarbeiterInnen) hin zu Berufstätigen allgemein fortentwickelt:

„Heute wird sie, insbesondere unter dem Einfluss des BALINT-Gruppen-Modells und des Ansatzes von COHN, auch auf Berufstätige angewandt. Darüber hinaus nutzen immer häufiger Berufstätige unterschiedlichster Felder Supervision als Fortbildungsmaßnahme oder um sich vor dem „Ausbrennen“ zu bewahren, also aus psychohygienischen Gründen (FENGLER 1987).“ (SCHREYÖGG 1992, S. 21)

⁴ Supervisions- bzw. Psychotherapieschulen sind als kollektive soziale Repräsentationen zu verstehen. Supervision hat in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung, in solche Konsensgemeinschaften zu sozialisieren.

Mit dieser Entwicklung verbunden sind die abnehmende Bedeutung des Kontrollelements in der Supervision und die zunehmende Bedeutung der Freiwilligkeit, was allerdings oft im Widerspruch zu dem Rahmen der Durchführung steht.

SCHREYÖGG (1992, S. 22 f.) arbeitet anhand beider (der sozialarbeiterischen und der psychotherapeutischen) Supervisionstraditionen vier basale Charakteristika von Supervision heraus:

- *Inhaltlich* geht es um die Auseinandersetzung mit Handlungsvollzügen von Praktikern und deren Unterstützung bei der Verbesserung ihrer Praxis durch kognitiv-orientierte Beratung, psychotherapie-ähnliche Beratung oder Organisationsberatung.
- Diese Beratung kann in unterschiedlichen *kontextuellen Rahmen* stattfinden (Anzahl der SupervisandenInnen, Anbindung an die Organisation) und mit unterschiedlichen Rollenkonstellationen verbunden sein.
- Die thematischen Auseinandersetzungen mit ihren Beratungsaufgaben in dem jeweiligen Kontext realisieren sich in der *supervisorischen Beziehung*.
- Die durch Thema, Beziehung und Kontext charakterisierte supervisorische Beziehung muss vom *Supervisor* entsprechend seinem konzeptionellen Ansatz *gehandhabt werden*.

3. Definition, Funktion und Abgrenzung von Supervision

Charakteristisch für Supervision ist es, dass Wissensbestände aus sehr verschiedenen Bereichen und Theorien in die Arbeit integriert werden müssen, um den jeweiligen Prozessanforderungen gerecht werden zu können. Dies kann einerseits als spezielle Stärke von Supervision gesehen werden, schafft aber andererseits auch Probleme bei der Passung der Theorien untereinander und in der Abgrenzung zu anderen Interventions- und Beratungsformen. (GOTTHARD-LORENZ 2000, HAUSINGER 2002)

In einem sehr umfassenden defintitorischen Zugang versucht PETZOLD (1998) der Mehrdimensionalität des Supervisionsbegriffs gerecht zu werden. Ausgehend von einem mehrperspektivischen Ansatz definiert er Supervision als Methode, Prozess, Praxisstrategie und sozialphilosophisch fundierte Disziplin:

„Supervision ist eine interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, z.B. in der psychosozialen, pädagogischen und therapeutischen Arbeit durch mehrperspektivische Betrachtungen aus „exzentrischer Position“, eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen (Situationsdiagnostik) auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin. Sie geschieht durch Korrespondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, so dass eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performativischen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als „Kompetenzgruppen“ bezeichnen.“

„Supervision ist ein interaktionaler Prozess, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen (z.B. Personen und Institutionen) bewusst, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervisierten Personen durch Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervidierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der „relevanten Umwelt“ entsprechend verändert werden.“

„Supervision als Praxisstrategie erfolgt 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, wobei der Supervisor aufgrund seiner personalen, sozialen und fachlichen Kompetenz als Feedback-Instanz, Katalysator, Berater in personaler Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen.“

„Supervision als sozialphilosophisch fundierte Disziplin mit interventiver Zielsetzung wurzelt im Freiheitsdiskurs moderner Demokratie und im Engagement für Grund- und Menschenrechte. Auf dieser Basis legitimiert sie sich als praxisgerichtetes Reflexions- und Handlungsmodell, das auf die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz von Berufstätigen gerichtet ist, um Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu fördern. Sie verwendet hierfür ein breites Spektrum sozialwissenschaftlicher Theorien und greift auf erprobte Methoden psychosozialer Intervention zurück. Sie leistet damit Arbeit im Gemeinwesen für das Gemeinwesen.“ (PETZOLD 1998, S. 21)

GOTTHARD-LORENZ (2000) geht in ihrer Skizze zur Methode Supervision von einem zweistufigen Konzept aus, das eine genauere Spezifizierung von Supervision zulässt. Sie versucht damit „die Supervision in ihrer Eigenständigkeit einerseits, aber auch in ihrer Bezogenheit auf Hintergrundmodelle, Praxisanforderungen und Standorte der Supervision zu beschreiben.“ (GOTTHARDT-LORENZ 2000, S. 56)

Supervision ist demnach zum einen durch das **Basiskonzept** der Anleitung zur Selbstreflexion bestimmt:

„MitarbeiterInnen bzw. Führungskräfte begeben sich aus dem Alltagskontext hinaus... In einer bestimmten Arbeitsstruktur...wird die Supervision mit bestimmten Zielen und Inhalten geplant, durchgeführt und weiterentwickelt. Durch den Supervisor, die Supervisorin erfolgt die Anleitung zur Selbstreflexion für bestimmte Personen, die als Inhaber beruflicher Positionen auftreten bzw. für Gruppen, die sich in der Supervision neu konstellieren oder einem Organisationssystem zugeordnet sind.“ (GOTTHARD-LORENZ 2000, S 58)

Ihre **spezielle Ausprägung** erhält die Methode Supervision dann durch

- verschiedene zugrunde gelegte Konzepte,
- die jeweiligen Anwendungsfelder und
- die professionelle Position des/der SupervisorsIn.

Supervision kann verschiedene Funktionen erfüllen. GOTTHARDT-LORENZ und WALTHER (1998) nennen Qualitätssicherung, Psychohygiene, Kompensation (z.B. Ersatzleiterin), die Unterstützung arbeitsfeldbezogener Lernprozesse sowie die Unterstützung einer „lernenden Organisation“ i.S. der Konzeptentwicklung und Umstrukturierung als mögliche Funktionen. Ausgehend von dem Modell von HOLLOWAY (1995) nennt PETZOLD (1998, S. 30) als Funktionen von Supervision:

- Begleiten/Bewerten (monitoring/evaluating)
- Unterweisen/Anweisen (instructing/advising)
- Modellfunktionen (modelling)
- Beraten (consulting)
- Unterstützung und empathische Begleitung (supporting and sharing)
- Metabeobachtung
- Metareflexion
- Generelle Kompetenz- und Performanzförderung (enlargement of general competence and performance)
- Bereicherung der persönlichen und professionellen Arbeit (enrichment of personal and professional work)
- Bekräftigung des professionellen Selbstbewusstseins und der persönlichen Souveränität (empowerment of professional self-esteem and fostering of personal sovereignty)

BUER (1999) unterscheidet in Zusammenhang mit Funktionen grundsätzlich die Professionslogik und die Unternehmenslogik von Supervision. Während erstere sich im Wesentlichen der Entwicklung und Profilierung der Profession widmet, spielt die Unternehmenslogik der Supervision, deren Ziel in erster Linie die Verbesserung und Unterstützung der Arbeitsorganisation ist, auch im Sozialbereich eine zunehmende Rolle. Sowohl bei der Entwicklung hin zur verstärkten

Bedeutung der Unternehmenslogik als auch bei der zunehmenden Verbreiterung der Anwendungsfelder von Supervision und supervisionsähnlicher Beratungsformen spielen nach HAUSINGER (2002) wesentliche Veränderungen in der Arbeitswelt der letzten Jahre eine wichtige Rolle. Die Entwicklung der kapitalistischen Produktionsweise hin zur Qualitätsproduktion führt zu stark veränderten Anforderungen sowohl an die MitarbeiterInnen als auch an die Organisation von Arbeitsprozessen. Wo bisher die Entwicklung professioneller Kompetenz eine zentrale Supervisionsfunktion war, geht es inzwischen mehr um ein erweitertes Kompetenzverständnis:

„Die neue Professionalität heißt fachliche Kompetenz, flexible Kompetenz, kooperative Kompetenz und organisatorische Kompetenz zu besitzen. (...) Dadurch bedingt verändert sich die Supervision... Die Fähigkeit, flexible, komplexe, interdisziplinäre und multimethodische etc. Kooperationen zu organisieren, erhält eine herausragende Stellung, welche nicht unbedingt überall positiv konnotiert wird.“ (HAUSINGER 2002, S. 218)

FENGLER (2006, S. 301ff.) benennt als Funktionen von Supervision und Coaching unter anderem Entlastung, Selbstklärung und Entwicklung neuer Handlungsoptionen. In diesem Zusammenhang konzipiert er Supervision und Coaching als Entscheidungsprozess.

Hinsichtlich verschiedener Funktionen ergibt sich die Notwendigkeit, Supervision gegenüber anderen Beratungsformen wie Psychotherapie bzw. Organisationsberatung abzugrenzen.

Supervision kann zwar ähnlich wie Psychotherapie psychohygienische Funktionen haben. Sie dient im Gegensatz zu Psychotherapie aber nicht der Aufarbeitung der individuellen Lebensgeschichte bzw. der Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation, sondern in erster Linie der Verbesserung der Arbeit und der Arbeitsbeziehungen.

Auf der anderen Seite gibt es Übergänge zwischen Teamsupervision und Organisationsberatung und –Entwicklung, beide dienen der Unterstützung von Organisationsveränderungen i.S. lernernder Organisationen. Die Grenzen von Supervision liegen hier in der Umsetzung von Organisationsveränderungen, die in Supervisionsprozessen zwar als notwendig erkannt, aber nicht umgesetzt werden können.

4. Supervisionsformen, Supervisionssettings und Supervisionsablauf

Hauptunterscheidungsmerkmale verschiedener Supervisionsformen und –settings sind einerseits die TeilnehmerInnengruppe und die Art ihrer Arbeitsbeziehungen sowie des/der SupervisorsIn zur Institution (Grad der institutionellen Einbindung).

Üblicherweise (z.B. FISCHER 2001) werden folgende Hauptformen der Supervision unterschieden:

- Einzelsupervision
- Gruppensupervision
- Teamsupervision

Unter Einzelsupervision ist die Supervision eines/r einzelnen SupervisandenIn zu verstehen. Sie ist geprägt von der Bearbeitung individueller Fragestellungen, ihr Ursprung ist im Case-work (s.o.) zu suchen. Nach BELARDI (1994) ist sie insgesamt im Rückgang begriffen, wobei Ausbildungssupervision (Kontrollanalyse) und Leitungssupervision i.S. von Coaching Ausnahmen bilden.

Unter Gruppensupervision ist die Supervision mehrerer Personen, aus einer Berufsgruppe oder die Supervision mehrerer Personen aus verschiedenen Berufsgruppen aber aus einem Arbeitsfeld zu verstehen, die aus unterschiedlichen Arbeitsstellen kommen. Im Regelfall kooperieren die Teilnehmer nicht unmittelbar in einem Team miteinander, können aber durchaus aus einer größeren Organisation bzw. Institution kommen. Gruppensupervision geht ursprünglich auf die von BALINT in den 40iger Jahren des 20. Jahrhunderts für Sozialfürsorger und Allgemeinärzte entwickelten Balintgruppen zurück. Deren Zielsetzung war die Entwicklung eines neuen professionellen Selbstverständnisses auf dem Hintergrund der Bearbeitung von Fällen. Eine weitere Wurzel von Gruppensupervision ist in der Ausbildungssupervision zu suchen. Der Schwerpunkt von Gruppensupervision liegt in der Regel in der Fallsupervision mit dem Ziel der Verbesserung der professionellen Fähigkeiten unter Einbeziehung des gruppenspezifischen Geschehens. Weitere gruppale Formen sind verschiedene Formen der kollegialen Supervision (Intervision, Peer-Group-Supervision), die jedoch ohne eine/n SupervisorIn i.e.S. auskommen.

Teamsupervision bezieht sich auf die Supervision von SupervisandenInnen, die auch außerhalb der Supervision in einem Team oder einer Arbeitsgruppe innerhalb einer Organisation oder Institution miteinander kooperieren. Teamsupervision ist die jüngste Supervisionsform, die aber inzwischen wohl am weitesten verbreitet zu sein scheint. Schwerpunkt teamsupervisorischer Arbeit ist neben der Fallsupervision vor allem auch die Teamentwicklung mit dem Ziel der Herstellung und des Erhalts der Teamarbeit.

Nach FISCHER (2001) unterscheidet sich die Teamsupervision von den anderen Supervisionsformen deutlich hinsichtlich der thematischen Schwerpunkte:

„So wurde zum Beispiel bei Einzelsupervision nur von den Themen Fallbesprechung und Organisation der eigenen beruflichen Tätigkeit berichtet. Das bedeutet, dass in den Einzelsupervisionen v.a. Fragen der Professionalisierung zentral waren. (vgl. Buer 1999). Diese Themen standen auch in den Gruppensupervisionen im Vordergrund, während in den Teamsupervisionen in erster Linie Teamprobleme und Teamentwicklung thematisiert wurden.“ (FISCHER 2001, S. 75)

Zusätzlich lassen sich verschiedenen Supervisionsformen an dem Grad der institutionellen Einbindung des/der SupervisorsIn und der Institutionalisierung des Supervisionskontextes differenzieren. Verschiedene praktizierte supervisorische Kontexte und damit auch mögliche Stellungen von SupervisorenInnen in oder gegenüber Institutionen führt z.B. SCHREYÖGG (1991) auf⁵:

„- Ein Vorgesetzter supervidiert einen oder mehrere unterstellte Mitarbeiter im Rahmen einer formalen Organisation
- Ein Aus- /Fortbilder supervidiert einen oder mehrere Aus- /Fortzubildende im Rahmen einer Aus- und Fortbildungsorganisation
- Ein „organisationsinterner“ Supervisor, der eine Stabsstelle als Supervisor innerhalb einer Organisation innehat, supervidiert ein oder mehrere Organisationsmitglieder als einzelne oder als organisatorische Einheit, als „Team“
- Ein „freier“ Supervisor, der frei- oder nebenberuflich tätig ist, supervidiert einen oder mehrere Supervisanden, die ihn als einzelne oder als organisatorische Einheit, als „Team“ aufsuchen.“ (SCHREYÖGG 1991, S. 32)

⁵ Vgl. hierzu auch bezogen auf Teamsupervision in neuerer Zeit PÜHL 2000 S. 123 ff.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die möglichen Kombinationen zwischen Supervisionsteilnehmergruppe und institutioneller Einbindung des/der SupervisorsIn:⁶

Tabelle 2: Supervisionsformen

| | Supervision durch Vorgesetzte/n | Supervision durch Stabsstelle | Supervision durch externe/n SupervisorIn |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Einzelperson | Einzel-supervision durch Weisungsbefugten (Dienstaufsicht) | interne Einzel-supervision (Fachaufsicht) | externe Einzel-supervision |
| MitarbeiterInnengruppe | Gruppensupervision durch Berufsgruppenleitung (Dienstaufsicht) | interne Gruppensupervision (Fachaufsicht) | externe Gruppensupervision |
| Organisationseinheit, Team | Teamsupervision durch TeamleiterIn (Dienstaufsicht) | interne Teamsupervision (Fachaufsicht) | externe Teamsupervision |

Interne Supervisionsformen sind zunächst dadurch gekennzeichnet, dass der Supervisor oder die Supervisorin selbst auch Organisationsmitglied ist und dadurch in einem mehr oder weniger engen Zuordnungsverhältnis zu den SupervisandenInnen steht. Hierdurch können Probleme bei der behandelbaren Thematik für die SupervisandenInnen oder auch Loyalitätsprobleme für den Supervisor entstehen, was nach MÜNCH (1997) aber durchaus auch auf externe SupervisorenInnen zutreffen kann. Er differenziert hier nach Supervisionsaufgaben: Während er bei Team- und Fall-supervision sowohl interne als auch externe Supervision für sinnvoll hält und die die bessere Institutionskenntnis eines/einer internen SupervisorsIn für vorteilhaft hält, hält er bei Supervision mit dem Ziel der Institutionsanalyse i.e.S. einen externen Supervisor wegen seiner größeren Unabhängigkeit für sinnvoller.

Die Übersicht zeigt, dass Supervision durch Vorgesetzte (i.S. von Anleitung) sehr stark in die Nähe von Dienstaufsicht kommt, was mit hoher Wahrscheinlichkeit die Themen der Supervision, die bearbeitbar sind, einschränkt.

Ähnliches dürfte auf Supervision durch eine nicht in die unmittelbare Hierarchie eingebundene Stabsstelle zutreffen. Diese gerät stark in die Nähe von Fachaufsicht und ist daher auch stark mit wertenden bzw. beurteilenden Aspekten konfundiert.

Externe Supervision schließlich ist dadurch geprägt, dass der/die SupervisorIn von außen kommt, d.h. kein Organisationsmitglied ist, sondern befristet vertraglich mit der Supervision Einzelner, Gruppen oder Teams einer Organisation betraut ist.

Darüber hinaus muss (insbesondere hinsichtlich der Teamsupervision) weiter differenziert werden, in welcher Art und Weise Supervision zustande kommt (Anweisung vs. Freiwilligkeit), wer den Supervisor nach welchen Kriterien aussucht und wer an der Supervision teilnimmt (mit/ohne Vorgesetzte).

Weitere wichtige Aspekte des Supervisionssettings sind die Dauer der Sitzungen, die Sitzungsfrequenz, die Gesamtdauer des Supervisionsprozesses, die Art der Themenstellung und die Art und Form des Kontraktes.

⁶ Zu beachten ist, dass externe Supervision mehr oder weniger institutionell angebunden sein kann. Obwohl rechtlich problematisch ist es durchaus nicht unüblich, dass Einzelpersonen ohne institutionellen Auftrag Supervision in Anspruch nehmen. Eher unüblich aber nicht undenkbar wäre das bei Gruppen bzw. Teams.

Einheitlich beschrieben wird in der Literatur der idealtypische Ablauf von Supervision. In der Regel werden vier Phasen genannt, deren Abfolge sich im Laufe eines Supervisionsprozesses sich auch wiederholen kann:

- Analyse der Anfrage und Auftragsklärung
- Wahl des Settings und Kontraktbildung
- Arbeitsbündnis und Supervisionsphasen
- Evaluation

In der Phase der Analyse der Supervisionsanfrage und Auftragsklärung geht es um die Klärung des Hintergrundes der Anfrage, der Auftraggeberlage sowie des speziellen Auftrages. Sie ist wichtige Voraussetzung für die nächste Phase.

Settingwahl und Kontraktbildung sind abhängig von den Ergebnissen der ersten Phase. In dieser Phase werden Frequenz, Dauer, Thema, Ziel und Teilnahmegruppe der Supervision geklärt. Darüber hinaus wird in dieser Phase geklärt, wer über Supervisionsergebnisse informiert werden soll.

Die konkrete Supervisionsarbeit selbst verläuft in mehreren Phasen. PETZOLD (1998) geht von einem tetradischen Modell aus. Dabei dient die Initialphase dem Kennen-Lernen und Aufwärmen sowie der Problemdefinition. In der Aktionsphase wird das Problem mit der Zielsetzung bearbeitet, neue Sichtweisen zu erschließen. In der Integrationsphase werden diese in die bisherige Sichtweise integriert. Die Neuorientierungsphase schließlich dient der Umorientierung auf der Handlungsebene. Ein ähnliches Modell beschreibt RAPPE-GIESECKE (1990) mit der „Normalform“. In der Fallarbeit werden hier Vorphase, Aushandlungsphase, Falleinbringungs- und Fallbearbeitungsphase sowie Abschlussphase differenziert.

Die Evaluationsphase schließlich dient dem Vergleich von Zielsetzung und Zielerreichung. Je nach Ergebnis können Evaluationsphasen immer wieder zum Neueintritt in vorangegangene Prozessphasen führen. Es können sich neue Supervisionsanfragen oder Änderungen im Setting und Kontrakt ergeben.

Ein etwas erweitertes Phasenmodell beschreiben GIESECKE & RAPPE-GIESECKE (1997). Im Rahmen von Organisationsberatung gehen sie von sieben Phasen aus:

- Vorphase: Konstitution des Beratungssystems
- Datenerhebung und –dokumentation (Anamnese)
- Datenauswertung (Diagnose)
- Selbstreflexion des Beratungssystems
- Interventionsplanung
- Intervention
- Systemauflösung

Während hinsichtlich der idealtypischen Phasen von Supervision und dem Ablauf einzelner Sitzungen weitgehende Einigkeit besteht, gibt es hinsichtlich theoretischer Ansätze und verwendeter Interventionstechniken eine große Bandbreite.

5. Supervisionsschulen und Interventionsformen

PETZOLD/SCHIGL/FISCHER/HÖFNER (2003) stellen zum Problem von Supervisionstheorien fest:

„Bei der Sichtung der Supervisionsliteratur wird klar, dass nach wie vor umfassende Theorien der Supervision bzw. überhaupt eine durchgängige Theorie der Supervision fehlen. Die vorhandenen Theorieansätze von Supervision beziehen sich auf einzelne Elemente des Prozesses und/oder kommen aus ganz unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen wie der Psychologie, der Soziologie, den Kommunikationswissenschaften, Organisationstheorien etc. sowie den psychotherapeutischen Schulen.“ (S. 164)

GOTTHARD-LORENZ (2000, S. 62f.) unterscheidet in ihrem oben erwähnten Modell einerseits Supervisionskonzepte im engeren Sinne, die Aussagen zur Gestaltung des Basiskonzepts Supervision (s.o.) enthalten. Hier sind insbesondere gemeint:

- Konzept der Balintgruppen (BALINT 1976)
- Integrative Supervision (PETZOLD e.a.),
- das Konzept der Supervision als Medium der kommunikativen Sozialforschung (RAPPE-GIESECKE 1997) und
- ihr Konzeptentwurf der Organisationssupervision.

Darüber hinaus nennt sie verschiedene Hintergrundkonzepte, die der Methode Supervision „Pate gestanden haben“: Insbesondere verschiedene psychotherapeutische Schulen, Methoden der Sozialarbeit und der Organisationssoziologie und -psychologie.

BEER (1996, S. 30) nennt als wichtigste „Schulen“:

- Psychoanalytisch orientierte Supervision
- Balintgruppenarbeit
- Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Supervision
- Gestalttherapeutisch orientierte Supervision
- Systemisch orientierte Supervision
- Psychodramatherapeutisch orientierte Supervision

Man kann die verschiedenen theoretischen Orientierungen oder Schulen im Bereich Supervision mit PETZOLD e.a. (2003, S 25 f.) in Anlehnung an das Konzept der sozialen Repräsentationen von MOSCOVICI als „communities of social representations“ betrachten. Diese kollektiven mentalen Repräsentationen als „geteilte Sichtweisen auf die Welt“ durchfiltern ihrerseits wieder die subjektiv-mentalen Repräsentationen der SupervisorenInnen und bestimmen so ihre Arbeitsweise mit.

Je nach theoretischem Selbstverständnis des/der SupervisorsIn kommt eine Vielzahl von verbalen und erlebnisorientierten Interventionstechniken in Frage. WITTICH (2004, S. 14) listet z.B. an verbalen Interventionsmöglichkeiten auf:

- Akzeptieren, Bestätigen
- Information suchen
- Meinungen erkunden
- Fragen (direkt, hypothetisch, zirkulär)
- Verstärken, Unterstützen
- Bekräftigen, positiv Konnotieren

- Koordinieren, Zusammenfassen
- Thematisieren, Beschreiben
- Fokussieren, Hervorheben
- Konfrontieren, Feedback
- Meinung, Werte und Positionen deklarieren
- Vermitteln
- Inhaltliche Vorschläge, Empfehlungen
- Umdeuten (Reframing)

Zu ergänzen wäre diese Aufstellung um das Klären von Positionen und Konflikten.

Grundsätzlich gilt für alle Konzeptformen, die zur theoretischen Fundierung von Supervision herangezogen werden, und für die daraus abgeleiteten Interventionsformen, dass die Frage gestellt werden muss:

„Wieweit sind die Konzeptinflüsse geeignet, um die genuine Methode Supervision und ihr Basiskonzept zu unterstützen und präziser zu fassen?“

Wieweit sind andererseits prinzipielle und methodische Leitlinien aus Konzepten von außen einfach als supervisionsnah übernommen worden, ohne zu überprüfen, in welcher Weise diese zur Methode Supervision und ihrem Basiskonzept passen?“ (GOTTHARDT-LORENZ 2000, S. 63)

6. Anwendungsfelder von Supervision

Neben den Hintergrundkonzepten spielt auch das jeweilige Anwendungsfeld von Supervision für deren spezifische Prägung eine wichtige Rolle.

Die Anwendung von Supervision hat sich inzwischen weit über die ursprünglichen Felder hinaus ausgeweitet. Als Anwendungsbereiche von Supervision nennt FISCHER (2001) neben den eher traditionellen Feldern des Sozial- und Gesundheitssektors inzwischen auch den Bildungssektor, Wirtschaftsbereich, Hochschulbereich, Pastoralbereich, forensischer Bereich, den politischen Bereich und den Verwaltungsbereich.

Eine Aufstellung von wissenschaftlichen Arbeiten zum Nutzen von Supervision (DGSV 2006) nennt als Untersuchungsfelder (und damit Anwendungsfelder) von Supervisionsstudien die Bereiche Aus- und Weiterbildung, Beratungsstellen, Forschung, Kindergarten und Kindertagesstätten, Kirche, Klinik, Pflege und Altenhilfe, Polizei, Psychiatrie, Schule, sowie Versicherungen.

Sicherlich ist ein wichtiger Grund für die Erweiterung des Anwendungsbereichs für Supervision die oben schon erwähnte Veränderung der Arbeitswelt. Erweiterte Anforderungen in Hinblick auf Flexibilität, Kooperations- und Organisationsfähigkeit des Einzelnen einerseits und der zunehmende Bedarf an Organisation und Koordination von hochspezialisierten Einzeltätigkeiten hin zu einem Ganzen andererseits als Folge von veränderten Produktionskonzepten (Qualitätsproduktion statt Massenproduktion) lässt den Beratungsbedarf in vielen Wirtschaftsbereichen wachsen und führt auch in bisher „unverdächtigen“ Feldern zu Nachfragen nach Supervision, Organisationsberatung und Coaching.

Die Übersicht über die inzwischen sehr heterogenen Anwendungsfelder zeigt zudem, dass „traditionelle“ Supervisionsformen wahrscheinlich nicht ohne weiteres auf alle Felder übertragbar sind. GOTTHARDT-LORENZ (2000, S. 65f.) nennt im Bereich Krankenhaus z.B. die Schwierigkeit, im Arbeitsprozess für die Supervision nicht innehalten zu können und andererseits die Schwie-

rigkeit, eine angemessene Supervisionsarbeitsstruktur im Stationsumfeld zu finden, das keine Teamstrukturen hat und von häufig wechselnden Kooperationen bestimmt ist.

In anderen Bereichen (Polizei, Schule, Wirtschaftsbetriebe) ergibt sich aufgrund von eher hierarchisch geprägten Strukturen das Problem der mangelnden Reflexionskultur, die es notwendig macht, überhaupt Anknüpfungspunkte für die Methode Supervision zu finden.

7. Der/die SupervisorIn

Die zentrale Person innerhalb des Systems Supervision ist der/die SupervisorIn und die Art und Weise, wie er/sie die Rolle ausfüllt. In diesem Zusammenhang ist die konzeptionelle und theoretische Verankerung des/der SupervisorsIn, seine/ihre professionelle Identität sowie seine/ihre Kompetenzstruktur von Bedeutung. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang ethische Gesichtspunkte der Berufsausübung von Bedeutung.

Zwar erfordert das Basiskonzept der Supervision eine gewisse Exzentrizität bzw. Distanz zum Supervisionsobjekt, um Zusammenhänge erkennen und benennen zu können. In diesem Zusammenhang ist auch das Konzept der Mehrperspektivität von Bedeutung. Darüber hinaus ist aber auch das Hintergrundkonzept und die theoretische Orientierung des/der SupervisorsIn für die Rollenausfüllung relevant. Je nach theoretischer Orientierung dürfte z.B. das Ausmaß des Engagements und der Involvierung sehr unterschiedlich sein.

Ebenfalls relevant ist die professionelle Position und Identität des/der SupervisorsIn selbst. SupervisorenInnen, die sich in erster Linie über ihren Ursprungsberuf definieren und die supervisory Tätigkeit eher als Funktionserweiterung bezüglich dieses Ursprungsberufs begreifen, tendieren eher dazu, Supervision in der Methodik des ersten Berufs auszuüben, wobei dann auch die entsprechenden Hintergrundkonzepte zum Tragen kommen. Diese Sichtweise entspricht auch am ehesten dem Ursprung von Supervision i.S. der Praxisanleitung und ist sicherlich im Bereich der Ausbildungssupervision am häufigsten anzutreffen.

Demgegenüber spielen bei SupervisorenInnen, die sich in erster Linie als SupervisorIn definieren, tendenziell eher Aspekte des „Basiskonzepts Supervision“ eine wichtigere Rolle:

„Bezogen auf die Methode Supervision hat die unterschiedliche professionelle Position entsprechende Auswirkungen: Der Supervisor, der sich in einem Basisberuf definiert und Supervision als Funktionserweiterung sieht, wird sich weit weniger um die Entwicklung der Methode Supervision kümmern, als derjenige, der Supervision als eigenständige professionelle Tätigkeit oder sogar als Beruf versteht.“ (GOTTHARDT-LORENZ 2000, S. 68)

Nach BERKER (1992) müssen SupervisorenInnen für die adäquate Rollenausfüllung über Subjektkompetenz, Beratungskompetenz und Feldkompetenz verfügen.

Unter Subjektkompetenz ist das Begreifen der eigenen Person als Diagnose- und Handlungsinstrument zu verstehen.

Unter Beratungskompetenz ist die Fähigkeit zu verstehen, kommunikative Lernsituationen in Supervisionssettings (Einzel, Gruppe, Team) zu schaffen und weiter zu entwickeln.

Feldkompetenz meint schließlich die Vertrautheit des/der SupervisorsIn mit dem Berufsfeld und Arbeitsfeld der SupervisandenInnen. Die Notwendigkeit von Feldkompetenz war lange Zeit umstritten. Manche Positionen gehen davon aus, dass Feldkompetenz eher hinderlich sei, da hierdurch der freie Blick auf Probleme des Arbeitsfeldes eingeschränkt sei, was dazu führen kann,

dass neue Perspektiven nicht oder nur eingeschränkt möglich sind. Diese Position geht von der Hypothese der Betriebsblindheit durch zu große Vertrautheit mit dem Arbeitsfeld aus. Andere Positionen gehen davon aus, dass mangelnde Feldkompetenz dazu führt, dass dem/der SupervisorIn viele Zusammenhänge, die nicht offensichtlich sind, durch mangelnde Kenntnis des Arbeitsfeldes verloren gehen.

Inwieweit Feldkompetenz unabdingbar ist, hängt letztlich von der Zielsetzung der Supervision ab. Wo Fragen der Berufstätigkeit und des Berufsfeldes im Mittelpunkt stehen, ist Feldkompetenz sicherlich unabdingbar. Geht es hingegen um Fragen der Selbstreflexion oder um Fragen der Kooperation (sog. Teamthemen), so ist in erster Linie Beratungskompetenz von Bedeutung.

HAUSINGER (2002, S. 212 f.) verweist darauf, dass sich in Zusammenhang mit aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt die Bedeutung von Feldkompetenz und die Anforderungen an SupervisorenInnen stark gewandelt haben. Demnach steht die Förderung von „Humankapital“ zunehmend im Mittelpunkt von Supervision.

Aufgrund der makrosozialen Arbeitsteilung im Produktionsprozess entstehen immer komplexere Organisationen. Diese Komplexität führt zu vielfältigen Schnittstellenproblemen mit entsprechenden Reibungsverlusten. Damit verändern sich auch die Anforderungen an MitarbeiterInnen. Professionalität umfasst in diesem Zusammenhang neben fachlicher Kompetenz zunehmend auch flexible Kompetenz, kooperative Kompetenz und organisatorische Kompetenz.

Für Supervision bedeutet das, dass an die Stelle der „Entwicklung von Professionalität i.S. von Fachlichkeit“ die „Entwicklung von Funktionen“ tritt. In diesem Zusammenhang ist eine „neue Feldkompetenz“ von BeraternInnen von Bedeutung: Es geht nicht mehr nur um die Kenntnis des Arbeitsfeldes zur Weiterentwicklung fachlicher Kompetenzen von MitarbeiternInnen. Wichtig ist vielmehr die Fähigkeit von SupervisorenInnen zur Verknüpfung und Vernetzung von vorhandenen Kompetenzen, das Wissen um Konkurrenz, Hierarchien und Teamarbeit und die Fähigkeit zur Organisation von Kooperation und Prozessen.

Unmittelbar in Zusammenhang mit der theoretischen Verankerung, der professionellen Identität und der Kompetenzstruktur des/der SupervisorsIn steht die Frage, ob ein/e SupervisorIn seine/ihre Profession auch verantwortungsbewusst und ethisch begründet ausübt. Dies ist umso wichtiger, da es bei Supervision in der Regel um Veränderungen geht, die sowohl die SupervisandenInnenebene als auch die KlientenInnenebene berühren können und mit denen auch heikle ethische Fragestellungen verbunden sein können.

Im Rahmen allgemeiner Überlegungen zu ethischen Implikationen von Supervision stellt SCHREYÖGG (1991) fest, dass Veränderungen von Supervisanden und Klienten nicht nur in instrumentellem Sinne sondern auch im ethischen Sinne zu verstehen sind. Dabei geht sie von einer dialogorientierten Ethik aus:

„Wir können weiterhin sagen, dass Methodik, die kein Subjekt-Subjekt-Verständnis von Praxis unterlegt, für Supervision in unserem Sinne ausscheidet, dass aber bei jeder Methoden-, und im Prinzip auch Theorieanwendung, im konkreten Fall überprüft werden muss, ob sie dem jeweiligen Mensch-Sein von Supervisand oder Klient gerecht wird. Und es lässt sich sagen, dass die Supervision als Dialogsituation, also als Subjekt-Subjekt-Bezug anzulegen ist, bei der vom Supervisanden, aber insbesondere vom Supervisor ein hohes Maß an erlebnishafter Beteiligung und Rollenflexibilität zu verlangen ist.“ (SCHREYÖGG 1991, S. 73)

Als Orientierungsrichtlinien hat FENGLER (2005) vier Ethikkriterien für den Bereich der Psychotherapie, Beratung und Supervision aufgestellt. Basiskompetenz und Basisperformanz, reife Helferpersönlichkeit, Stützung des Klienten und Wohlbefinden des Helfers sind demnach wich-

tige Kriterien, deren Erfüllung auf eine ethische Professionsausübung hindeutet. Mit Ausnahme des Klienten-Kriteriums beziehen sich diese Kriterien in erster Linie auf die *Voraussetzungen* für ethisches Handeln in Psychotherapie, Supervision und Beratung.

Das Kriterium der Basiskompetenz und Basisperformanz fordert, dass der Therapeut oder Supervisor die methodischen Standards seines Verfahrens beherrscht und entsprechend diesen handelt. Dies gewährleistet zweierlei:

- „1. Methodisch führen Therapeut, Berater und Supervisor, die so verfahren, ihre Arbeit *lege artis* aus.
2. Bei korrekter Handhabung besteht die beste Aussicht, dem Patienten, Ratsuchenden oder Supervisanden gerecht zu werden. Bei Abweichungen davon hingegen droht die Gefahr, dass der Klient fehlerhaft behandelt wird, geschädigt aus der Arbeitsbeziehung hervorgeht oder für das Honorar keine angemessene Leistung erhält.“ (FENGLER 2005, S. 303)

FENGLER weist darauf hin, dass dieses Kriterium nicht immer einzuhalten ist, da keineswegs immer klar ist, worin die verbindlichen Leitlinien eines Paradigmas bestehen, und diese sich je nach Standort in einem „Paradigmenfeld“ ändern. So gibt es z.B. kein einheitliches systemisches Paradigma, was im Zweifelsfall zu sich widersprechenden Leitlinien führen kann.

Die Forderung nach einer reifen HilfeInnenpersönlichkeit zielt darauf ab, dass BeraterIn, TherapeutIn oder SupervisorIn nur solche Aufgaben übernehmen sollten, denen sie ihrer Reifung und Berufserfahrung entsprechend auch gewachsen sind. Dabei wird Reifung und Kompetenz nicht als Endzustand sondern als Prozess verstanden.

Insbesondere im Bereich Beratung und Supervision hält FENGLER die Stützung des KlientenInnen für ein wichtiges Kriterium:

- „Wenn es dem Klienten am Ende der Sitzung besser geht als am Anfang, und der Helfer sich bemüht hat, darauf hin zu wirken, übernimmt er Verantwortung für die Aufgabe, die er übernommen hat, und handelt ethisch.“ (FENGLER 2005, S. 307)

Das vierte Kriterium bezieht sich auf das Wohlbefinden des/der HelfersIn selbst und knüpft an die Burnout-Prophylaxe-Forschung an. Demnach ist es ethisch angemessen, wenn der Berater Therapeut oder Supervisor aktiv für sein eigenes Wohlbefinden, seine Ausgeruhtheit und seine seelische Gesundheit sorgt, da dies der Qualität der Arbeit zugute kommt.

3.1.2. Methodische Probleme bei der Untersuchung von Supervision

1. Variablenvielfalt des Supervisionsprozesses und Forschungsansätze

Bei der Untersuchung von Supervision und Supervisionseffekten ergibt sich das Problem, dass theoretisch eine sehr große Variablenanzahl Einfluss auf Prozess und Ergebnis der Supervision haben kann.

Unter Bezugnahme auf HOLLOWAY (1995) hat PETZOLD (1998, S. 29 ff.) ein „Dynamic Systems Approach to Supervision“ konzipiert, in dem anhand von 15 Variablen Bestandteile des Supervisionsprozesses beschrieben werden:

1. Variable supervisorische Beziehung (the supervising relationship – cor factor I)
2. Feldvariable (the field – context factor)
3. Institutions- und Organisationsvariable (the institution/organization – context factor)
4. SupervisorInnenvariable (the supervisor – personal factor)

5. Funktionsvariable (the function of supervision – technical factor)
6. MethodenvARIABLE (the methods of supervision technical factor)
7. Variable Beratungsbeziehung (the supervisee/client relation – core factor II)
8. Effektivvariable (the effects of supervision – technical factor)
9. Aufgabenvariable (the tasks of supervision – technical factor)
10. SupervisandInnenvariable (the supervisee – personal factor)
11. KlientInnen-/PatientInnenvariable (the client/patient – personal factor)
12. Netzwerkvariable (the social network of the client context and personal factor)
13. Die Variable Sozioökonomische Situation (socioeconomic situation – global factor)
14. Diskursvariablen (relevant discourses – global factor)
15. Prozessvariable (the process-factor)

Dieses Modell macht zwar keine Angaben über die Art des Zusammenwirkens der einzelnen Variablen, zeigt aber die Komplexität des „Systems Supervision“ und die damit verbundene Problematik von Uniformitätsannahmen.

PETZOLD e.a. (2003, S. 169) stellen bei ihren Überlegungen hinsichtlich künftiger Supervisionsforschung daher fest:

„Als erstes deutliches Ergebnis unserer Forschungsüberlegungen lässt sich feststellen: Es gibt viele Supervisionen, aber nicht die Supervision.“ (S. 169)

Die Fragestellung, die sich für ihr eigenes Forschungskonzept daraus ergibt, ist die Frage nach der „Erhebung der Wirkung, Wirkfaktoren und Wirkweisen eines spezifischen Supervisionsprozesses auf verschiedenen Ebenen.“ (a.a.O., S. 174)

Die Autoren sprechen damit das Problem des weitgehenden Fehlens kontrollierter Studien zu Supervision, deren Wirkfaktoren und Wirkungen an. Geht man von dem Standard sozialwissenschaftlicher Forschung aus, müssten alle drei Bereiche (Wirkung, Wirkfaktoren und Wirkweisen von Supervisionsansätzen) im Rahmen randomisierter Kontrollgruppendesigns theoriegeleitet und hypothesenorientiert untersucht werden, um zu gesicherten Aussagen über Supervision gelangen zu können.

Allerdings sehen Realität und Möglichkeiten der Forschung im Bereich Supervision anders aus: Bei einem großen Teil von Untersuchungen handelt es sich um Evaluationsstudien bzw. Selbstevaluationen, die nicht theoriegeleitet bzw. hypothesenorientiert sind. In der Regel handelt es sich auch nicht um experimentelle oder quasiexperimentelle Kontrollgruppendesigns, sondern um Befragungen von (eigenen) Supervisanden zu wahrgenommenen Wirkungen. Es gibt auch wenige Untersuchungen mit Veränderungsmessungen, meist handelt es sich um Ex-post-facto-Untersuchungen wahrgenommener Veränderungen. Schließlich gehen die meisten Untersuchungen implizit von einer Uniformitätsannahme bezüglich verschiedener Supervisionsansätze bzw. SupervisorenInnen aus, was zumindest fragwürdig ist.

Auch die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten eines solchen „idealen Forschungsdesigns“ im Feld der Supervision sind begrenzt: So wäre es aus ethischen Gründen schon sehr problematisch, Personen oder Teams zufällig zu verschiedenen Untersuchungsbedingungen (Supervision/nicht Supervision) zuzuweisen, denn damit wären (unter der Annahme, dass Supervision sich messbar auf KlientInnen auswirkt) auch gleichzeitig negative Wirkungen für KlientInnen verbunden, deren BetreuerInnen bzw. BehandlerInnen keine Supervision erhalten. Ebenso problematisch wäre es, in ähnlicher Weise Personen zu verschiedenen Supervisionsarten und –ansätzen zuzuweisen, zumal Auswahlprozesse von SupervisorenInnen vermutlich entscheidend für das Gelingen von Supervisionsprozessen sind. Darüber hinaus ergeben sich Probleme bei der eindeutigen

Definition und Abgrenzung verschiedener Supervisions- und Interventionsansätze, was eine wichtige Voraussetzung für die Herstellung von experimentellen Bedingungen wäre, denn ein wesentliches Merkmal von Supervision ist die praktische Integration verschiedenster Wissensbestände und die methodische Vielfalt. Dies sind nur einige Beispiele, die zeigen, dass „ideale Forschungslösungen“ in einem so komplexen Feld kaum umsetzbar sind und dass praktikable, dem Forschungsgegenstand angemessene Strategien notwendig sind.

Man kann in der bisherigen Supervisionsforschung grundsätzlich zwei Hauptansätze unterscheiden.

Auf der einen Seite gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die **qualitativen Ansätzen** verpflichtet sind. Hier ist in erster Linie die Frage, wie Supervisionsprozesse ablaufen, und welche Aspekte im Verlauf wichtig sind. Hierzu zählen Untersuchungen aus dem Bereich der kommunikativen Sozialforschung (Normalformerwartung, RAPPE-GIESECKE 1997) und der verstehenden Forschung, wozu insbesondere auch die sog. Expertenansätze (MÖLLER 2001) gehören, die versuchen, ideale SupervisorInnen zu untersuchen. Im Zentrum stehen dabei die Fragen:

- Wer ist ein/e ideale/r SupervisorIn?
- Was tut ein/e ideale/r SupervisorIn?
- Wie arbeitet ein/e ideale/r SupervisorIn?

Im Zentrum qualitativer Ansätze stehen also eher prozessorientierte und hypothesengenerierende Fragestellungen.

Neben den qualitativen Ansätzen ist der **quantitative Forschungsansatz**, bei dem es im Wesentlichen um die Untersuchung von Wirkfaktoren und Supervisionswirkungen geht, von Bedeutung. Hier handelt es sich meist um Fragebogenuntersuchungen zu Supervision in verschiedenen sozialen Feldern, zur Ausbildungssupervision in der Psychotherapie- und Supervisionsausbildung sowie zu Untersuchungen zu Balintgruppen. Im Vergleich zu den qualitativen Ansätzen spielt dieser Zweig in Zukunft eine immer wichtigere Rolle. Dies ist zum großen Teil wohl durch den angesichts immer knapper werdender finanzieller Ressourcen steigenden Legitimationsdruck gegenüber der Methode Supervision zu erklären: Als Methode zur Sicherung von Professionalität und Qualität im psychosozialen Bereich unterliegt Supervision selbst immer wieder dem Zwang, ihre Effektivität unter Beweis zu stellen. In diesem Zusammenhang sind natürlich Ergebnisse, die die positive Wirkung von Supervision belegen, von großer Bedeutung. Quantitative Ansätze versprechen solche Ergebnisse am ehesten.

Wahrscheinlich nicht zuletzt aus diesem Grund sind in letzter Zeit vor allem verschiedene Studien zur Supervision veröffentlicht worden, die auf der Basis von Evaluationsansätzen die Wirkung von Supervision untersuchen. (MÖHRKE, 2000; SAUER & SCHIERL, 2002; WITTICH, 2004; BRÜNKER, 2005)

Da Evaluations- und Qualitätsmanagementansätze eine zunehmende Rolle zu spielen scheinen (s.a. WITTICH, 2004), gehe ich im Folgenden kurz auf wichtige Grundbegriffe dieser Ansätze ein.

2. Evaluation und Qualitätsmanagement als Ansätze in der Supervisionsforschung

Unter Evaluation ist die explizite Verwendung wissenschaftlicher Methoden zur Durchführung einer Bewertung zu verstehen. Nach STUFFLEBEAM (1971) kann man vier mögliche Objektbereiche für Evaluationen unterscheiden:

- Kontext- und Zielevaluation
- Inputevaluation
- Prozessevaluation (formative Evaluation)
- Produkt- und Trendevaluation (summative Evaluation).

Im Rahmen der Supervisionsforschung sind dabei insbesondere die formative und die summative Evaluation von Bedeutung.

Im pädagogischen und sonderpädagogischen Bereich unterscheidet NIEHAUS (2005) zwischen drei grundlegenden Analysearten:

1. Analysen zur Programmentwicklung einschließlich der Konzeptualisierung und Ausarbeitung einer geplanten Intervention,
2. Analysen im Sinne einer laufenden Überwachung der Umsetzung und Ausführung eines Programms,
3. Analysen zur Abschätzung von Programmwirkungen und –nutzen.

Sie verweist auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Zielplanung bei Evaluationsprojekten:

„Eine zielkritische Evaluation umfasst also die Abschätzung, ob Ziele überhaupt realisierbar sind, sowie eine Abschätzung, welche Auswirkungen, welche positiven und negativen Folgen und Nebenwirkungen ein Reformversuch, Programm oder Intervention haben.“ (NIEHAUS 2005, S. 13)

Als methodische Mindestanforderungen sieht sie die Verwendung multipler Kriterien, die sorgfältige Darstellung von Wirkungsmustern auf verschiedenen Analyseebenen sowie Datensammlung über längere Zeiträume und die Benennung unterschiedlicher Interessenlagen.

THIERAU (1991) geht in ihrem Evaluationsmodell, das für Personalentwicklungsprojekte entwickelt wurde, von mehreren Schritten aus:

- Bestimmung des Evaluationsschwerpunktes
- Situationsanalyse
- Bestimmung der Evaluationsziele und Bewertungskriterien
- Daten- und Informationssammlung
- Daten- und Informationsauswertung
- Informations- und Berichterstattung
- Evaluationsmanagement.

Im Rahmen von Evaluationsstudien sind als Hauptforschungsrichtungen sowohl quantitative Methoden i.S. von Wirkungsforschung als auch qualitative Ansätze i.S. von Programmforschung (RAPPE-GIESECKE) zu finden.

Dem Evaluationsansatz durchaus ähnlich ist der Qualitätsmanagementansatz. Hier geht es um die Überprüfung von Qualitätsdimensionen und deren Umsetzung. ECKHARDT et.al. 2001 gehen in ihrem für die supervisorische Praxis entwickelten Verfahren von den Dimensionen Struk-

turqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität und Konzeptqualität aus, die im Rahmen von Ist-Soll-Analysen, Fallpräsentationen und der Analyse von Kundenbefragungen überprüft werden.

Problematisch bei Evaluations- und Qualitätsmanagementansätzen in der Supervisionsforschung scheint mir, dass der Rückbezug auf psychologische und sozialwissenschaftliche Begriffe und Theorien weitgehend fehlt. Oft ist das Vorgehen daher nicht hypothesenorientiert, sondern weitgehend „explorativ“. Die Wirkung von Supervision wird an dem Erreichen vorher festgestellter Kriterien bemessen, die selbst nicht unbedingt in sozialwissenschaftlichen Theorien (z.B. Stress-theorien, Attributions- und Kontrollkonzepte) rückgebunden und begründet sind. Man kann dann zwar immer wieder die Wirkung von Supervision in Bezug auf die jeweiligen Kriterien feststellen, hat aber wenig Erkenntnisgewinn über die tatsächliche praktische Relevanz, die Zusammenhänge und Rahmenbedingungen der festgestellten Wirkungen. Wichtig wäre es, über das reine Registrieren von Wirkungen hinaus auch das Zustandekommen von Wirkungen bzw. von Wirksamkeitseinschätzungen von Supervision zu erforschen, und zwar prozessorientiert und theoriegeleitet.

3. Wirkungsebenen und Erfolgskriterien

Nach HAUBL (2006, S. 6 ff.) geht es in der Supervisionsforschung um den Nachweis des Nutzens von Supervision. Er unterscheidet als Nutzenaspekte Wirksamkeit, praktische Bewährung, Nachhaltigkeit, Wertbindung, Wirtschaftlichkeit und Unbedenklichkeit.

Aufgrund der komplexen Mehrebenenstruktur des Gegenstandsbereiches Supervision stellt sich bei der Erforschung von Supervisionswirkungen damit die Frage, welche Wirkungen welcher Supervision bei welchen Personen auf welchen Systemebenen untersucht werden sollen.

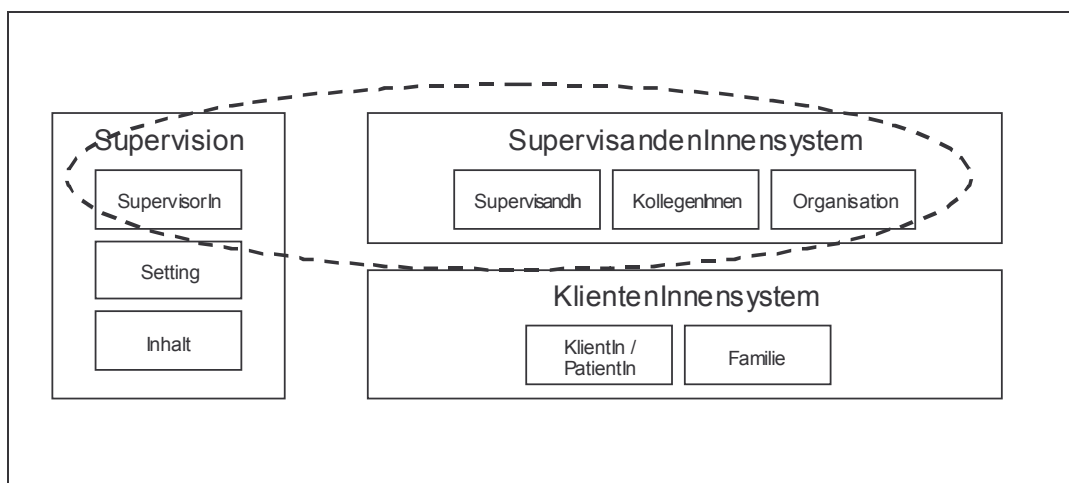


Abbildung 1: Effektebenen von Supervision

Als Wirkungsebenen kommen sowohl das SupervisandenInnensystem als auch das KlientenInnensystem in Frage.

Auf den verschiedenen Systemebenen können wiederum verschiedene Wirkungsbereiche untersucht werden. Auf der Ebene des SupervisandenInnensystems können Wirkungen auf die SupervisandenInnen selbst (Arbeitsweisen, Kenntnisse, Wahrnehmung, Belastungsverarbeitung etc.), deren KollegenInnen bzw. das Team (Kooperation, Umgang mit Konflikten etc.) sowie auf die Organisation untersucht werden. Beim KlientenInnensystem wären dies mögliche Effekte auf die

KlientenInnen selbst i.S. von Auswirkungen auf den Behandlungserfolg sowie auf deren soziales Umfeld.

Insbesondere bei der Bestimmung von Effekten auf der Ebene des KlientenInnensystems ergibt sich das Problem indirekter Wirkungen bzw. von Interaktionseffekten mit weiteren Variablen. Damit spielen vielfältige zusätzliche Einflussfaktoren eine Rolle, vor deren Hintergrund Supervision eher eine „homöopathische“ Dimension im gesamten Bedingungsgefüge einnimmt.

Auf der Seite der Supervision als unabhängiger Variable ergeben sich ähnliche Probleme. Zum einen ist die Supervision kein separater unabhängiger Faktor, sondern immer ein zeitlich befristetes System von SupervisorIn und SupervisandenInnen. Insofern besteht eine grundsätzliche Konfundierung zwischen unabhängiger und abhängiger Variable.

Selbst bei der theoretischen Trennung dieses Systems kann Supervision nicht als quasi uniforme Intervention angesehen werden. Sie unterscheidet sich vielmehr je nach SupervisorIn, dem gewählten Setting und der im Kontrakt festgelegten Zielsetzung.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, genauere Kriterien sowohl für den Faktor Supervision als auch für die Wirkungsebenen und Wirkungen dieses Faktors zu formulieren.

FENGLER (1998) hat bezüglich der Festlegung formaler Kriterien für den Erfolg psychosozialer Interventionen sechs Gesichtspunkte formuliert, die in erster Linie auf die SupervisandenInnenebene zielen:

- Es soll eine Veränderung bei dem SupervisandenInnen sichtbar werden bzw. eine Stabilitäts-erhaltung einer zuvor bedrohten Fähigkeit eintreten.
- Die Veränderung bzw. Stabilisierung soll sich auf ein Gebiet beziehen, das der/die SupervisandIn für seine Arbeit oder sein Lebensgefühl als wichtig und hilfreich betrachtet.
- Die Veränderung oder Stabilisierung muss auch vom SupervisorIn bejaht werden.
- Es soll sich um Lernprozesse handeln, die exemplarisch durchgemacht und eigenständig generalisiert werden können.
- Es soll sich um konkret fassbare und verstehbare Neuerungen handeln, die auch verhaltensrelevant sind.
- Die Veränderungen sollen in plausiblen Zusammenhang zur vorherigen Supervisionsarbeit stehen.

Für FENGLER sind Veränderungen durch Supervision auf der **individuellen Ebene** (persönliche Klärungshilfe), der **interaktionellen Ebene** (zielgruppenbezogene Handlungskompetenz), der **Ebene der Führung und Zusammenarbeit im eigenen Team**, der **institutionellen Ebene** (Organisationskontext) sowie der **arbeitsförderlichen supervisorischen Beziehung** zu erwarten.

In einem Überblicksartikel beschäftigen sich MÖLLER und MÄRTENS (2000) mit Supervisionsforschung insbesondere unter dem Blickwinkel der Effizienz und der Evaluation von Supervision. Sie verweisen dabei zunächst auf das Problem der Diversifizierung supervisorischer Methoden und Supervisionsformen, die auch auf der Forschungsseite zu Spezifizierungen zwingt. Insbesondere die **Differenzierung von Evaluationskriterien**, wie sie sich in der Psychotherapieforschung bereits ergeben habe, sei hier wichtig. Unter Hinweis auf die dortige durch Forschungsergebnisse begründete Differenzierung in Behandlungszufriedenheit, subjektiv wahrgenommene Zufriedenheit mit der Verbesserung von Symptomaten und klinische Relevanz von Verbesserungen (JACOBSEN & TRUAX 1991, HOWARD e.a. 1992, STRAUSS 1998 u.a.) fordern sie:

„Aus diesen Befunden muss für die Supervisionsevaluation unbedingt der Schluss gezogen werden, dass über die Zufriedenheit hinaus Kriterien angelegt werden müssen, die die Ergebnisqualität erfassen, also die „supervisorische Relevanz“ operationalisieren. Eine Evaluation kann sich nicht mit Kundenzufriedenheit zufrieden geben. Bisher ist die Kundenzufriedenheit gut belegt, aber die Effektivität noch näher zu bestimmen.“ (MÖLLER & MÄRTENS 2000, S. 105)

Ein erstes quantitativ orientiertes Messinstrument zur Erfassung von Supervisionswirkungen legten SCHNEIDER & MÜLLER (1995) vor. Mit dem in der Folgezeit weiterentwickelten Supervisionsevaluationsinventar (SEI) kann mittels verschiedener Fragebögen die Situation vor und nach dem Supervisionsprozess sowie eine Einschätzung des Anteils der Supervision an der momentanen Arbeitssituation und die rückblickende Beurteilung des Supervisionsprozesses erhoben werden. Die Supervisanden sollen die Wirkung des Supervisionsprozesses in Hinblick auf die eigene Person, die KlientenInnen, den KollegenInnenkreis sowie in Hinblick auf die Institution und die Leitung beurteilen.

Problematisch an dem Verfahren ist seine weitgehende „Theorielosigkeit“, die angenommenen Wirkungsbereiche von Supervision sind nicht auf sozialwissenschaftliche Konzepte bezogen, sondern aus der Praxis abgeleitet. Darüber hinaus ist das Verfahren retrospektiv orientiert. Trotz dieser Einschränkungen handelt es sich um das zur Zeit einzige praktikable Verfahren zur Evaluation von Supervisionsprozessen.

4. Klassifikationen von Ergebnissen der Supervisionsforschung

In neueren Veröffentlichungen zur Supervisionsforschung gibt es unterschiedliche Systeme zur Einordnung von Studien und Forschungsergebnissen.

MÖLLER (1998) unterteilt die Supervisionsforschung einerseits nach den Forschungsansätzen und andererseits nach Untersuchungsfeldern. Sie kommt zu vier wesentlichen Bereichen:

1. Quantitative Ansätze
2. Expertenansätze
3. Untersuchung von Balintgruppen
4. Ausbildungssupervision

Eine eher am „Wirksamkeitsnachweis“ orientierte Darstellung nimmt FISCHER (2001) vor. Er legt den Hauptschwerpunkt auf die Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision für KlientenInnen und SupervisandenInnen:

1. Wirksamkeit von Supervision für KlientenInnen von SupervisandenInnen
2. Wirksamkeit von Supervision für SupervisandenInnen
3. Kennzeichen idealer SupervisorenInnen
4. Risiken und Nebenwirkungen

BRÜNKER (2004) geht bei ihrer Darstellung des Forschungsstandes davon aus, dass sich die Supervisionsforschung analog zur Psychotherapieforschung entwickelt hat, und versucht eine Darstellung, die sich an der „Forschungsgeschichte“ orientiert. Sie geht von drei wesentlichen Forschungsphasen aus:

1. Ergebnisorientierung
2. Variablenorientierung
3. Fallorientierung

In einer umfassenden Literaturanalyse zur Supervisionsforschung gliedern PETZOLD e.a. (2003) die Supervisionsliteratur entsprechend der vorgefundenen Hauptthemengebiete. Sie kommen auf insgesamt 11 Hauptthemengebiete:

1. Form und inhaltliche Weite des Supervisionsbegriffs und seine „kollektiv mentale Repräsentation“
2. Geschichte der Supervision
3. US-amerikanische und kanadische Supervisionsforschung
4. Elemente des Supervisions-Prozesses
5. Methoden und Techniken in der Supervision
6. Spezielle Inhalte von Supervision
7. Supervision in speziellen Feldern
8. Ethnizität und Gender
9. Lernen und Kompetenzvermittlung in der Supervision
10. Evaluation von Supervision
11. Auswirkungen auf KlientenInnen und die Arbeit von SupervisandenInnen.

Ich werde mich in den folgenden Abschnitten zunächst auf die Darstellung des Forschungsstandes zu den Effekten von Supervision auf SupervisandenInnen und deren Arbeitssituation in verschiedenen hier relevanten Feldern, die Wirkungen auf KlientenInnen, die Nebenwirkungen von Supervision (3.1.3.) und auf Wirkfaktoren von Supervision (3.1.4.) konzentrieren. Zum Schluss werde ich dann gesondert auf das Arbeitsfeld Psychiatrie und den speziellen Forschungsstand zur Supervision in der Psychiatrie (3.1.5.) eingehen, der im Rahmen dieser Arbeit besonders relevant ist.

3.1.3. Effekte von Supervision

Geht man von den o.g. Definitionen von Supervision aus, so sind Supervisionseffekte im SupervisandenInnensystem sowie im KlientenInnensystem erwünscht und zu erwarten.

1. Effekte auf SupervisandenInnen und deren Arbeitssituation

Supervision in der sozialen Arbeit

Eine der ersten umfassenden Untersuchungen zu Supervision ist die Untersuchung zur ***Supervision in der AIDS-Arbeit*** von FILSINGER e.a. (1993). Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine wissenschaftliche Begleituntersuchung verschiedener Modellprogramme im Rahmen der AIDS-Arbeit. Es wurden verschiedene Berufsgruppen (ÄrztInnen, Pflegekräfte, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen), die in verschiedenen Organisationsformen (Gesundheitsämter, Sozialstationen und Sonderprogramme) mit AIDS-Kranken arbeiteten, in Hinblick auf ihre Belastungssituation, die Inanspruchnahme von Supervision und deren Wirkungen untersucht. Durch die im Rahmen des Modellprogramms angebotene Supervision sollte die klientenbezogene Arbeit durch die Verbesserung der Handlungskompetenzen, sozialen Kompetenzen und der

institutionellen Kompetenzen verbessert werden. (FILSINGER e.a. 1993, S. 21) Supervision sollte hauptsächlich als Fallarbeit im Rahmen von Gruppen und Teamsupervision angeboten werden. Bei der Untersuchung kamen als Datenerhebungsmethoden Fragebogenuntersuchungen von MitarbeiternInnen und SupervisorenInnen, Interviews mit MitarbeiternInnen und SupervisorenInnen, Gruppendiskussionen mit SupervisorenInnen sowie Institutionsbefragungen zum Einsatz. Hinsichtlich der Wirkung bzw. des Nutzens von Supervision kommen die AutorenInnen zu dem Ergebnis, dass Supervision in schwierigen Arbeitssituationen die Funktion hat, Ressourcen (Fachkenntnisse und Kooperation) zur besseren Belastungsverarbeitung zu stärken. Die Einschätzung, dass der Hauptnutzen von Supervision in der Entlastung, Entwicklung von Kompetenzen und der Verbesserung der Zusammenarbeit in Teams führt, wird sowohl von den MitarbeiternInnen, den SupervisorenInnen als auch von den Organisationsleitungen geteilt. Durchweg produktiv und hilfreich sei dabei die Fallarbeit in der Supervision gewesen (a.a.O., S. 233). Darüber hinaus sei die Einbeziehung institutioneller Aspekte sinnvoll, aber in vielen Supervisionskonzepten unterentwickelt.

Mit dem SEI (s.o.) haben SCHNEIDER & MÜLLER (1998) die Wirkung von Supervision im Bereich von *Mitgliedsinstitutionen der freien Wohlfahrtspflege* in Bezug auf die Institution, die KollegenInnen, die KlientenInnen und die eigene Person untersucht. Sowohl bei den Erwartungen der SupervisandenInnen als auch bei den berichteten Veränderungen durch die Supervision wurde die Institution am wenigsten benannt (positive Erwartungen 48 %, positive Veränderungen 54,6 %), gefolgt von den KlientenInnen (positive Erwartungen 86,8 %, positive Veränderungen 65,6 %). Deutlich häufiger wurden positive Erwartungen und Ergebnisse bezüglich der KollegenInnen (positive Erwartungen 82,1 %, positive Veränderungen 86,1 %) und am häufigsten bezüglich der eigenen Person (positive Erwartungen 91,1 %, positive Veränderungen 85 %) benannt.

Im Einzelnen berichten die Autoren folgende differenzierten Wirkungen: Hinsichtlich der Institution wurden genannt: „Hinzugewonnene Sicherheit in Bezug auf die Anforderungen aus meinem Arbeitsfeld“ (82,4 %) sowie „leichtere Nachvollziehbarkeit der Abläufe und Entscheidungen in meiner Organisation“ (51,5 %). Eine geringere Rolle spielten die Items „Verbesserung der Identifikation mit den Zielen meiner Organisation“ und „Steigerung der Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Vorgesetzten“. KollegenInnen spezifisch wurden vor allem die „größere Gelassenheit im Umgang mit Kollegen“ (49,9 %) und die „Besprechung mit KollegenInnen über KlientenInnen“ (76,5 %) als positive Supervisionswirkung benannt. Weniger bedeutsam war hier die Wirkung der Supervision hinsichtlich der „gerechten Verantwortungsverteilung im Team“. Hinsichtlich des KlientenInnen-Bereichs standen die „Verbesserung der Umsetzung fachlicher Ziele“ (71,2 %) sowie „höhere Sicherheit im Umgang mit KlientenInnen“ (65,1 %) im Vordergrund. Bei den Wirkungen hinsichtlich der eigenen Person schließlich standen im Vordergrund der „bessere Umgang mit Konflikten“ (68,2 %) und die „bessere Kritikfähigkeit“ (71,2 %)

BEER (1998) hat im Rahmen einer Evaluationsstudie 129 SupervisandenInnen hinsichtlich der Wirkung von Supervision und deren Bedingungen untersucht, wobei die SupervisandenInnen nach Abschluss von Supervisionsprozessen befragt wurden. Im Einzelnen sollten vier Fragenkomplexe untersucht werden:

- Verbesserung der professionellen Kompetenz hinsichtlich der eigenen Person, der Klientel und der Kooperation mit KollegenInnen, MitarbeiternInnen und der Institution ?
- Welche Bedingungsfaktoren spielen eine Rolle? (Supervisor, Setting, Zielvorstellungen der SupervisandenInnen, Motivation, Finanzierung der Supervision und Supervisionserfahrung der SupervisandenInnen)
- Wie bewerten Supervisanden die Dienstleistung Supervision?

- Generelle Fragestellungen: Was spielt bei der SupervisorenInnenauswahl eine Rolle? Einfluss von Dienstvorgesetzten auf die Supervision? Effizienzkontrolle durch Dienstvorgesetzten.

Die Untersuchung wurde mit einer weiterentwickelten Version des SEI (s.o.) (Fragebogenversion und Interviewleitfaden) durchgeführt. Dabei sollte der Supervisionserfolg mit einer Skala in vier Bereichen (Person, KlientenInnen, KollegenInnen und Institution) gemessen werden. Darüber hinaus sollte die Leistung des/der SupervisorsIn hinsichtlich der Beziehung, der Problemlösekompetenz sowie der Klärung erfasst werden. Bei einer relativ hohen Rücklaufquote von 77 % kam der Autor zu dem Ergebnis, dass Supervision erfolgreich ist, wobei Effekte in erster Linie auf die eigene Person, dann auf das Verhältnis zu KollegenInnen, auf die Arbeit mit den KlientenInnen und zuletzt erst auf die Institution ersichtlich sind. Darüber hinaus konnten positive Effekte auf die Arbeitszufriedenheit ermittelt werden, positive Erwartungen wurden erfüllt, negative Befürchtungen traten nicht ein. Die Effekte zeigten settingspezifische Konstellationen. Sowohl in Bezug auf die Erwartungen als auch in Bezug auf die Effekte zeigten sich bei Einzelsupervision eher positive Effekte auf die Person, bei Teamsupervision eher Effekte auf KollegenInnen. Lediglich bei Teamsupervision mit der Leitung spielten institutionsbezogene Erwartungen eine Rolle.

Keine Ergebnisse zeigte die Studie hinsichtlich der Rolle des/der SupervisorsIn für diese Effekte, da die angenommenen Kompetenzbereiche nicht bestätigt werden konnten. Es zeigte sich lediglich, dass die Bereiche Problemlösekompetenz und Beziehungskompetenz wichtig sind.

BEER weist in der Diskussion der Studienergebnisse darauf hin, dass zwar deutliche Hinweise auf positive Wirkungen von Supervision gefunden werden konnten. Als problematisch sieht er aber die ausschließlich positiv formulierten Fragebogenitems und die Wirkungsfeststellung ausschließlich über die Selbstberichte der SupervisandenInnen. Diese Hinweise sind m.E. noch zu ergänzen um die Problematik der Stichprobengewinnung. Der Autor hat ehemalige eigene Supervisanden befragt. Die Ergebnisse der Studie wurden zwar diesbezüglich kontrolliert, trotzdem liegt in einer derartigen Vorgehensweise die Gefahr einer grundsätzlichen Konfundierung.

Zu ähnlichen Ergebnissen wie SCHNEIDER & MÜLLER 1995 und BEER 1998 kommt auch MÖHRKE (2000) bei einer Untersuchung von 58 SupervisandenInnen der Lebenshilfe in Salzburg. Auch hier kam das SEI als Erhebungsinstrument zum Einsatz. Es zeigte sich, dass bei allen Befragten die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nach der Supervision höher war als vorher. Den größten Nutzen von Supervision sahen die Befragten für den KollegenInnenkreis, den geringsten für den Bereich der Institution. Der Nutzen hinsichtlich der eigenen Person und der KlientenInnen lag im Mittelfeld. Der – auch von der beruflichen Stellung abhängige - Erfolg der Supervision und die Bewertung des/der SupervisorsIn standen in Zusammenhang mit der der Einschätzung der Problemlöse-, Beratungs- und Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn.

Ebenfalls mit dem SEI und begleitenden qualitative Interviews untersuchten KÜHL & PASTÄNIGER-BEHNKEN (1998, 1999a, 1999b) 193 SupervisandenInnen in den neuen Bundesländern. 36 % nahmen an Supervision im Rahmen von Aus- und Weiterbildung teil. Dabei handelte es sich überwiegend um TeilnehmerInnen von Teamsupervision (mit Leitung 27 %; ohne Leitung 32 %) und Gruppensupervision (35 %). Einzelsupervision und Leitungssupervision spielte eine untergeordnete Rolle (zusammen 6 %). Die berichteten thematischen Schwerpunkte der Supervision lagen überwiegend in der Arbeit mit KlientenInnen (63 %). Die kollegiale Zusammenarbeit wurde von 18 %, die eigene Person von 17 % und die Einrichtung von 2 % als thematischer Schwerpunkt benannt. Die Supervisanden bewerteten die Supervision als überwiegend positiv und auf ihr berufliches Handeln bezogen als wirksam. Dies betrifft insbesondere die

Bereiche „eigene Person“, „Klientel“ und „Kollegenkreis“. Etwas geringer waren die berichteten Effekte auf den Bereich „Einrichtung und Leitung“. Im Lichte früherer Untersuchungsergebnisse sehen die Autoren den Grund hierfür nicht in einem Methodenartefakt, sondern als Ausdruck der geringeren Bedeutung, die der Supervision in Hinblick auf institutionelle Themen zugemessen wird. Die Beurteilung der Leistung des/der SupervisorsIn korreliert signifikant insbesondere mit den Wirkungseinschätzungen bezüglich der „eigenen Person“ und des „Kollegenkreises“, weniger deutlich mit den Einschätzungen bezüglich der „Klientel“ bzw. des Bereichs „Einrichtung und Leitung“.

Supervision im Krankenhaus

Wie oben bereits erwähnt steht Supervision im Krankenhaus besonderen Problemen gegenüber, die durch die Arbeitsorganisation begründet sind. So ist ein Innehalten des Arbeitsprozesses für Supervisionssitzungen nicht möglich, was zu einem wechselnden Teilnehmerkreis von Teamsupervisionen führt. Mit Ausnahme der Psychiatrie sind kaum Teamarbeitsstrukturen etabliert, es kommt zu häufigen wechselnden Kooperationen. Darüber hinaus kommt es z.B. bei Assistenzärzten zu häufigen ausbildungsbedingten Wechseln, was die Etablierung kontinuierlicher Supervisionsarbeitsformen erschwert. Diese Probleme beeinflussen auch die „Untersuchbarkeit“ von Supervision und werden insbesondere in den Studien von WERNER & HENNCH (1998) und WITTICH (2004) explizit angesprochen.

WERNER & HENNCH (1998) untersuchten im Rahmen eines Evaluationsprojektes tiefenpsychologisch orientierte berufsgruppenübergreifende Stationsteamsupervision in der Inneren Medizin. Bei dem Supervisionsprojekt handelte es sich um ein „ausdrücklich an den Ressourcen des jeweiligen Teams orientiertes Konzept mit einem Schwerpunkt auf der psychosomatischen Kompetenzerweiterung.“ (WERNER & HENNCH 1998, S. 126) Dabei war es für die Autoren ein wichtiges Anliegen bei der Planung des Projektes, die Vielschichtigkeit von Supervision zu berücksichtigen. Untersucht wurde letztlich die Ebene der Supervisanden unter Berücksichtigung der Supervisionsmethode, des Supervisionsprozesses sowie der institutionellen Ebene. Im Rahmen eines Längsschnittdesigns wurden im Abstand von jeweils 6 Monaten an drei Zeitpunkten Daten von 34 – 60 MitarbeiterInnen erhoben (Tedium Measure (TM), Freiburger Beschwerdeliste (FBL) Coping-Fragebogen nach JERUSALEM, Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit und Erwartungen an Supervision (FABE)). Parallel hierzu wurde der Supervisionsprozess dokumentiert (SYMLOG) sowie institutionelle Daten erhoben (Fehlzeiten und Fluktuation).

Hinsichtlich des Verlaufs der Supervisionsprozesse zeigte sich, dass sowohl patientenzentrierte (insbesondere Krankheitsverarbeitung) als auch teamzentrierte Themen (insbesondere Interaktion zwischen Pflege und Ärzten) von Bedeutung waren. Bemerkenswert war, dass diese Themen bei kürzeren Supervisionsprozessen ständig im Wechsel behandelt wurden, bei längeren Prozessen dagegen wurden beide Themenbereiche eher integriert bearbeitet. Hinsichtlich des Interaktionsstils zeigten sich Unterschiede zwischen Pflegepersonal und Ärzten, wobei letztere die höchste Zielorientierung zeigten, am freundlichsten sei und am meisten Einfluss habe. Es zeigte sich allerdings, dass mit zunehmender Supervisionsdauer das Einflussgefälle zwischen Pflege und Ärzten in der Supervision zurückging.

Die Supervisanden erwarteten von der Supervision insbesondere Verbesserungen des Kommunikationsstils, der Patientenorientierung sowie des Arbeitsklimas, der Kooperation und der Transparenz. Verbesserungen (von einem recht hohen Niveau aus) zeigten sich nach 12 Monaten in allen Bereichen der Arbeitssituation, wobei signifikante Verbesserungen in den Bereichen Kooperation, Transparenz, Gestaltungsfreiheit und Berufsperspektiven zu verzeichnen waren. Die

festgestellten Verbesserungen im privaten Bereich sehen die Autoren als Entlastungsfunktion durch die Supervision.

Als problematisch merken die Autoren die hohe Fluktuation während der Untersuchung an, die z.B. durch regelmäßige Rotation von Assistenzärzten und durch eine hohe Fluktuation des Pflegepersonals bedingt sei. Darüber hinaus verweisen sie darauf, dass aufgrund der vielfältigen Einflüsse im Verlauf der Untersuchung Veränderungen nicht ausschließlich auf Supervision zurückgeführt werden können, sondern möglicherweise auch andere Faktoren von Bedeutung sein könnten. Trotzdem stellen die Autoren zusammenfassend fest, dass Stationsteamsupervision schon nach einem Jahr die Arbeitssituation der Mitarbeiter verbessere. Dabei gehe es nicht in erster Linie um Krisenintervention sondern um die „ressourcenorientierte Professionalisierung von Stationsteams“. Hierzu ist allerdings kritisch anzumerken, dass durch die Fluktuation möglicherweise nur Personen in die Befragung miteinbezogen werden konnten, die ihre Arbeitssituation aufgrund ihrer längeren Verweildauer als positiver einschätzten, unzufriedene dagegen die Stationen eher verlassen. So gesehen könnten die gemessenen Verbesserungen der Arbeitssituation auch ein Zeiteffekt bzw. ein Selektionseffekt gewesen sein.

SAUER & SCHIERL (2002) untersuchten im Rahmen einer explorativ angelegten Evaluationsstudie Wirkfaktoren und Effektivität von Supervision bei verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. Die Autoren gingen in der Studie folgenden Fragestellungen nach:

- Gibt es Unterschiede bei der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung hinsichtlich verschiedener Berufsgruppen, Berufsdauer und Beschäftigungsumfang?
- Welche Bedingungsfaktoren spielen für Supervisionserfolg eine Rolle?
- Wie wird Supervision von SupervisandenInnen bewertet?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Supervision?

Im Rahmen eines ex-post-facto-Designs wurden 178 ErgotherapeutenInnen, LogopädenInnen und PhysiotherapeutenInnen mit und ohne Supervision aus dem geriatrischen und neurologischen Bereich mit dem SEI sowie einer Kurzform des FABE (s.o.) untersucht.

Hinsichtlich der ersten Fragestellung zeigte sich, dass PhysiotherapeutenInnen in ihrem Arbeitsfeld bezüglich der Kooperation und Gratifikation zufriedener waren als die anderen Berufsgruppen. Berufsdauer und Beschäftigungsumfang hatten dagegen keinen Einfluss.

Mittels einer schrittweisen Regressionsanalyse ermittelten die Autoren als wichtige Faktoren für den Supervisionserfolg insbesondere die Klarheit der Zielsetzung der Supervision sowie die Problemlöse- und Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn. Letztere waren zwar für die Bereiche „eigene Person“, „KlientenInnen“ und „KollegenInnen“ von Bedeutung, nicht aber für die „Institution“. Insoweit werden auch vorige Befunde (z.B. BEER 1996, 1998) bestätigt.

Ein genereller Zusammenhang zwischen Supervision und Arbeitszufriedenheit konnte in der Studie dagegen nicht festgestellt werden, hinsichtlich der FABE-Skalen zeigte sich kein signifikanter Unterscheid zwischen Supervisionsteilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Lediglich für die Ergotherapeuten zeigte sich ein positiver Effekt, eher gegenteilig war der Effekt bei den PhysiotherapeutenInnen. Die Autoren lassen hier offen, ob bei dem Ergebnis Berufsgruppeneffekte eine Rolle spielen, oder ob letztlich Arbeitszufriedenheit generell ein ungeeigneter Indikator für Supervisionserfolg ist, denn materielle Arbeitsbedingungen sind in Institutionen durch Supervision kaum veränderbar.

In der Ergebnisdiskussion problematisieren die Autoren zudem das Ex-post-facto-Design:

„Gemäß des Untersuchungsdesigns könnte man einerseits die besondere Wichtigkeit klarer Zielsetzungen für den Erfolg der Supervision als eine Art „sich selbsterfüllende Prophezeiung“ oder gar als „Placebo-Effekt“ deuten, andererseits kann die Selbstbeurteilung gemachter Erfahrungen nach Märtens & Möller (1998 nicht generell angezweifelt werden.“ (SAUER & SCHIERL 2002, S. 16)

WITTICH (2004) untersuchte im Rahmen einer formativen Selbstevaluation Supervision in der Krankenpflege an einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Mit der Studie sollte untersucht werden, wie Pflegende ihre Arbeitssituation und die psychischen Belastungen einschätzen, was sie von Supervision erwarten, in wieweit Supervision akzeptiert und in Anspruch genommen wird, welche Inhalte in Supervision behandelt werden, wie Supervision beurteilt wird und welches die Prädiktoren für Teilnahme und Wiederteilnahme sind. Die Studie bestand aus drei Teilstudien. Zum einen standen Daten zur Sitzungshäufigkeit, TeilnehmerInnenstruktur und zu den Sitzungsthemen aus 1.367 Sitzungen einer Supervisionsbasisdokumentation zur Verfügung. In einer zweiten Studie wurden 660 SupervisionsteilnehmerInnen vor und 330 nach der Supervision zur wahrgenommenen Belastung, zu den Supervisionserwartungen und den wahrgenommenen Effekten der Supervision befragt. Darüber hinaus wurden in einer Katamnesestudie sowohl TeilnehmerInnen der Supervision als auch Nicht-TeilnehmerInnen zur aktuellen Belastung befragt. SupervisionsteilnehmerInnen wurden zusätzlich nach ihrer Einschätzung des Supervisionsprozesses und des Nutzens gefragt, Nicht-TeilnehmerInnen wurden zusätzlich nach ihren Erwartungen an Supervision befragt. Von 950 angeschriebenen Pflegenden nahmen 607 an der Katamnesebefragung teil.

Am häufigsten wurden Belastungen durch die Arbeitsorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen genannt, gefolgt von Problemen in der Kooperation mit ÄrztInnen, Problemen im Pflorgeteam sowie Belastungen aus dem Umgang mit PatientInnen und Angehörigen. Am seltensten wurde das eigene berufliche Selbstverständnis als belastend erlebt. Es zeigten sich Zusammenhänge zum Arbeitsbereich (Klinik) und zu verschiedenen Personenmerkmalen. So sank z.B. das Belastungserleben mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Berufserfahrung. Das Belastungserleben hat sich in allen Bereichen im prä/post-Vergleich verbessert, signifikante Rückgänge waren in den Bereichen „Arbeitsorganisation“ und „Zusammenarbeit mit ÄrztInnen“ zu verzeichnen. Kein signifikanter Rückgang zeigte sich dagegen im Bereich „PatientInnen und Angehörige“. Den Unterschied im Rückgang der Belastung erklärt die Autorin damit, dass Belastungen durch PatientInnen und Angehörige eine Sonderrolle spielen: Im Gegensatz zu den anderen Belastungsfaktoren können diese nicht direkt bearbeitet werden, sondern nur im Sinne emotionaler Unterstützung bzw. durch verbesserte Bewältigungsmöglichkeiten. Supervision kann hier nicht direkt zur Belastungsbeseitigung beitragen.

Kein Unterschied im aktuellen Belastungserleben zeigte sich zwischen SupervisandenInnen und Nicht-SupervisandenInnen in der Katamnesestudie. Die Autorin erklärt dieses Ergebnis damit, dass bei den ehemaligen SupervisandenInnen das Belastungserleben vor der Supervision höher gewesen sei, und durch die Supervision dem Belastungserleben der Nicht-TeilnehmerInnen angeglichen worden sei. (WITTICH 2004, S. 210)

Die untersuchten Pflegenden erwarteten von der Supervision in erster Linie die Bearbeitung von Konflikten innerhalb des Pflorgeteams, gefolgt von der Bearbeitung von Konflikten mit ÄrztInnen sowie von Konflikten mit PatientInnen und Angehörigen. Arbeitsorganisatorische Fragen sowie Fragen des beruflichen Selbstverständnisses spielten eine geringere Rolle. Für die Supervisionserwartungen waren die Belastungsart und das Belastungsniveau entscheidend, Art und Niveau der Belastung bestimmt demnach Art und Niveau der Supervisionserwartung. Außerdem zeigten sich Unterschiede bezüglich der verschiedenen Arbeitsbereiche. Auch zeigten sich Abhängigkeiten zum Alter und der Anzahl der Berufsjahre.

Hauptthemenbereiche der Supervision waren der Umgang mit PatientenInnen und Angehörigen, die Zusammenarbeit von Pflegenden und ÄrztenInnen, die Kommunikation im Pflgeteam sowie Belastungen durch Rahmenbedingungen der Institution. Die Themenstruktur war dabei je nach Klinik und Zusammensetzung der Supervisionsgruppen unterschiedlich.

Die Einschätzung des Supervisionsnutzens bezog sich auf alle Belastungsbereiche unter den Blickwinkeln Nutzen für die eigene Person, das Gesamtteam und der Umsetzbarkeit im Stationsalltag. Insgesamt bewegten sich die Einschätzungen auf mittlerem Niveau. Unter allen drei Perspektiven wurde der Nutzen für die Bereiche „Pflgeteam“ und „Umgang mit PatientenInnen“ am höchsten beurteilt. Die Bereiche „Arbeitsorganisation“ und „Zusammenarbeit mit ÄrztenInnen“ wurden dagegen geringer bewertet. Hinsichtlich der Determinanten der Supervisionsbeurteilung zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Belastungserleben und spezifischem Supervisionsnutzen: In Kliniken, in denen z.B. häufig Belastungen im Umgang mit Patienten erlebt werden, ist der diesbezügliche Supervisionsnutzen höher als in Kliniken mit anderen Belastungsstrukturen. Ebenfalls einen Einfluss auf den Nutzen hatte die Gruppenzusammensetzung der Supervisionsgruppe: Der spezifische Nutzen wurde höher eingeschätzt, wenn möglichst alle an einem Thema beteiligten in der Gruppe vertreten waren. Unabhängig war die Supervisionsbeurteilung von personenbezogenen Merkmalen. Schließlich zeigte sich, dass der Gesamtnutzen der Supervision in engem Zusammenhang mit den spezifischen Nutzenbeurteilungen stand. Kein Zusammenhang bestand dagegen zwischen Gesamtnutzeneinschätzung und Belastungserleben.

Im Rahmen einer explorativen Feldstudie befragte BRÜHLMANN-JECKLIN (2005) 316 Pflegefachleute über eine Krankenpflegezeitschrift mit einem halbstandardisierten Fragebogen zu ihren Erfahrungen mit Supervision. Hinsichtlich des durch die Supervisanden selbsteingeschätzten Nutzens der Supervision ergaben sich für die verschiedenen Bereiche folgende Ergebnisse:

Tabelle 3: Supervisionsnutzen (BRÜHLMANN-JECKLIN 2005, S. 74)

| Bewertung | hoch | mittel | gering | kein Nutzen | keine Angabe |
|----------------------------|--------|--------|--------|-------------|--------------|
| Persönlicher Nutzen | 25,3 % | 25,0 % | 10,8 % | 9,2 % | 29,7 % |
| Eigener beruflicher Nutzen | 21,2 % | 26,6 % | 11,4 % | 9,8 % | 31,0 % |
| Patientenbezogener Nutzen | 16,5 % | 20,3 % | 13,3 % | 16,1 % | 33,9 % |
| Teambezogener Nutzen | 21,5 % | 27,5 % | 14,6 % | 5,4 % | 31,0 % |

Aus dem Ergebnis geht hervor, dass der Supervisionsnutzen für Patienten deutlich am niedrigsten eingeschätzt wird. In den anderen Bereichen wurde der Nutzen zwar höher eingeschätzt, die Werte für die Einschätzung eines mittleren bis hohen Nutzens erreichten aber maximal 50,3 %. Bemerkenswert ist der jeweils sehr hohe Anteil derjenigen, die keine Angabe machten. Leider lässt die Autorin offen, ob es bei der Nutzeneinschätzung Unterschiede hinsichtlich verschiedener Supervisionsformen bzw. anderer Merkmale des Supervisionsprozesses gibt.

Mit Ausnahme der Untersuchung von BRÜHLMANN-JECKLIN handelt es sich bei allen hier dargestellten Untersuchungen zur Supervision im Krankenhaus um Evaluationsprojekte, in einem Fall um eine Selbstevaluation. Diese drei Studien sind daher - zumindest in der Darstellung - nur beschränkt auf sozialwissenschaftliche Konzepte oder Theorien bezogen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Supervisionseffekte im Krankenhaus insbesondere in den Bereichen „Kooperation innerhalb des Pflege-Teams“ und „Kooperation zwischen Pflege-Team und Ärzten“ zu verzeichnen sind. Hier zeigen sich auch Effekte auf Arbeitszufriedenheit und auf

das Belastungserleben. Effekte auf die Arbeitszufriedenheit konnten dagegen bei den von SAUER & SCHIERL untersuchten Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten) nur bedingt, nämlich berufsgruppenspezifisch, gefunden werden. Möglicherweise ist dieser Unterschied durch die unterschiedliche Stellung der Berufsgruppen bedingt, therapeutische Berufsgruppen sind nicht unbedingt in Stationsstrukturen eingebunden. Eine andere Erklärung könnte der unterschiedliche Untersuchungsansatz sein. Während SAUER & SCHIERL ihre Befragung als Ex-post-Studie mit einem Messzeitpunkt an mehreren Krankenhäusern durchführten, bezogen sich die beiden anderen Studien auf jeweils eine Einrichtung mit mehreren Messzeitpunkten.

Sowohl bei WERNER & HENNCH als auch bei WITTICH zeigte sich dabei das krankenhausspezifische Problem hoher Mitarbeiterfluktuation, durch das die Durchführung von Untersuchungen mit mehreren Messzeitpunkten erheblich erschwert werden kann. In beiden Untersuchungen reduzierte sich die Zahl der Untersuchungsteilnehmer bei der zweiten bzw. dritten Befragung um ca. 50 %. Das könnte zu Selektionseffekten geführt und so zu besseren Ergebnissen hinsichtlich der Belastungsreduktion bzw. der Arbeitszufriedenheit beigetragen haben.

Supervision in der Psychotherapieausbildung, Ausbildung von SupervisorenInnen

Forschungen zur Supervision in der Therapieausbildung kommen hauptsächlich aus dem anglo-amerikanischen Raum. Ausführlich geht auf Ergebnisse zu diesem Bereich das Handbuch zur Therapiesupervision von WATKINS (1997) ein. Für die Forschungen zu den Wirkungen von Ausbildungssupervision sind insbesondere die Beiträge von ELLIS & LADANY (1997) und von LAMBERT & OGGLES (1997) von Bedeutung. In ihrem Überblicksartikel beschäftigen sich LAMBERT e.a. (1997) ausführlich mit verschiedenen Studien zur Effektivität von Psychotherapiesupervision. Sie teilen die Forschung in die Bereiche „Effekte auf generelle interpersonelle Fähigkeiten der Ausbildungskandidaten“ (z.B. Empathie, Wärme etc.), „Effekte auf technische Fähigkeiten“ und „Outcomekriterien für Supervision und Ausbildung“ auf. Insgesamt kommen sie zu einem ernüchternden Ergebnis:

„Although literature on the effectiveness of psychotherapy might tempt one to embrace the inference that graduate training in psychotherapy is crucial, it must be recognized that the researchers have yet to conduct sufficient outcome studies that adequately explore the relationship between specific aspects of training programs (e.g., therapy courses, supervision) and therapy outcome.“ (LAMBERT & OGGLES 1997, S. 441)

ELLIS e.a. (1997) kritisieren in ihrem Review die Qualität von Studien, die sich mit der Evaluation von SupervisandenInnen beschäftigen. Die Bewertung von SupervisandenInnen ist für sie eine „conditio sine qua non“ des Supervisionsergebnisses, anhand dessen die Wichtigkeit und Relevanz von Supervision eingeschätzt werden könnte. Verschiedene Studien mit dem CERS⁷ legten aber nahe, dass die Bewertung von Supervisanden durch Supervisoren in Zusammenhang damit steht, ob die Supervisanden ihre Supervisoren mögen und wie sie deren Attraktivität, Vertrauenswürdigkeit und Fachkenntnisse (expertness) einschätzen (DODENHOFF e.a., 1981, CAREY e.a., 1988). Darüber hinaus bestehe keine Beziehung zwischen globalen CERS-Einschätzungen des Supervisanden und spezifischen Sitzungsbewertungen (BORDERS & FONG 1991). ELLIS e.a. (1997) folgern aus dem Forschungsstand:

„With regard to the inference or question of whether supervisees can be evaluated effectively by supervisors, the answer seems to be „yes and no“. Yes, they can be evaluated, yet there is little evidence indicating how or what is being evaluated. Overall, it seems that supervisees may be evaluated primarily qualitatively, perceptions of supervi-

⁷ Counselor Evaluation Rating Scale (MYRICK, KELLY, 1971)

see by supervisor may influence evaluation, and the primary measure used to assess supervisee competence may consist of many flaws bringing into question its usefulness.” (ELLIS e.a. 1997, S. 484)

Für weitere Forschungen auf dem Gebiet schlagen die Autoren vor, den Kontext der Evaluation genau zu definieren hinsichtlich des Kompetenzbereichs (z.B. allgemeine professionelle Kompetenz vs. spezielle Kompetenzen bezgl. bestimmter Bereiche, KlientenInnen oder Erkrankungen), des Bereichs des SupervisandenInnenverhaltens, der bewertet wird (in der Therapie oder in der Supervision), der Art der Therapie (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie), spezifischer Verhaltensfertigkeiten (therapeutische Fertigkeiten etc.) und hinsichtlich der Evaluationsperiode (Sitzungsausschnitt, Sitzung bzw. Semester). Darüber hinaus sollten die Methoden der Begutachtung und die Personen, die Bewertungen vornehmen, genau spezifiziert werden.

In einem späteren Überblicksartikel zur Evaluation von Supervision stellen MÖLLER & MÄRTENS (2000) fest, dass ein großer Teil von Untersuchungen zur Wirksamkeit von Supervision sich auf **Supervision im Rahmen von Therapieausbildung** bezieht und diese Prozesse als Entwicklungsprozesse von SupervisandenInnen hin zur reifen Therapeutenidentität konzeptualisiert. Den Autoren zufolge können die wesentlichen Annahmen des entwicklungsbezogenen Ansatzes als bestätigt gelten. Insbesondere die Entwicklungsdimensionen „Selbstbewusstsein“, „Abhängigkeit - Autonomie“ und „Erwerb von theoretischen und praktischen Kenntnissen“ sind dabei von Bedeutung (McNEILL, STOLTENBERG & PIERCE 1985, REISING & DANIELS 1983). Dabei wird oft mit Therapiefolien gearbeitet, da spezifische Konzeptualisierungen von Supervision fehlen. Typische Untersuchungsfelder aus dem Bereich der Psychotherapiesupervision sind nach MÖLLER & MÄRTENS:

- Die Interaktion zwischen SupervisorIn und SupervisandIn
- Die Übereinstimmung der theoretischen Grundorientierung von SupervisorIn und SupervisandenInnen
- Die Rolle der Geschlechtszugehörigkeit des/der SupervisorsIn
- Der Erfahrungshintergrund des/der SupervisorsIn
- Persönlichkeitsmerkmale des/der SupervisorsIn sowie
- Charakteristika des Supervisionsstils.

SCHREYÖGG (1994) untersuchte im Rahmen einer Evaluationsstudie die Veränderung von Deutungsmustern und Deutungshaltungen bei 125 SupervisionsausbildungskandidatenInnen verschiedener Ausbildungsgruppen einer integrativen Supervisionsausbildung. Die Ergebnisse zeigten, dass insbesondere in berufsheterogenen Ausbildungsgruppen konzeptgerechte Veränderungen der generellen Deutungshaltung (zunehmende Handlungssicherheit, wahrgenommene Kompetenz, realistische Selbsteinschätzung) zu verzeichnen waren. Auch hinsichtlich der Deutungshaltungen und –muster gegenüber neuen Praxiskonstellationen (erhoben über die Bearbeitung von Fallbeispielen) zeigte sich, dass berufsheterogene Gruppen im Vorteil waren, während sich bei homogenen Gruppen eher eine Verengung der Perspektivität zeigte. Die Effekte konnten zudem sowohl von konzept-nahen als auch von konzept-fernen Experten beobachtet werden

„Auf dem Hintergrund dieser kleinen Expertenbefragung lässt sich zusammenfassend behaupten, dass Experten aus sozialen Arbeitsfeldern mit unterschiedlichen Vor- und Fortbildungserfahrungen Veränderungen von Deutungshaltungen und –muster bei Supervisionsausbildungskandidaten wahrnehmen konnten.“ (SCHREYÖGG 1994, S. 196)

Spezielle Kontexte

Weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit *speziellen Kontexten*. Eine Aufstellung wissenschaftlicher Arbeiten zur Supervision, die von der DGSv 2006 herausgegeben wurde, nennt unter anderem folgende Bereiche und Untersuchungen:

- Landwirtschaftliche Beratung und Verwaltung (HERRMANN 1997)
- Forschungsbereich (RABELT 2005)
- Kindertagesstätten (REICHEL 2005, OEFFNER 2005)
- kirchlicher Bereich (BEHRENBURG & FASSNACHT 1993, MAURER 1998, STROBEL-SEILER 2005)
- Polizei (DRILLER, HOFFMEISTER 2005)
- Schule (DENNER 2000, ERBRING 2006, GASTEIGER-KLICPERA & KLICPERA 1997, JUGERT 1998, MAURER 2004, NEUSCHÄFER 2004)
- Versicherung (CONRADS 1997)

Alle diese Untersuchungen im Einzelnen darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Eingehen möchte ich an dieser Stelle aber noch auf Untersuchungen aus dem Bereich der Supervision in der Altenhilfe sowie auf eine Untersuchung, die sich mit dem Vergleich von Supervisionsprozessen im Profitbereich und im Non-Profitbereich befasst.

Im Bereich Altenpflege gab es in der jüngeren Vergangenheit verschiedene Untersuchungen, die sich mit u.a. mit dem subjektiv eingeschätzten Nutzen von Supervision beschäftigen. Hier geht es also, ähnlich wie bei der Untersuchung von BRÜHLMANN-JECKLIN (2005) nicht um Effekte, die sich an veränderten Belastungsstrukturen oder Veränderungen der Arbeitszufriedenheit festmachen, sondern um subjektiv wahrgenommenen Nutzen hinsichtlich verschiedener Nutzendimensionen.

MÜLLER, PETZOLD und SCHREITER-GASSER (2005) untersuchten Supervision im Feld der Altenarbeit in der Deutschschweiz. Bei der Studie handelte es sich um eine explorative Multi-centerstudie, mit der einerseits die Verbreitung von und die Erwartungen an Supervision im Bereich Altenarbeit untersucht werden sollten, andererseits ging es auch um die Wirkungseinschätzung von Supervision. Insgesamt wurden 832 Einrichtungen angeschrieben. Aus 399 Einrichtungen kamen insgesamt 155 ausgefüllte Fragebögen zurück, zum überwiegenden Teil von Pflegern (80,6 %). Andere Berufsgruppen wie ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen waren eher selten vertreten. Die Nutzeneinschätzung durch die SupervisandenInnen für die verschiedenen Bereiche ergab folgendes Bild:

Tabelle 4: Supervisionsnutzen (MÜLLER e.a. 2005, S. 198)

| Bewertung | hoch | mittel | gering | kein Nutzen | keine Angabe |
|----------------------------|--------|--------|--------|-------------|--------------|
| Persönlicher Nutzen | 39,4 % | 41,3 % | 11,6 % | 4,5 % | 3,2 % |
| Eigener beruflicher Nutzen | 41,9 % | 36,1 % | 14,2 % | 3,9 % | 3,9 % |
| Patientenbezogener Nutzen | 31,6 % | 36,1 % | 16,8 % | 5,8 % | 9,7 % |
| Teambezogener Nutzen | 48,4 % | 27,1 % | 13,5 % | 2,6 % | 8,4 % |

Insgesamt ist der Anteil derjenigen, die Supervision als hoch bis mittelnützlich einschätzen, in allen Bereichen hoch (insbesondere auch im Vergleich zu den Ergebnissen von BRÜHLMANN-JECKLIN 2005). Relativ am geringsten ist der Anteil der hohen und mittleren Einschätzungen

bei dem patientenbezogenen Nutzen. Die AutorenInnen berichten, dass die Nutzeinschätzung bei Fallsupervision und Einzelsupervision signifikant höher waren. Zudem war die Einschätzung des patientenbezogenen Nutzens bei als hoch eingeschätzter fachlich-gerontologischer Kompetenz des/der SupervisorsIn signifikant höher.

KNAUS, PETZOLD und MÜLLER (2005) untersuchten in einem analogen Design Supervision im Bereich der Altenhilfe in Deutschland. Bei einem insgesamt geringeren Rücklauf von 80 ausgefüllten Fragebögen von Supervisionsnutzern aus 658 angeschriebenen Einrichtungen kommen die Autoren zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich des eingeschätzten Supervisionsnutzens, allerdings auf einem insgesamt niedrigeren Niveau. Deutlich am kleinsten ist auch in dieser Studie der Anteil derjenigen, die den *patientenbezogenen Nutzen* als hoch bis mittel einschätzen (49,1 %). In den Bereichen persönlicher, beruflicher und teambezogener Nutzen lagen die Werte dagegen jeweils zwischen 60 % und 70 %.

FISCHER (2001) befragte im Rahmen einer qualitativ orientierten Studie ExpertenInnen und SupervisandenInnen aus dem Sozialbereich, dem Bildungsbereich und aus dem Gesundheitsbereich zu Wirkfaktoren und Qualitätskriterien von Supervision. Als wesentliche Supervisionseffekte stellten die SupervisandenInnen die psychohygienische Wirkung von Supervision, Arbeitsauswirkungen (Lösungen von Teamproblemen, Veränderungen von Arbeitsbeziehungen und Entwicklung von Berufsrollen) und die Veränderung und Erweiterung von Sichtweisen auf die Arbeit heraus. Hier zeigten sich keine arbeitsfeldspezifischen Unterschiede. Unterschiede zeigten sich aber bei der thematischen Ausrichtung je nach Supervisionsform: Eher auf Professionalisierung ausgerichtet waren Einzel- und Gruppensupervisionsformen, Teamsupervisionsformen hatten eher das Team und seine Entwicklung als thematischen Schwerpunkt. Auch die jeweiligen Berufsfelder und Organisationsstrukturen haben nach FISCHER (2001, S. 75) einen Einfluss auf die thematische Ausrichtung von Supervision. FISCHER schlägt daher vor:

„Unabhängig davon, welche Fragestellung aufgegriffen wird, sollte in Zukunft stärker zwischen unterschiedlichen Supervisionsformen differenziert werden. Fragen sind hier: was sind die typischen Merkmale der jeweiligen Supervisionsform, welche Themen lassen sich hiermit wie bearbeiten, welche Qualitätsmerkmale sollte die jeweilige Form aufweisen? Möglicherweise wäre es sinnvoller, statt von einer Supervision zu sprechen die verschiedenen Formen auch begrifflich zu unterscheiden, wie sich das beim Coaching bereits der Fall ist.“ (FISCHER 2001, S. 82)

BRÜNKER (2005) verglich im Rahmen einer selbstevaluativen Untersuchung je zwei Supervisionsprozesse bei profitorientierten (PO) und nicht-profitorientierten (NPO) Organisationen. Die Autorin ging davon aus, dass bei NPO der Anteil der Aufgabenorientierung größer ist als bei PO, entsprechend sollte der Anteil der Beziehungsorientierung in den Supervisionsprozessen bei den PO größer sein als bei den NPO. Diese Gewichtung sollte sich in den Erwartungen, Themen und der Nutzeinschätzung der Beratungen widerspiegeln. Bestätigt werden konnte – allerdings bei einem relativ niedrigen Anteil an beziehungsorientierten Äußerungen – die Hypothese zur Beziehungsorientierung: Die Anteile waren hinsichtlich Erwartung, Themen als auch hinsichtlich der Nutzeinschätzung der Supervision bei PO höher als bei NPO. Nicht bestätigt werden konnten aber die Annahmen hinsichtlich der unterschiedlichen Bedeutung der Aufgabenorientierung bei PO und NPO, es zeigten sich nur Unterschiede hinsichtlich der vor Beginn geäußerten Erwartungen, nicht aber hinsichtlich Erwartungen aus den ersten Sitzungen, der Themen und der Nutzeinschätzung. Insgesamt waren aufgabenorientierte Äußerungen in beiden Organisationsformen deutlich häufiger als beziehungsorientierte, sowohl bei den NPO als auch bei den PO waren die meisten Nutzenäußerungen aufgabenorientierter Art. Die Autorin folgert daraus:

„Die Untersuchung zeigt, dass sich die Erwartungen an die Beratung in den Vorgesprächen in den untersuchten Profit- und Non-Profit-Organisationen deutlich unterscheiden: Während in den Non-Profit-Organisationen überwiegend aufgabenorientierte Beratung erwartet wurde, sollte in den Profit-Organisationen überwiegend beziehungsori-

enterte Beratungsarbeit geleistet werden. In der Beratungsarbeit selbst standen jedoch sowohl in den Non-Profit- als auch in den Profit-Organisationen aufgabenorientierte Themen im Vordergrund.“ (BRÜNKER 2005, S. 296)

PETZOLD, SCHIGL & FISCHER (2003) stellen hinsichtlich der Wirksamkeit auf SupervisorInnen zusammenfassend fest, dass Supervision nach Meinung der NutzerInnen wirkt, auch wenn die meisten Studien mit Selbsteinschätzungsfragebögen arbeiten. Im Einzelnen verweisen die Autoren auf Ergebnisse der von ihnen analysierten Studien, nach denen deutliche positive Veränderungen bei SupervisorInnen hinsichtlich der Erkennung von Mustern und der Unterscheidung von veränderbaren bzw. nicht veränderbaren Bedingungen feststellbar sind. Neben diesen Ergebnissen weisen die Autoren auf vermehrte Untersuchungen des „Gesamtsystems Supervision“ (SCHAY, DREGGER, SIEGELE, PETZOLD 2003, PETZOLD, SCHIGL 1996, OELTZE, EBERT, PETZOLD 2003) sowie auf die Entwicklung und Überprüfung des Supervisions-Evaluations-Inventars (SEI) von SCHNEIDER & MÜLLER (1995), mit dem die Wirkung von Supervision quantitativ erfassbar sei. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Problemlösekompetenz sowie die Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn als für Supervisionserfolg wichtig bezeichnet.

2. Effekte auf KlientenInnen

Hinsichtlich der Frage nach der **Wirksamkeit von Supervision auf der KlientenInnenebene** stellen MÖLLER & MÄRTENS fest, dass es sich um „mikroskopische Veränderungen im Gesamtprozess (handelt), wenn dieser Prozess auf der Klientenebene untersucht wird.“ (MÖLLER & MÄRTENS a.a.O., S. 112)

Bei der Untersuchung von Supervisionseffekten auf KlientenInnen ergeben sich eine Reihe von Problemen unterschiedlicher Art: Unterschiedlich fähige Therapeutenpersönlichkeiten, die zwar supervisorisch beeinflussbar sind, aber deren Effekte sich nicht kurzfristig in Studien darstellen lassen, haben einen erheblichen Anteil an Therapieergebnissen. Auch hinsichtlich unterschiedlich wirksamer Therapieverfahren ist keinesfalls sicher, ob und in welche Richtung eine supervisorische Einflussnahme (methodische Verengung vs. methodische Flexibilität) wirksam ist. Ebenfalls unklar ist der Haupteffekt von Fallsupervision, der sowohl im konkret supervidierten Fall als auch im Transfergewinn liegen kann. Insgesamt handelt es sich bei KlientenInneneffekten um indirekte Effekte, die beeinflusst sind durch die Aufnahmefähigkeit/kapazität des/der SupervisorInnen, seine Performanz und schließlich die Aufnahmefähigkeit/kapazität des/der KlientenIn. Demgegenüber sind Effekte auf die SupervisorInnen und deren Voraussetzungen deutlich besser erforschbar. In diesem Zusammenhang stellen die Autoren zur Debatte, ob nicht die wesentlichen Effekte von Supervision in genau diesem Bereich zu suchen seien:

„Sollte sich herausstellen, dass Supervision eine sehr erfolgreiche Burnout-Prophylaxe ist (FENGLER 1994), so wäre dies ein völlig ausreichender Befund um Supervision in vielen Arbeitsfeldern zu legitimieren.“ (MÖLLER u.a. a.a.O., S. 114)

Auch PETZOLD e.a. (2003) kommen in ihrer Literaturübersicht zu dem Ergebnis, dass zwar im Rahmen der amerikanischen psychotherapiebezogenen Supervisionsforschung verstärkt KlientenInnendaten mit einbezogen werden, wobei Themen wie Parallelprozess, Vergleich verschiedener Supervisionsschulen etc. untersucht wurden. Allerdings können diese Ansätze nur sehr eingeschränkt auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden, da hier intervenierende Variablen (Organisationsvariablen, Teamvariablen) miteinbezogen werden müssten. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis,

„dass in diesem Bereich fast alle Themen noch nicht bearbeitet sind. So ist vor allem unklar, wie sich Supervision auf KlientenInnen auswirken kann.“ (PETZOLD e.a. 2003, S. 155)

In jüngerer Zeit kommen SCHAY, DREGGER, SIEGELE & PETZOLD (2003) zu dem Ergebnis, dass Effekte von Supervision auf KlientenInnenebene nicht vorhanden seien.

Demgegenüber kommt SIPOS (2001) in einer kontrollierten Studie an Anorexiapatientinnen zu dem Ergebnis, dass Effekte von Supervision auch auf Patientinnenebene zu beobachten sind. Die Studie ging der Frage nach, ob Verbesserungen der Prozess- und Ergebnisqualität der Psychotherapie durch Supervision zu beobachten sind, und ob zwischen beiden Qualitätsaspekten ein Zusammenhang besteht.

Untersucht wurden insgesamt 51 Patientinnen, die im Rahmen eines stationären verhaltenstherapeutischen Settings von PsychotherapeutenInnen im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung behandelt wurden. Je drei TherapeutenInnen behandelten jeweils drei Patientinnen pro Phase (10-13 Wochen). Insgesamt fanden 4 Behandlungsphasen statt, die jeweils im Wechsel mit Supervision bzw. ohne Supervision stattfanden. Die Supervision bestand einerseits aus wöchentlich stattfindender Live-Supervision (Stationssupervision) mit dem Ziel der Förderung methodischer Kompetenz. Darüber hinaus erhielten die SupervisandenInnen in zweiwöchentlichem Abstand Supervision anhand von auf Video aufgezeichneter Therapiesitzungen. Ziel war hier die Förderung der persönlichen Kompetenz. Eine der SupervisorenInnen war die Autorin.

Die Prozessqualität wurde nach jeder Sitzung mit Supervisionsstundenbögen (SSB1, SSB2), TherapeutenInnenstundenbögen (TB), KlientenInnenstundenbögen (KB) sowie mit dem Symptomwochenbericht (ST) erfasst. Die Ergebnisqualität wurde bei der Aufnahme und bei der Entlassung mit dem Body-Mass Index (BMI), dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), dem Eating-Disorder-Inventar (EDI), der Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R), dem Fragebogen zu Kognitiven Schemata (FKS), dem kognitiven Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (KIB) sowie dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) erhoben.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen einen tendenziellen Einfluss von Supervision auf die Prozessqualität der Therapie. Gering waren die Unterschiede zwischen den Supervisions- und Non-Supervisionsgruppen hinsichtlich der Ergebnisqualität: Lediglich hinsichtlich der Depressivität konnte festgestellt werden, dass diese unter der Supervisionsbedingung niedriger war als unter der Non-Supervisionsbedingung. Bei allen anderen Parametern zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Autorin erklärt dies mit Deckeneffekten die durch die hohe Effektivität des Gesamtprogramms begründet sein könnten, denn in vielen der erhobenen Bereiche zeigten sich hohe bis sehr hohe Effektstärken:

„Bei der Beurteilung der Effekte von Supervision auf das Therapieergebnis ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Studie vor dem Hintergrund eines Therapieprogramms mit hoher Effektivität stattfand. „Deckeneffekte“ sind unter diesen Umständen bei einzelnen Parametern möglich bzw. wahrscheinlich.“ (SIPOS 2001, S. 159)

Deutlich war dagegen der Einfluss der Prozessqualität auf die Ergebnisqualität ersichtlich, hier konnten fast alle Hypothesen bestätigt werden.

„Die Daten unterstützen die Hypothese, dass Prozessqualität eine wesentliche Determinante des Therapieergebnisses darstellt. Schätzen sich Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Zusammenarbeit positiver und im therapeutischen Vorgehen sicherer ein, wirkt sich das positiv auf die Zufriedenheit mit der Therapie, die Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie und die Qualität der Therapiebeziehung aus.... Zukunftsweisend bedeutet das, dass die Supervision darauf ausgerichtet sein sollte, die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Therapie gezielt zu fördern. Für die Supervisionssituation heißt das konkret, dass nicht nur Inhalte behandelt werden, die ausschließlich die Therapeutinnen und Therapeuten berücksichtigen (z.B. die Reflexion der eigenen Befindlichkeit, die burn-out-Prophylaxe). Es ist ebenso notwendig, die Fortschritte, die Patientinnen machen, im Rahmen der Supervision zu

überprüfen, da zwischen Therapieergebnis und der Zufriedenheit mit der Therapie ein deutlicher Zusammenhang vorliegt.“ (SIPOS 2001, S. 157 f.)

3. Unerwünschte Effekte

Hinsichtlich der *Nebenwirkungen und Risiken von Supervision* verweisen MÖLLER & MÄRTENS auf Ergebnisse, die einerseits Missbrauchserfahrungen dokumentieren und andererseits negative Wirkungen (i.S. der Erschwerung institutioneller Abläufe als Folge von Supervision) zeigen. Problematisch an der Untersuchung negativer Effekte ist, dass sie nur erschlossen werden, nicht aber – wie bei positiven Effekten – direkt danach gefragt wird. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auch auf das Varianzerweiterungsphänomen, das besagt, dass in Behandlungsgruppen in der Therapieforschung auch bei positiven Mittelwerteffekten die Streuwerte ansteigen. BERGIN hat dies als Ausdruck der Verschlechterung durch Therapie in Einzelfällen interpretiert. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf die Tradition im Bereich der Arzneimittelüberprüfung, die eine differenzierte Erfassung von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen vorsieht und fordert eine differentielle Evaluation verschiedener Supervisionsmethoden hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen (settings-, vorgehens-, und kundenspezifische Nebenwirkungen).

Explizit nach negativen Supervisionserfahrungen fragten GOTTFRIED, PETITJEAN und PETZOLD (2003). In der Studie, die an späterer Stelle noch ausführlicher referiert wird, wurden insgesamt 326 MitarbeiterInnen aus 6 psychiatrischen Kliniken zu ihren Supervisionserfahrungen befragt. Insgesamt 18 % berichteten von negativen Erfahrungen in der Supervision, wobei die prozentualen Anteile in den einzelnen Kliniken beträchtlich schwankten (6 % bis 38 %). Dabei zeigte sich, dass von negativen Erfahrungen eher jüngere MitarbeiterInnen betroffen waren. Die SupervisorenInnen, bei denen negative Erfahrungen berichtet wurden, waren jünger. Auch hinsichtlich der Grundberufe zeigten sich Unterschiede: Schlechte Erfahrungen wurden am häufigsten bei SupervisorenInnen berichtet, die aus Pflegeberufen (42 %) kamen, SozialpädagogInnen (26 %) oder Diplom-PädagogenInnen bzw. Lehrerinnen (23 %) waren. Eine qualitative Auswertung der schriftlichen Aussagen ergab, dass 15 der 60 Aussagen als „negative Erfahrung“ oder „Schädigung“ eingestuft werden mussten:

Tabelle 5: Qualitative Analyse unerwünschter Wirkungen, negativer Wirkungen und Schädigungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=60) (GOTTFRIED e.a. S. 320)

| Nr. | Kategorien | SupervisorIn | SupervisandenInnen |
|-----|--|--------------|--------------------|
| 1 | Grenzüberschreitung | 4 | 0 |
| 2 | Kränkung | 1 | 0 |
| 3 | Bevorzugte Behandlung/Parteinahme | 3 | 2 |
| 4 | Entwertung | 1 | 1 |
| 5 | Ausüben von Druck | 3 | 0 |
| 6 | Nichteingehen auf Anliegen, Themen des Teams | 5 | 1 |
| 7 | Mangel an klinischer Erfahrung, Feldkompetenz | 6 | 0 |
| 8 | Zuwenig patientenbezogen | 6 | 0 |
| 9 | Mangelndes Vertrauen, Offenheit | 1 | 3 |
| 10 | Langweilig, immer gleicher Ablauf | 4 | 0 |
| 11 | Zeitverlust | 1 | 0 |
| 12 | Manche im Team oder der Leitung hemmen den Prozess, blockieren | 0 | 9 |
| 13 | Manche im Team oder in der Leitung nehmen zu viel Platz ein | 0 | 3 |
| 14 | Organisatorische Probleme | 4 | 1 |
| 15 | Kündigung eines Mitarbeiters als Folge der Supervision | 1 | 0 |
| 16 | Eskalation im Team als Folge der SV | 2 | 0 |
| 17 | Kein Transfer von dem was in der SV besprochen wurde in den Klinikalltag | 2 | 1 |
| 18 | Negative Konsequenzen für den Patienten als Folge der SV | 1 | 0 |
| | Subtotal Nennungen | 42 | 18 |
| | Total | | 60 |

Als besonders schädigend wurden eingestuft: Grenzüberschreitungen, Kränkung, Entwertung, mangelndes Vertrauen, Kündigung eines Mitarbeiters als Folge der Supervision, Eskalation im Team, Negative Konsequenzen für den Patienten. Als Ursache negativer Erfahrungen wurde doppelt so häufig der/die SupervisorIn genannt als die SupervisandenInnen.

Bei der Einschätzung, inwieweit Supervision zu Risiken und Nebenwirkungen führen könnte, gaben 48,5 % der Befragten an, dass sie solche für MitarbeiterInnen sehen, wobei signifikant mehr jüngere diese Risiken für sich sahen. 20,6 % sahen potentielle Risiken und Schädigungen für PatientenInnen. Die AutorenInnen bewerteten die Ergebnisse in Hinblick auf den vielfach geäußerten hohen Anspruch von Supervision als insgesamt bedenklich:

„18 % negativer Erfahrungen ist für eine Methode, die einen so hohen Anspruch vertritt („Gütesiegelqualität“, Weigand 1999, 2000) und – wie die Untersuchung zeigt, auch *attribution* bekommt, kein gutes Ergebnis, das mit den hohen Nennungen von „mittlerer“ bis „niedriger“ oder „fehlender“ Wirksamkeit einen Zusammenhang zu haben scheint. Auch die höchst ambivalenten Ergebnisse in den nachfolgenden Punkten (protektive und Risikofaktoren für SupervisandenInnen und PatientenInnen, der Verfasser) weisen in diese Richtung.“ (GOTTFRIED e.a. 2003, S. 327)

In den oben bereits zitierten Studien von MÜLLER, PETZOLD und SCHREITER-GASSER (2005) und KNAUS, PETZOLD und MÜLLER (2005) aus dem Altenpflegebereich werden ebenfalls negative Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision thematisiert.

Bei MÜLLER e.a. (2005) berichteten insgesamt 16,5 % der Befragten von eher negativen oder negativen Supervisionserfahrungen. Die AutorenInnen fanden dabei keine signifikanten Zusammenhänge zu Alter, Geschlecht oder Grundberuf des/der SupervisorsIn, zum Alter und Grundberuf der SupervisandenInnen, zum Setting oder zur Teilnahmefreiwilligkeit. Als Grund für die negativen Erfahrungen nannten 35,7 % die fachliche Inkompetenz des/der SupervisorsIn, 17,8 % die soziale Inkompetenz, 28,5 % erlebten die Supervision als ineffizient, 14,3 % erlebten den Gruppenprozess als negativ, eine Person erlebte die Supervision als Kontrolle.

Auf die (offene) Frage nach potentiellen Supervisionsrisiken für SupervisandenInnen antworteten 99 Personen (63,9 %). 4 % von ihnen sehen keine Risiken. Die Antworten der restlichen Befragten kategorisierten die Autoren wie folgt:

Tabelle 6: Supervisionsrisiken für SupervisandenInnen (nach MÜLLER e.a. 2005, S. 201)

| Kategorie | Prozent |
|--|---------|
| Verschlechterung der Situation | 18,0 |
| Ineffizienz | 23,0 |
| Verunsicherung/Verletzung/Vertrauensmissbrauch/Abwertung | 18,0 |
| Fehlverhalten und Mängel des Supervisors | 18,0 |
| Abhängigkeit vom Supervisor | 12,0 |
| Mangelnde Bereitschaft zur Veränderung bei Teammitgliedern | 12,0 |
| Fehlende Umsetzung von Lösungen | 5,0 |
| Abnützung der Wirkung durch Gewohnheit und Routine | 6,0 |

Auf die Frage nach Risiken und Nebenwirkungen für PatientenInnen antworteten nur 48 Befragte (31 %). 18,7 % davon sahen keine Risiken. Die AutorenInnen fanden bei den Antworten der verbliebenen Befragten folgende Kategorien:

Tabelle 7: Supervisionsrisiken für PatientenInnen (nach MÜLLER e.a. 2005, S. 201)

| Kategorie | Prozent |
|--|---------|
| Mangelnde Mitsprachemöglichkeit für Patienten | 10,4 |
| Patient kann durch SV manipuliert werden | 10,4 |
| Fehleinschätzung der Patientensituation | 8,3 |
| Patient als Versuchskaninchen | 4,2 |
| Patient ist anhängig von Qualität der Supervision | 2,0 |
| Zementierung von Vorurteilen | 2,0 |
| Verletzung der Verschwiegenheitsverpflichtung / fehlende Einverständniserklärung | 12,5 |
| Supervision geht auf Kosten der Betreuungszeit | 8,3 |
| Abwertung des Patienten in der Supervision | 8,4 |
| Supervision bringt keine faktische Verbesserung der Betreuungsqualität | 2,0 |

In der Untersuchung von KNAUS e.a. (2005) fanden sich 12,5 % der befragten SupervisandenInnen, die eher negative bzw. negative Erfahrungen mit Supervision angaben. Als Ursachen benannten 8 Personen (32 %) die mangelnde (Feld)kompetenz der SupervisorInnen, 5 Personen die soziale Inkompetenz, 5 Personen nannten teambezogene Ursachen. Als weitere Ursachen wurden genannt: Sanktionen (3), fehlende Wirkung (3) und nicht freiwillige Teilnahme (1).

Hinsichtlich der potentiellen Risiken für PatientenInnen äußerten sich in dieser Studie nur 13,75 %. Genannt werden hier fehlende Information und fehlende Einbeziehung der BewohnerInnen, Verletzungen der Schweigepflicht, Interessenkonflikte, fehlender PatientenInnenfokus, sowie die Legitimierung fachlicher Fehlentscheidungen durch die Autorität des/der SupervisorsIn. Zu den Risiken für SupervisandenInnen machten mehr als die Hälfte der Befragten Aussagen. Gennant werden nach KNAUS e.a. (2005, S. 25): Persönliche Verletzungen (mobbing by supervision), mangelnde Feldkompetenz, mangelnde soziale Kompetenz und die Tendenz von SupervisoreInnen zur Selbstbestätigung der eigenen Konzepte.

Auch BRÜHLMANN-JECKLIN (2005) untersuchte in ihrer Studie zur Supervision bei Pflegefachleuten negative Erfahrungen sowie potentielle Risiken und Nebenwirkungen aus der Sicht von SupervisandenInnen. Insgesamt gaben 40,2 % der Befragten an, negative Erfahrungen mit Supervision gemacht zu haben. Im Einzelnen wurden negative Erfahrungen in Bezug auf die eigene Person (14 Befragte), in Bezug auf das Team (18 Befragte), in Bezug auf PatientenInnen (1 Befragter), in Bezug auf Vorgesetzte (17 Befragte) sowie in Bezug auf mangelnde oder

schlechte Lösungen (18 Befragte) berichtet. Darüber hinaus wurden Vertrauensprobleme sowie Probleme mit dem/der SupervisorIn genannt. (BRÜHLMANN-JECKLIN 2005, S. 74 ff.)

Hinsichtlich der Einschätzung potentieller Risiken und Nebenwirkungen von Supervision unterscheidet BRÜHLMANN-JECKLIN nach denen für die Befragten, für PatientenInnen und für das Team. 75,9 % der Befragten äußerten sich zu Risiken und Nebenwirkungen für die Befragten selbst. Im Einzelnen werden genannt:

Tabelle 8: Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für Befragte (nach BRÜHLMANN-JECKLIN 2005, S. 82)

| Kategorie | Anzahl |
|--|--------|
| Angst vor Verletzung | 80 |
| Verunsicherung, Kontrollverlust | 40 |
| Angst vor Veränderung, Kündigung | 9 |
| Team genügt nicht | 12 |
| Team hält Verschwiegenheitspflicht nicht ein | 4 |
| Konfliktunfähigkeit | 20 |
| Fehler des Supervisors | 26 |
| Zeitverschwendung | 14 |
| Nicht-Umsetzen von Erkenntnissen | 9 |
| Nicht Kategorisierbar | 27 |
| Gesamt | 241 |

Teambezogene Risiken sahen insgesamt 68,7 % der Befragten. Im Einzelnen wurden genannt: Die Beeinflussung des Teams durch Spaltung, Uneinigkeit, Parteibildung, Vergrößerung von Konflikten und Kündigungen und Veränderungen (81), indirekte Auswirkungen durch schlechtes Klima, Unruhe und Kontrolle (34) sowie Risiken, die sich aus der Überbewertung des/der SupervisorsIn sowie durch „selbstschädigendes Verhalten“ des Teams ergeben (17).

PatientenInnenbezogene Risiken benannten 51,3 % der Befragten. Genannt wurden direkte Beeinträchtigungen durch Kategorisierung von PatientenInnen, Verletzung der Intimsphäre, Machtmissbrauch und Unruhe im Team (64) und indirekte Beeinträchtigungen durch PatientIn wird Zeit gestohlen, Verletzung der Schweigepflicht, abwertende Äußerungen, Veränderungen des Personals zuungunsten des PatientenInnen (39).

Wie die vier neueren hier referierten Untersuchungen zeigen, ist die Spannweite der Anteile von Personen, die von konkret negativen Erfahrungen mit Supervision berichten, recht groß, er schwankt zwischen 12,5 % (KNAUS e.a.2005) und 40,2 % (BRÜHLMANN-JECKLIN 2005). Wie die Untersuchung von GOTTFRIED e.a. zeigt, waren dabei 25 % der Aussagen als negative Erfahrung oder Schädigung einzustufen. Hinsichtlich der potentiellen Nebenwirkungen und Risiken von Supervision wird in allen Untersuchungen deutlich, dass diese eher für SupervisandInnen gesehen werden als für PatientInnen. Auffällig ist auch hier die große Spannweite: Der Anteil derjenigen, die von mitarbeiterInnen- und teambezogenen Risiken berichtete lag zwischen 48,5 % und 75,9 %, von patientInnenbezogenen Risiken sprachen je nach Studie zwischen 12,3 % und 51,3 %. Bei den supervisandInnen- und teambezogenen Risiken dominieren Aussagen zur mangelnden Effizienz und Veränderung sowie Besorgnis hinsichtlich Verletzungen und Verunsicherung und Spaltung des Teams durch Supervision. Patientenbezogene Äußerungen thematisieren die mangelnde Kontrolle von PatientInnen über das, was in der Supervision über sie gesprochen wird⁸, sowie die Wirkungslosigkeit von Supervision für PatientInnen.

⁸ Dass Nebenwirkungen von Supervision für PatientInnen alltäglich sein können, zeigt schon der Umgang mit der Schweigepflicht in der Supervision. Oft werden im Rahmen von Prozess- Supervision Daten von KlientInnen bzw. PatientInnen weitergegeben werden, ohne dass diese vorher um ihr Einverständnis gebeten werden. Damit wird das Gebot der beruflichen Schweigepflicht verletzt, denn – auch anonymisiert – dürfen keinerlei PatientInnen-

Die großen Spannbreiten der Ergebnisse ist sicherlich auch auf die unterschiedlichen Arbeitsfelder (Psychiatrie, Altenpflege und Krankenpflege) zurückzuführen. Ein Hinweis darauf könnten die ähnlichen Ergebnisse aus dem Altenpflegebereich sein (MÜLLER e.a. 2005, KNAUS e.a. 2005), die sich deutlich von denen aus dem Krankenpflegebereich unterscheiden (BRÜHLMANN-JECKLIN 2005). Da es sich bei den Fragen zu der Art der negativen Erfahrungen und zu der Art von Nebenwirkungen in allen Untersuchungen um offene Fragen handelte, sind die Ergebnisse zwar wahrscheinlich nicht repräsentativ. Trotzdem sind Art und Ausmaß der berichteten negativen Erfahrungen und befürchteten Risiken für ein Verfahren, das sich als qualitätssichernd versteht, sehr problematisch. Die Ergebnisse zu den berichteten Risiken und Nebenwirkungen sind daher vor allem als Grundlage weiterer Untersuchungen von Bedeutung, um ein genaueres quantitatives Bild über die Verbreitung negativer Erfahrungen und Befürchtungen zu Risiken und Nebenwirkungen von Supervision in verschiedenen Arbeitsbereichen zu erhalten.

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es sich bei den meisten Untersuchungen zu den Effekten von Supervision um Fragebogenuntersuchungen handelt, die die SupervisandenInnen nach den wahrgenommenen Wirkungen von Supervision befragen. Längsschnittuntersuchungen, die mit mehreren Messzeitpunkten arbeiten, sind die Ausnahme. Schon aus diesem Grund ist es problematisch, von Supervisionswirkungen zu sprechen, in der Regel geht es eher um wahrgenommene Effekte, die auf Supervision zurückgeführt werden.

Die Untersuchungen befassen sich mit sehr unterschiedlichen Anwendungsfeldern von Supervision (Sozialer Bereich, Krankenhaus, Psychotherapie, Altenpflege sowie Vergleichsuntersuchungen) und kommen zu relativ ähnlichen Ergebnissen.

Hinsichtlich der Effekte auf SupervisandenInnen werden vor allem wahrgenommene Effekte auf die eigene Person und die KollegenInnen berichtet, weniger auf die KlientenInnen oder die Institution. Einzel- und Gruppensupervision scheinen dabei eher mit wahrgenommenen Effekten auf die Person, Teamsupervision eher mit wahrgenommenen Effekten auf die KollegenInnen verbunden zu sein, d.h. die Zusammensetzung der jeweiligen Supervisionsgruppe scheint sich auf die Art der wahrgenommenen Effekte auszuwirken. Außerdem scheint ein Zusammenhang zwischen diesen Effekten und der wahrgenommenen Problemlöse-, Beratungs-, und Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn zu bestehen. Nicht festgestellt werden konnte dagegen ein direkter Bezug zwischen Supervision und Arbeitszufriedenheit.

Hinsichtlich der Effekte auf KlientenInnen gibt es kaum empirische Untersuchungen. Die Ergebnisse von SIPOS (2001) legen nahe, dass Supervision mit der Prozessqualität der Therapie in Zusammenhang steht, diese wiederum mit der Ergebnisqualität. Supervision hätte demnach indirekte Effekte.

Hinsichtlich unerwünschter Wirkungen und Risiken von Supervision gibt es eine Reihe ähnlicher Studien aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Genannt werden in diesem Zusammenhang Grenzüberschreitung, Kränkung, Entwertung, Eskalation oder Kündigung von MitarbeiterInnen als Supervisionsfolge. Der Anteil der SupervisandenInnen, die von solchen negativen Erfahrungen

nendaten ohne deren ausdrückliche Einwilligung weitergegeben werden. Dies betrifft im übrigen alle Ebenen der Supervision: Auch auf der Ebene der Supervision von SupervisorenInnen besteht Schweigepflicht in Bezug auf SupervisandenInnendaten und Daten von KlientenInnen/PatientenInnen von SupervisandenInnen.(vgl. hierzu PETZOLD/RODRIGUEZ-PETZOLD 1998, EICHERT/PETZOLD 2003a,)

berichten, schwankt je nach Studie sehr stark. Trotzdem sind die Ergebnisse sehr problematisch und sollten in weiteren Untersuchungen genauer analysiert werden.

3.1.4. Wirkfaktoren von Supervision im Supervisionsprozess

Ausgehend von dem Modell von HOLLOWAY (1998) kommen als mögliche Wirkfaktoren in der Supervision Aspekte

- des/der SupervisorsIn,
- der supervisorischen Beziehung,
- des Settings sowie
- Aspekte und Phänomene im Supervisionsprozess selbst in Frage.

Darüber hinaus spielen natürlich eine Reihe weiterer - mehr oder weniger planbarer - Randbedingungen eine Rolle in Hinblick auf den Supervisionserfolg (Feldvariablen, Organisationsvariablen etc.). Darauf werde ich an dieser Stelle aber nicht eingehen, da sie entweder schon in dem Überblick zu den Untersuchungen zu Supervisionseffekten enthalten sind oder es hierzu keine empirischen Ergebnisse gibt.

In der deutschsprachigen Supervisionsliteratur gibt es bislang kaum Untersuchungen, die im Rahmen experimenteller Designs Zusammenhänge zwischen Prozessvariablen und Ergebnisvariablen der Supervision thematisieren.

Im Folgenden beziehe ich mich daher zum einen auf Ergebnisse, die sich aus Evaluationsstudien ergeben haben. Zum anderen beziehe ich mich auf die Literaturstudie von PETZOLD e.a. (2003), in der auch Ergebnisse der amerikanischen Supervisionsforschung zusammengefasst wurden. Aus dem amerikanischen Raum wurden einige wichtige Überblicksartikel u.a. aus dem 1997 von WATKINS herausgegebenen „Handbook of Psychotherapie Supervision“ einbezogen. Außerdem wurden eine Reihe neuerer Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum berücksichtigt.

1. SupervisorIn

Es gibt verschiedene Untersuchungsergebnisse, die die Bedeutung verschiedener SupervisorInnenaspekte für den Erfolg von Supervision belegen.

ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. (1997) gehen in ihrem Überblicksartikel zu SupervisorInnenvariablen in der Psychotherapie-Supervision u.a. auf Ergebnisse zu situationsunabhängigen SupervisorInnenmerkmalen (Geschlecht, Ethnizität, Persönlichkeitsmerkmale) ein. In frühen Untersuchungen zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Supervisionsqualität und der eingeschätzten Kompetenz des/der SupervisorsIn. Unterschiede zwischen Männern und Frauen nehmen die AutorenInnen aber hinsichtlich der Art, Supervision anzubieten, an: Demnach neigen männliche Supervisoren dazu, Sitzungen stärker zu strukturieren als weibliche Supervisoren. Einer anderen Untersuchung zur Folge neigen weibliche Supervisoren eher zu ermutigenden Botschaften und Männer eher zu selbstwertsteigernden und kritischen Botschaften in der Supervision. In einer weiteren Untersuchung wurde gezeigt, dass Supervisorinnen als effektiver als Supervisoren eingeschätzt wurden.

Keine Unterschiede konnten die Autoren hinsichtlich der Ethnizität, verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen und Einstellungen und Werten von SupervisorenInnen aus den vorliegenden Untersuchungen feststellen.

Hinsichtlich der Professionalität und Erfahrung von SupervisorenInnen berichten ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. (1997) von uneinheitlichen Ergebnissen. Während eine ältere Studie (STONE 1980) bei erfahreneren SupervisorenInnen mehr planendes Verhalten feststellte, konnte eine spätere Studie (MARIKIS, RUSSELL, DELL 1985) diese Unterschiede nicht feststellen. In dieser Studie wurden erfahrene SupervisorenInnen von ihren SupervisandenInnen besser bewertet als weniger erfahrene SupervisorenInnen. Demgegenüber kommt eine andere Studie (WORTHINGTON 1986) zu dem Ergebnis, dass die Beurteilung der Effektivität durch die Supervisanden unabhängig ist von der Erfahrung des/der SupervisorsIn.

KÜHL & PASTÄNIGER-BEHNKEN (1998, 1999a, 1999b) fanden, dass die **Beurteilung der Gesamtleistung** des/der SupervisorsIn durch die SupervisandenInnen signifikant mit den Wirkungseinschätzungen bezüglich der „eigenen Person“, des „Kollegenkreises“ und der „Klientel“ korrelierte, weniger deutlich korrelierte sie mit den Einschätzungen des Supervisionserfolges bezüglich des Bereichs „Einrichtung und Leitung“. Die Interpretation dieses Befundes ist problematisch, da Korrelationen lediglich Auskünfte über den Zusammenhang von Variablen geben können, nicht aber über die Kausalitätsrichtung. Da beide Faktoren zum gleichen Zeitpunkt erhoben wurden, ergibt sich aus diesem Ergebnis zunächst nur die *Möglichkeit*, dass die Supervisorenleistung ein entscheidender Faktor für den Supervisionserfolg war. Genauso gut könnte der wahrgenommene Supervisionserfolg für die Supervisorenbewertung ausschlaggebend sein oder eine dritte Variable für die Bewertung von Supervisorenleistung und Supervisionserfolg ausschlaggebend sein.

Ebenfalls Hinweise auf die Bedeutung von SupervisorenInnenvariablen hinsichtlich des Supervisionserfolges ergaben sich in der SEI-Fragebogenstudie von MÖHRKE (2000). Die Autorin hat festgestellt, dass der Erfolg der Supervision in den Bereichen „eigene Person“, „KlientenInnen“ sowie „KollegenInnen“ in Zusammenhang mit der Einschätzung der **Problemlöse-, Beratungs- und Beziehungskompetenz** des/der SupervisorsIn stand. In einer schrittweisen Regressionsanalyse wurden signifikante β -Werte zwischen 0,28 und 0,45 erreicht. Weitere Faktoren, die sich in der Analyse zeigten, waren Zielerreichungsschwerpunkte vor der Supervision sowie die Position im Unternehmen (Leistungsfunktion).

SAUER & SCHIERL (2002) ermittelten ebenfalls mit einer schrittweisen Regressionsanalyse als wichtigen Faktor für den Supervisionserfolg die **wahrgenommene Kompetenz des Supervisors**. Hinsichtlich der eigenen Person ergab sich bei der Variable Beziehungskompetenz ein β -Koeffizient von 0,21. Hinsichtlich der KlientenInnen war die Beratungskompetenz des Supervisors am bedeutsamsten (die Autoren geben hier keine Werte mehr an). Den größten Einfluss auf den kollegenbezogenen Supervisionserfolg hatte in der Regressionsanalyse die Problemlösekompetenz des Supervisors. Hinsichtlich institutionsbezogenen Erfolgs spielte in dieser Studie die Kompetenz des Supervisors keine Rolle.

Aus der Psychotherapieforschung kommen Untersuchungen zum **Supervisionsstil**. Ältere Untersuchungen zum wahrgenommenen Supervisionsstil (durch Supervisanden) kommen nach ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. (1997) zu dem Ergebnis, dass SupervisandenInnen SupervisorenInnen höher bewerten, die direkte Supervision (Live oder Video) durchführen.

„Supervisors who were practicing therapists and modeled therapeutic skill and theoretical knowledge were highly valued, as were those who were flexible, self-disclosing, permissive and congenial.“ (ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. 1997, S. 514)

Im Laufe der Zeit ändere sich der bevorzugte Therapiestil, Anfänger bevorzugen eher stärkere Struktur und aktivere SupervisorInnen als fortgeschrittene SupervisandenInnen. Nach WORTHINGTON (1987) tritt ein verstärktes Bedürfnis nach Unterstützung und Ermutigung vor allem an „Wendepunkten“ (erstes Praktikum etc.) der Ausbildung auf.

Nach TEITELBAUM (1998) sind die SupervisorInnenpersönlichkeit und der Supervisionsansatz (patientenInnen-, therapeutenInnen-, supervisionsbeziehungsorientiert) sowie das Ausmaß, in dem eine besonderes theoretisches Modell die supervisorischen Techniken prägt, für den Supervisionsstil entscheidend. Der Stil zeige sich an Interventionen und Interventionsformen (z.B. am Grad der Konfrontation). Nach TEITELBAUM ist der/die SupervisorIn Modell in verschiedenerlei Hinsicht:

„In other words the supervisor serves as a model for the developing analyst of how to think analytically (from a theoretical framework), how to work analytically (technical considerations) and how to convey an analytical attitude (developing curiosity and understanding).“ (TEITELBAUM 1998, S. 118)

Zur Erfassung des Supervisionsstils werden in der US-amerikanischen Forschung häufig die Fragebögen „Supervisory Styles Inventory“ (SSI) (FRIEDLANDER & WARD 1984) und „Supervisory Styles Index (LONG 1996) verwendet. Während der SSI den Supervisionsstil entlang der Dimensionen „attractive“, „interpersonally sensitive“, „task-oriented“ bestimmt, werden über den Supervisory Styles Index die Dimensionen „level of affiliation“, „level of directiveness“ und „level of self-disclosure“ erhoben. Bei letzterem kann zusätzlich das Verhalten gegenüber männlichen und weiblichen Supervisanden separat erhoben werden.

Beide Instrumente setzten REEVES, CULBRETH & GREENE (1997) bei der Untersuchung an SupervisorInnen im Bereich der Drogentherapie ein. Die Autoren stellten fest, dass die SupervisorInnen sich generell eher als „attraktive“ und „interpersonally sensitive“ einschätzten als „task oriented“. Jüngere und graduierte SupervisorInnen schätzten ihr supervisorisches Verhalten eher als „gleichberechtigt“ ein als ältere SupervisorInnen und nicht-graduierte SupervisorInnen:

„Both younger supervisors and supervisors with more educational training appeared to be more flexible in their styles of supervision.“ (REEVES e.a. 1997, S. 82)

Diese Unterschiede erklären die Autoren mit einer größeren theoretischen Offenheit ausgebildeter SupervisorInnen, geringerer „Festlegung“ jüngerer SupervisorInnen und größerer Unsicherheit jüngerer SupervisorInnen gegenüber erfahreneren SupervisandenInnen gerade im Feld der Drogenarbeit.

Während REEVES e.a. (1997) Geschlechtsunterschiede im Supervisionsstil nur als Interaktionseffekt mit dem Alter feststellen konnten (jüngere Frauen waren eher aufgabenorientiert als gleichaltrige Männer, ältere Männer waren eher aufgabenorientiert als ältere Frauen) feststellen konnten, zitieren PETZOLD e.a. (2003, S. 118 f.) SELLS e.a. (1997) mit dem Ergebnis, dass Frauen mit Männern stärker beziehungsorientiert arbeiten als Männer mit männlichen Supervisanden. Außerdem nutzen Supervisorinnen laut McHALE & CARR (1998) eher einen direktiven Stil, während Supervisoren eher „strukturierende Bemerkungen machten“.

Hinsichtlich der Effektivität von SupervisorInnen zeigte sich in einer Befragung von AusbildungskandidatenInnen, dass SupervisorInnen, die sich auf die emotionalen und Lernbedürfnisse der SupervisandenInnen einstellen, als effektiver beurteilt wurden.

Nach PETZOLD e.a. (2003) sind die Aussagen zum Supervisionsstil wenig substanzreich und kaum generalisierbar. Untersuchungen zu Supervisionsstilen halten die Autoren nur im Rahmen umfassenderer Untersuchungen für sinnvoll, da Supervisionsstile mit anderen Elementen des Supervisionsprozesses in Zusammenhang stehen dürften.

Verschiedene AutorenInnen haben sich vor dem Hintergrund des sog. „Expertenansatzes“ mit der Bedeutung von SupervisorenInnenvariablen für den Supervisionserfolg beschäftigt. Dabei wird versucht, aus der Analyse des Verhaltens von als exzellent bezeichneten SupervisorenInnen Rückschlüsse auf Bedingungsfaktoren für erfolgreiche Supervision zu ziehen. Im Zentrum dieses Ansatzes stehen nicht notwendigerweise nur um SupervisorenInnenvariablen, auch Settingsvariablen können mit diesem Ansatz untersucht werden. Die SupervisorenInnenzentrierung ergibt sich aber aus dem Vergleich von exzellenten und nicht exzellenten SupervisorenInnen.

In einer frühen Überblicksstudie werteten CARIFIO & HESS (1988) 16 amerikanischen Supervisions-Studien in Hinblick auf Merkmale idealer SupervisorenInnen aus. Dabei standen die Fragen im Mittelpunkt:

1. Wer ist ein/e ideale/r SupervisorIn?
2. Was tut ein/e ideale/r SupervisorIn?
3. Wie arbeitet ein/e ideale/r SupervisorIn?

Hinsichtlich der ersten Frage stellen die Autoren fest, dass sich ideale SupervisorenInnen durch ein hohes Maß an Empathie, Verständnis, Respekt, Echtheit, Konkretheit und Transparenz im Umgang mit den SupervisandenInnen auszeichnen, die sie je nach Situation variierend einzusetzen in der Lage sind.

Methodisch schafft der/die ideale SupervisorIn zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zu den SupervisandenInnen. In der Anfangsphase stehe zunächst der Informationsaustausch über die KlientenInnen sowie über Diagnose und Behandlungsfragen im Vordergrund. Die dyadische Beziehung sollte durch „Offenheit, Vertrauen, wechselseitiges Verstehen, beiderseitige Kommunikation und Zusammenarbeit“ geprägt sein. SupervisorIn und SupervisandIn sollen sich klare und messbare Ziele setzen. Der/die SupervisorIn verwendet ein breites Spektrum von Methoden und Techniken. Darüber hinaus vermeidet er psychotherapeutische Interventionen in der Supervision.

Das Verhalten wurde vor allem hinsichtlich des Feedbacks und des persönlichen Stils bzw. seiner Haltung untersucht. Er sollte „unterstützend, nicht kritisch, vertrauensvoll, enthusiastisch und offen auf Anfragen und Ideen des AusbildungskandidatenInnen reagierend sein“. Sein/ihr Vorgehen sollte didaktisch gut aufbereitet, einsichtsvoll und gefühlsorientiert sein.

SHANFIELD, MATTHEWS & HETHERLY (1993) untersuchten Strategien von SupervisorenInnen, die zuvor als exzellente LehrerInnen eingeschätzt worden waren. In einer Vorstudie wurden 34 SupervisorenInnen anhand von Videoaufnahmen hinsichtlich ihrer „pädagogischen Exzellenz“ eingeschätzt. Verglichen wurden in der Hauptuntersuchung schließlich neun als besonders hoch und jeweils drei als mittel- und niedrig eingeschätzte Supervisions-sitzungen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass „exzellente“ SupervisorenInnen die Themen durch die SupervisandenInnen entwickeln ließen und nicht von der jeweiligen Themenvorgabe abwichen. Sie fokussierten auf die Themen und Schwierigkeiten der SupervisandenInnen und bezogen sich in ihren inhaltlichen Kommentaren auf diese. Die meisten Kommentare bezogen sich bei ihnen darauf, das Verständnis für die PatientenInnen zu verbessern und unmittelbar auf das in der Sitzung präsentierte Material. Die SupervisandenInnen wurden ermuntert, über das Material zu

spekulieren. Fachbegriffe wurden sparsam verwendet. Diskussionen über die Beziehungen zwischen SupervisandenInnen und KlientenInnen sowie zwischen SupervisandenInnen und SupervisorenInnen waren im Kontext des Anliegens des/der SupervisandenInnen. SupervisorenInnen mit mittlerer „Exzellenz“ verfolgten dagegen weniger diszipliniert die Anliegen der Supervisanden und behinderten die SupervisandenInnen bei der Entwicklung ihres Themas. Gering eingestufte SupervisorenInnen waren schließlich wenig oder überhaupt nicht aufmerksam gegenüber ihren SupervisandenInnen. Zusammenfassend schließen die Autoren:

„The ability to track residents’ concerns ist at the center of supervisory activities rated as excellent. The resident provides data about what occurred, and new knowledge is constructed in the supervisory interaction. These findings provide an empirical basis for orienting supervisors to supervision.” (SHANFIELD, MATTHEWS & HETHERLY 1993, S. 1081)

Ausführlich hat sich in jüngerer Zeit auch MÖLLER (2001) mit SupervisorenInnenmerkmalen in ihrer Untersuchung zu den Merkmalen exzellenter Supervision beschäftigt. Ebenfalls vor dem Hintergrund eines Expertenansatzes untersuchte sie Supervisionssitzungen von SupervisorenInnen unterschiedlicher theoretischer Herkunft (Integrative Supervision, psychoanalytische Supervision), die als exzellente Vertreter ihres Faches gelten. Später befragte sie sie in Selbstkonfrontationsinterviews zu ihren Interventionen. Als Merkmale exzellenter Supervision (im stationären Setting) arbeitete sie 18 teils supervisorenbezogene und teils settingsbezogene Aspekte guter Supervision heraus.

Aufgabenorientierung der SupervisorenInnen: Alle von der Autorin untersuchten SupervisorenInnen waren in erster Linie aufgabenorientiert entsprechend der zu Supervisionsbeginn durchgeführten Diagnostik.

SupervisorIn als SozialwissenschaftlerIn: Die untersuchten SupervisorenInnen waren theoretisch breit gefächert und nicht einer einzigen theoretischen Richtung verhaftet. Darüber hinaus bezogen sie in der Supervision Stellung und machten ihren Werthintergrund sichtbar:

„Bei den Experten der Supervision lassen sich Standpunkte ausmachen, es findet sich keinerlei Beliebigkeit eines radikalen Konstruktivismus.“ (MÖLLER 2001 S. 292)

Feldkompetenz der SupervisorenInnen: Die von MÖLLER untersuchten SupervisorenInnen verfügten über teilweise hohe Feldkompetenz „1. Ordnung“ bzw. über langjährige Supervisionserfahrung im jeweiligen Arbeitsfeld. MÖLLER fordert für kompetente Supervision eine Doppelprofession:

„Um die beiden Ziele supervisorischer Prozesse zu erreichen, nämlich die stationäre psychotherapeutische Dienstleistung fachlich „gut genug“ zu erbringen und zugleich eine Arbeitszufriedenheit für die Mitarbeiter der Institution zu erreichen braucht es sowohl eine qualifizierte psychotherapeutische Ausbildung, die einen souveränen Umgang mit Einzelnen und Gruppen gewährleistet, als auch gute Kenntnisse über Kliniken als Institutionen mitsamt ihrer Systemumwelt.“ (MÖLLER a.a.O., S. 293)

Triangulierungskompetenz der SupervisorenInnen: Als das wichtigste Gütekriterium gelungener Supervision sieht MÖLLER die ausgewogene Balancierung institutioneller Dreiecke. MÖLLER bezieht sich in diesem Punkt auf PÜHL 2001). Gemeint sind damit insbesondere die drei Spannungsfelder:

1. Team – Leitung – Supervision (Arbeitsaufgabe KlientIn)
2. Fachberatung - Selbstreflexion - KlientenInnenarbeit (MitarbeiterIn)
3. Supervision – Organisationsentwicklung – Institution (Arbeitsaufgabe)

Die erfolgreiche Balancierung dieser Dreiecke gelingt nach Ansicht der Autorin dann, wenn der Supervisor über eine entsprechende Kompetenz verfügt:

„Die gelungene Triangulierung hat zur Voraussetzung, dass der Supervisor seine „Triadische Grundangst“ (Pühl 1998), die Angst ausgeschlossen zu werden, angemessen bewältigt.“ (MÖLLER a.a.O., S. 297)

Eine unangemessene Bewältigung führe zu nicht gelungener Triangulation: Der/die SupervisorIn versuche dann, durch Bündnisbildung mit dem „Mächtigen“ oder durch einen Pakt mit den SupervisorInnen unbewusste eigene Wünsche nach Macht oder Anerkennung zu befriedigen. (MÖLLER a.a.O., S. 297)

Ein weiteres Kriterium aus der Analyse der Sitzungen, das an die Triangulierungskompetenz unmittelbar anschließt, ist das der Abstinenz in der Supervision, die MÖLLER unter Bezugnahme auf FENGLER (1998) und FÜRSTENAU (1998) treffender mit den Begriffen „Allparteilichkeit“ oder „allseitiger Parteilichkeit“ bezeichnet sieht.

Die Bearbeitung von Übertragungsprozessen wird in der Supervision nach MÖLLER niemals angestrebt, sondern ist eher Nebenprodukt supervisorischer Arbeit. Als solche fördere sie persönliches bzw. professionelles Wachstum. Die untersuchten Supervisoren beugten der Regressionsbereitschaft durch Strukturierung vor und hielten die Übertragungsbereitschaft gering, sie verhielten sich nicht psychoanalytisch abstinent, sondern bezogen Position und waren als Person erkennbar.

Widerstand in der Supervision kann verschiedene Funktionen haben: Er kann als Schutz vor Bloßstellungsängsten bzw. Kränkungsgefahren mobilisiert werden, er kann der Beziehungsabwehr dienen, der Impulsabwehr, er kann der Abwehr von strukturellen Veränderungen dienen, aber auch als „technischer Widerstand“ auf überfordernde Interventionen hinweisen. Die untersuchten Supervisoren arbeiteten hinsichtlich des Widerstands in der Supervision in erster Linie mit spannungsmindernden Interventionen.

Gemeinsam ist den untersuchten SupervisorInnen die Ressourcenorientierung in der Supervision, d.h. die Orientierung an den „gesunden Ich-Anteilen“ i.S. einer salugenetischen Perspektive (s.a. ANTONOVSKY 1979). Damit eng verbunden ist die Rolle des Supervisors als Team- und Personalentwickler, deren Übernahme die Autorin bei den untersuchten Supervisoren sieht. Darüber hinaus waren alle SupervisorenInnen in unterschiedlichem Umfang auch als Organisationsberater tätig.

Hinsichtlich des Settings stellt die Autorin als wichtige Merkmale für gute Supervision einerseits heraus, dass jeweils das gesamte Team verpflichtend an der Supervision teilnehmen musste (Supervision als Dienstverpflichtung). Bei den integrativ arbeitenden SupervisorInnen war die zeitliche Dauer der Supervisionsprozesse begrenzt (bis zu 3 Jahren), während bei dem analytisch ausgerichteten Supervisor die Supervision nicht grundsätzlich begrenzt war. Hinsichtlich des supervisorischen Fokus zeigte sich schließlich, dass keiner der untersuchten SupervisorInnen ausschließlich Fall- oder Teamsupervision durchführte. Teils war der regelmäßige Fokuswechsel sogar Bestandteil des Kontraktes vor Supervisionsbeginn.

Als wichtige Funktionen der untersuchten SupervisorInnen in der Supervision hebt MÖLLER die des Lehrers für neuere Entwicklungen und Forschungsergebnisse in den Bereichen Therapie, Sozialpsychologie und Arbeits- und Organisationspsychologie, die Funktion als Forscher in Hinblick auf die Weiterentwicklung der Supervision und die eines Rollenspielers hervor. Darüber hinaus zeichneten sich die untersuchten Supervisoren durch eine metaphernreiche Sprache aus:

„Damit bündeln sie die einzelnen Beiträge der Supervisanden und verhelfen zu neuem Sinnverstehen. Metaphern lassen sich verstehen als „Geistige Figuration, von der aus und durch die jeweils Welt gedeutet, verstanden und erkannt wird“ (Wedewer 1985, S. 53). Sie dienen der Eröffnung eines neuen Wahrnehmungsraums.“ (MÖLLER a.a.O., S. 314)

Zusammenfassend definiert MÖLLER die Arbeit von SupervisorenInnen als eine zwischen Kunst und Wissenschaft angesiedelte „systematische Heuristik“ auf der Basis der Verbindung von Alltagserfahrung, klinisch-professioneller Erfahrung sowie theoretischem Wissen:

„Supervision kann als hermeneutische Suchbewegung (vgl. hierzu Petzold 1988) in unbekanntem und wenig erfassenen Bereichen beschrieben werden. Aufgrund breiter Kenntnisse verschiedener Theorien können synoptisch, d.h. in Zusammenschau vieler Ergebnisse, handlungsleitende Konzepte entwickelt werden. Phänomenologie und Heuristik erweisen sich hier als besonders geeignete methodische Grundlagen.“ (MÖLLER a.a.O., S. 319)

Abschließend sei noch auf eine qualitative Untersuchung von MÜLLER & SCHRAMM (1998) hingewiesen, die die subjektiven Theorien von SupervisorenInnen systemischer und integrativer SupervisorenInnen zur Wirkung von Supervision untersuchten. Integrative SupervisorenInnen gehen nach den Ergebnissen der Studie davon aus, dass das Setting (Supervision als Freiraum, versorgender Aspekt, elterliche Rolle), die entwicklungsorientierte Grundhaltung des/der SupervisorsIn, die Art und Weise der gemeinsamen Themenbearbeitung mit unterschiedlichen Rollen des/der SupervisorsIn im Prozess, die Anreicherung der Themenbearbeitung durch emotionale Erfahrungen, die Orientierung am aktuellen Entwicklungsstand, der Erlebnistransfer, Einsicht und fachliche und soziale Kompetenz des/der SupervisorsIn für die Wirkung von Supervision i.S. der Erweiterung der beruflichen Handlungs- und Erklärungsmuster entscheidend sind.

Die befragten systemischen SupervisorenInnen halten die Vermittlung der systemischen Sichtweise als Lebenseinstellung, die Haltung des/der SupervisorsIn als neugierig Fragender, den „Konstruktiv-Ismus“ i.S. einer ressourcenorientierten und wertschätzenden Arbeitsweise, die Veröffentlichung verdeckter Konstrukte, der/die SupervisorIn als Modell, die Anteilnahme der Gruppe, die ganzheitliche Themenbearbeitung (z.B. Ergänzung des rationalen Dialogs durch erlebnisaktivierende Methoden) sowie das Setting i.S. der Schaffung eines Experimentierfeldes für relevante Wirkfaktoren der Supervision, wobei Wirkung hier als Auflösung eines künstlichen Stillstandes und Herstellung eines dynamisch-natürlichen Zustands des „Fließens“.

Auffällig ist beim Vergleich beider Ansätze der fast messianische Anspruch der systemischen SupervisorenInnen, der gleichzeitig recht unkonkret bleibt und möglicherweise an den Bedürfnissen der jeweiligen SupervisandenInnen vorbeigeht: Es geht ihnen – nach den Ergebnissen dieser Untersuchung – weniger um die Bearbeitung bestimmter Themen auf der Grundlage eines Kontraktes als vielmehr um die Vermittlung einer „richtigen“ Sichtweise und Lebenseinstellung.

2. Die Beziehung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn / Arbeitsallianz

Untersuchungen zu diesem Themenbereich kommen hauptsächlich aus der Erforschung der Psychotherapieausbildungssupervision im angloamerikanischen und kanadischen Raum. Nach HOLLOWAY (1998) sind für die Arbeitsbeziehung die Elemente interpersonale Beziehungsstruktur, Entwicklung der Beziehung und der Supervisionsvertrag selbst von Bedeutung.

ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. (1997) zeigen in ihrem Überblicksartikel zu SupervisorenInnenvariablen, dass sich – wie auch in der Psychotherapieforschung – die frühe Literatur zur supervisorischen Beziehung vor allem mit der Frage nach den fördernden Bedingungen befasste. Dabei spielten zunächst die oben bereits erwähnten SupervisorenInnenvariablen wie Echtheit,

Empathie, Aufmerksamkeit etc. eine Rolle. Später wurde auch die SupervisandenInnenperspektive berücksichtigt:

„As in psychotherapy (Beutler et.al. 1994), the supervisory relationship has come to incorporate not only what the supervisor offers in the way of facilitative conditions but also the perceptions of the supervisee. The working alliance (Bordin, 1979) has come to embody the facilitative conditions as understood in the context of psychodynamic therapeutic relationship.“ (ALLSTETTER-NEUFELDT e.a. 1997, S. 512)

Aus der Social Influence Theory kommt ein weiterer Forschungsansatz zur supervisorischen Beziehung. Eine wichtige Rolle spielen demnach die SupervisandenInneneinschätzungen der SupervisorenInnen hinsichtlich der Faktoren „attractiveness“ (Attraktivität), „trustworthiness“ (Vertrauenswürdigkeit) und „expertness“ (Sachverständnis). Zwischen den drei Faktoren und der Einschätzung der supervisorischen Beziehung sowie der Supervisionszufriedenheit scheint eine positive Korrelation zu bestehen. Außerdem werden SupervisorenInnen eher als attraktiv, vertrauenswürdig und kompetent eingeschätzt, wenn sie sich wertend in der Supervision verhalten, als wenn sie sich unterstützend verhalten (HEPPNER, HANDLEY 1981, 1982). Die Bedeutung der drei Faktoren für die Einschätzung der Supervisionsqualität durch die SupervisandenInnen wurde in verschiedenen Studien bestätigt. Sowohl hinsichtlich des erwarteten Einflusses auf die persönliche Entwicklung (FRIEDLANDER, SNYDER 1983) als auch hinsichtlich der Performance von SupervisandenInnen (CAREY, WILLIAM, WELLS 1988) scheint dabei aber der Faktor Vertrauenswürdigkeit am wichtigsten zu sein.

Im Laufe der Zeit wurden auch verschiedene Instrumente zur Erfassung der Arbeitsallianz selbst entwickelt. Das relativ neueste Instrument ist das „Supervision Working Alliance Inventory“ (SWAI) von EFSTATION, PATTON, KARDASH. (1990), mit dem sowohl SupervisorenInnen- als auch SupervisandenInnenfaktoren erfasst werden können.

ELLIS & LADANY (1997) weisen darauf hin, dass je nach Definition die Arbeitsallianz unterschiedliche Bedeutung hat:

„In terms of inferences based on empirical findings, the two studies seem to indicate that, at best, the supervisory alliance, as defined by client focus, rapport and identification, may be related to supervisor style and supervisee self efficacy for advanced practicum and intern supervisees (Efstation et al. 1990) and the supervisory alliance, defined by goals, tasks and bond, may be related to supervisee role conflict and ambiguity for beginning practicum to intern-level supervisees (Ladany & Friedlander, 1995).“ (ELLIS & LADANY 1997, S. 464)

Neben fördernden Bedingungen, sozialen Einflussfaktoren und der Arbeitsallianz sind weitere untersuchte Faktoren der supervisorischen Beziehung die „Rollenerwartungen“ sowie die „Struktur der supervisorischen Beziehung“.

In ihrer zusammenfassenden Bewertung zu dem Forschungsbereich „supervisorische Beziehung“ kommen die Autoren zu dem Schluss, dass einerseits Konsens im Feld der „clinical supervision“ besteht, dass die supervisorische Beziehung ein wichtiger Aspekt des Supervisionsprozesses und des Supervisionsergebnisses sei, wofür auch die Ergebnisse des reviews sprechen. Allerdings sei nach wie vor unklar, aus welchen Elementen sich die supervisorische Beziehung zusammensetzt. Die Autoren vermuten, dass dabei auch die unkritische Übernahme von Erkenntnissen aus dem Bereich der Beratungsbeziehung eine Rolle spielt:

„We propose that the lack of clarity regarding the supervisory relationship may be attributed to the application to the supervision context of knowledge about counseling relationships without taking into account the dissimilarities inherent in the supervisory relationship (e.g., supervision is typically evaluative and involuntary; Bernard & Good-year, 1922).“ (ELLIS & LADANY 1997, S. 466)

Bei ihrer inhaltlichen Darstellung des Themengebietes „Arbeitsallianz“ verweisen PETZOLD e.a. (2003) auf weitere Untersuchungen und Ansätze: Die interpersonelle Anziehungskraft wurde von DODENHOFF (1981) untersucht. HOLLOWAY (1989) beschäftigte sich mit Macht und Involvierung. Weiter wurden in diesem Zusammenhang der Arbeitsstil des/der SupervisorsIn und die Bedeutung von Empathie (TEITELBAUM 1998, s.o.), die Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn (BEER 1997) sowie Abstinenz (BAURIEDL 1998) untersucht.

In einer neueren ausführlichen Studie zum Zusammenhang von Arbeitsallianz und Komplementarität bzw. Supervisionsaspekten verglichen CHEN & BERNSTEIN (2000) Supervisionsdyaden mit starker Arbeitsallianz mit Supervisionsdyaden mit schwacher Arbeitsallianz. Dabei ging eine Vielzahl von Variablen (Arbeitsallianz, Supervisionsstil, Sitzungsbewertung, Supervisionskernthemen sowie Komplementarität zwischen SupervisorIn und SupervisandIn) in die Analyse ein.

Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Reihenfolge der Bearbeitung von Themen und Aspekten in der Supervision von dem Stand der professionellen Entwicklung des/der SupervisandenIn abhängig sein sollte:

„A plausible explanation is that insufficient attention to the issues of supervisory relationship, coupled with overemphasis on the exploration of personal issues in the early stage of Supervision, at best, delays the building of a positive working alliance, at worst, damages the already weak collaborative relationship between the supervisor and supervisee.” (CHEN, BERNSTEIN 2000, S. 493)

Das Ausmaß komplementärer Interaktionen war bei Dyaden mit starker Arbeitsallianz größer als bei Dyaden mit schwacher Arbeitsallianz. Außerdem zeigte sich eine Beziehung zwischen Komplementarität und Supervisionszufriedenheit. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Stärke der Arbeitsallianz zwischen SupervisorIn und SupervisandIn davon abhängig ist, inwieweit der/die SupervisorIn in der Lage ist, auf jeweils aktuelle Bedürfnisse des SupervisandenInnen einzugehen und ihn nicht zu überfordern. Insofern korrespondieren die Ergebnisse mit den oben dargestellten Ergebnissen von CARIFIO & HESS (1988) und SHANFIELD e.a. (1993), die ebenfalls die Berücksichtigung der aktuellen SupervisandenInnenbedürfnisse für wichtig halten, und vor Überforderungssituationen durch zu frühes Aufgreifen von persönlichen SupervisandenInnenaspekten warnen.

In neuerer Zeit untersuchte EDELHAIMB-HRUBEC (2005) in einer Fragebogenuntersuchung an SupervisorenInnen und SupervisandenInnen Aspekte der supervisorischen Beziehung vor dem Hintergrund des integrativen Beziehungskonzeptes von PETZOLD. Der Untersuchung lag die Annahme zugrunde, dass der Supervisionsprozess den Stufen Kontakt – Begegnung - Beziehung – Bindung folgt, wobei Bindung als Relationalitätsmodus im supervisorischen Beziehungsgeschehen kein Thema sei (EDELHAIMB-HRUBEC 2005, S. 28). Insgesamt konnten 82 Fragebögen von SupervisorenInnen (Rücklaufquote 50,62 %) und 67 Fragebögen von SupervisandenInnen (Rücklaufquote 30,04 %) ausgewertet werden.⁹ Die Befragten sollten die Wichtigkeit verschiedener Phasen einschätzen. Darüber hinaus sollten sie die Bedeutung verschiedener Aspekte in diesen Phasen einschätzen.

Hinsichtlich der Einschätzung der Bedeutung der einzelnen Phasen zeigte sich, dass für SupervisorenInnen dem ersten Kontakt und der Abschlussphase mehr Bedeutung beimessen, als den kontinuierlichen Sitzungen. Bei SupervisandenInnen verhalte es sich eher umgekehrt. SupervisorenInnen messen dem Arbeitsbündnis und der Beziehungsgestaltung SupervisorenInnen mehr Bedeutung zu als SupervisandenInnen.

⁹ mit 18 bzw. 20 Seiten waren die Fragebögen extrem lang, was sich möglicherweise auf die Rücklaufquote ausgewirkt haben dürfte.

Im supervisorischen Erstkontakt spielten in beiden Gruppen Alter, Stimme, Sprache, Auftreten, Händedruck, Problem oder Anliegen eine ähnlich große Rolle. Name, Geschlecht, Beruf, finanzielle Situation sowie Fremd- oder Eigenmotivation seien für SupervisorenInnen wichtiger als für SupervisandenInnen. In den ersten Probesitzungen, die die Autorin als Begegnungsbereich kennzeichnet, bewerten SupervisorenInnen vor allem den Blickkontakt, Mimik, Gestik und Stimme höher als SupervisandenInnen. Alle anderen Aspekte werden in beiden Gruppen ähnlich bewertet. In der weiteren supervisorischen Beziehungszeit wird von beiden Gruppen wechselseitige Verlässlichkeit, atmosphärisches Wohlbefinden, Emotionalität und Vertrauen sowie Kontrolle gleich hoch eingeschätzt. Weniger wichtig als SupervisandenInnen schätzen SupervisorenInnen dagegen die Bereiche Introspektionsfähigkeit, Konflikt- und Konsensfähigkeit ein. In der Abschlussphase schätzen beide Gruppen alle befragten Bereiche (Reflexion der Arbeit, Zielerreichung, Verabschiedung, Befindlichkeit SupervisandIn/SupervisorIn/PatientIn, Möglichkeit weiterer Kontaktaufnahme) ähnlich wichtig ein.

Problematisch an der Untersuchung ist, dass sie nicht theorie- und hypothesengeleitet angelegt ist. Die Auswahl der Bewertungsaspekte scheint mehr oder weniger willkürlich zu sein und die statistische Aufbereitung der Ergebnisse geht nicht über rein deskriptive Beschreibungen hinaus. Die Untersuchung bringt so eine Fülle von wenig integrierten Einzelergebnissen. Trotz dieser gewichtigen Einschränkungen handelt es sich um die erste Untersuchung im deutschsprachigen Raum, die sich dem Themenbereich der supervisorischen Beziehung auf SupervisorenInnen- und SupervisandenInnenebene widmet. Die Ergebnisse haben m.E. durchaus einen heuristischen Wert, der zu weiteren Untersuchungen zu dem Themenbereich anregen kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die supervisorische Beziehung ein wichtiges Element des Supervisionsprozesses darstellt, das in Zusammenhang mit Prozess- und Ergebnisfaktoren der Supervision steht. Für die supervisorische Beziehung scheint insbesondere ein/e als vertrauenswürdig eingeschätzter SupervisorIn, eine starke Arbeitsallianz sowie in diesem Zusammenhang ein/e Supervisor, der/die in der Lage ist, auf die aktuellen Bedürfnisse der SupervisandenInnen einzugehen, wichtig zu sein. Außerdem scheint sich die Bewertung von Beziehungsaspekten in einzelnen Supervisionsphasen zwischen SupervisorIn und SupervisandenInnen größtenteils ähnlich zu sein. Bei der Bewertung der Forschungsergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass sie sich größtenteils auf den amerikanischen Raum beziehen, in dem Supervision vor allem als Ausbildungssupervision stattfindet, und immer mehr oder weniger unfreiwillig ist und mit Bewertung verbunden ist. Eine Übertragung auf den deutschsprachigen Bereich ist daher nur eingeschränkt möglich.

3. Settingsfaktoren

Hinweise auf den Einfluss des Supervisionssettings auf die wahrgenommene Wirkung von Supervision ergeben sich aus verschiedenen Evaluationsstudien.

BEER (1998) konnte zeigen, dass bei Einzelsupervision sowohl Erwartungen als auch Effekte eher in Bezug auf die eigene Person berichtet wurden. Bei Teamsupervision zeigten sich positive Effekte eher in Bezug auf die KollegenInnen. Institutionsbezogene Effekte konnten lediglich bei Teamsupervision mit Leitung gezeigt werden.

Diese Unterschiede werden zumindest teilweise durch Ergebnisse von FISCHER (2001) erklärt, der feststellt, dass sich Unterschiede bei der thematischen Ausrichtung je nach Supervisionsform

zeigten. Während Einzel- und Gruppensupervisionsformen eher auf Professionalisierung ausgerichtet waren, standen in Teamsupervisionen eher Teamprobleme und die Entwicklung des Teams im Vordergrund.

Auch WITTICH (2004) kommt zu Ergebnissen, die auf die Bedeutung des Supervisionssettings hinweisen. Sie konnte feststellen, dass die Gruppenzusammensetzung der Supervisionsgruppen einen Einfluss auf die Einschätzung des Supervisionsnutzens durch die SupervisandenInnen hatte: Der spezifische Nutzen wurde höher eingeschätzt, wenn möglichst alle an einem Thema beteiligten in der entsprechenden Supervisionsgruppe vertreten waren. Auch MÖLLER (2001) weist, wie oben bereits dargestellt, auf die Wichtigkeit der Zusammensetzung der Supervisionsgruppe hin, indem sie feststellt, dass alle von ihr untersuchten SupervisorenInnen darauf bestanden, dass alle Teammitglieder an der jeweiligen Supervision teilnehmen.

Hinsichtlich des Arbeitsfeldes stellt FISCHER (2001) fest, dass zwischen verschiedenen Arbeitsfeldern hinsichtlich des Fokus der Supervision differenziert werden muss. Während er in seinen Interviews im Sozialbereich in erster Linie auf Professionalisierung ausgerichtete Fallsupervisionen vorfand, überwog im Gesundheitsbereich eher Teamsupervision. Demgegenüber verweist MÖLLER (2001) darauf, dass die von ihr untersuchten Supervisoren während des Supervisionsprozesses den Supervisionsfokus häufiger wechselten.

WITTICH (2004) konnte bei ihrer Untersuchung im Krankenhausbereich hinsichtlich der Determinanten der Supervisionsbeurteilung zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Belastungserleben und spezifischem Supervisionsnutzen besteht: In Kliniken, in denen z.B. häufig Belastungen im Umgang mit Patienten erlebt werden, ist der diesbezügliche Supervisionsnutzen höher als in Kliniken mit anderen Belastungsstrukturen.

Die Frage der Auftragsklärung am Beginn einer Supervision wird nach PETZOLD e.a. (2003, S. 115 f.) lediglich in der deutschsprachigen Literatur ernsthaft diskutiert. Dabei fehle bislang allerdings jegliche Grundlagenforschung. Hinweise ergeben sich aber auch hier aus zwei Evaluationsstudien, die die Klarheit der Zielsetzung vor Beginn der Supervision als Evaluationsfaktoren miteinbezogen haben.

SAUER/SCHIERL (2002) identifizierten mit einer schrittweisen Regressionsanalyse die Klarheit der Ziele der Supervision (bezüglich der eigenen Person und der KollegenInnen) als wichtige Faktoren hinsichtlich des eingeschätzten Supervisionserfolges in allen Bereichen (eigene Person, PatientenInnen, KollegenInnen und Institution). Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Regression zwischen der Sitzungsdauer und Veränderungen hinsichtlich der eigenen Person und der Arbeit mit den KlientenInnen.

Diese Ergebnisse werden teilweise auch von MÖHRKE (2000) gestützt, die in einer Regressionsanalyse zwar keine Settingsfaktoren i.e.S. finden konnte, aber ebenfalls die Ziele vor Supervisionsbeginn als relevante Faktoren bestimmte.

Zusammenfassend kann man hinsichtlich der Settingsfaktoren feststellen, dass die Supervisionseffekte spezifisch wahrgenommen werden. Als relevante Faktoren scheinen dafür das Arbeitsfeld und das spezifische Belastungserleben, die Supervisionsform (Gruppenzusammensetzung, Dauer) der inhaltliche Fokus und die Supervisionsziele vor Supervisionsbeginn eine Rolle zu spielen.

4. Elemente des Supervisionsprozesses

Lernen und Kompetenzvermittlung

Supervision wird insbesondere im nordamerikanischen Raum als ein systematischer Lernprozess gesehen, bei dem spezifische Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden (BARDÉ 1991). Auch in den Niederlanden spielt das Konzept des Lernen im Rahmen der Supervision eine wichtige Rolle (van KESSEL 1998), ist aber weniger lernpsychologisch orientiert als vielmehr in der Andragogik bzw. Agogik angesiedelt.

Im deutschsprachigen Raum werden lerntheoretische Aspekte bisher kaum explizit berücksichtigt, wobei die verhaltenstherapeutische und die integrative Supervision Ausnahmen bilden. Mit der Weiterbildungsfunktion von Supervision am Beispiel der Supervision für LehrerInnen haben sich in jüngerer Zeit HEFFELS & PETZOLD (2006) auseinandergesetzt.

Untersucht wurden im nordamerikanischen Raum das Modelllernen (HANSEN 1982), Aspekte der Perspektivenübernahme (HOLLOWAY, ALLSTETTER-NEUFELD 1995) und das offene Lernen (GREBEN, RUSKIN 1994). Für eine erfolgreiche Supervision sind nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen die Schaffung eines angenehmen Lernklimas durch ein entsprechendes Instruktionsverhalten der SupervisorenInnen sowie positive und unterstützende nonverbale Methoden wichtig. SupervisandenInnen neigen demnach zur Übernahme der theoretischen Orientierung ihrer SupervisorenInnen. Entsprechend betonen GREBEN und RUSKIN (1994) die Bedeutung des/der SupervisorsIn als Leitfigur und dessen vorsichtiger Umgang mit Kritik.

Im Zusammenhang mit Lernprozessen sind auch die unter Punkt 1 referierten Ergebnisse zum Supervisionsstil zu erwähnen, die u.a. darauf hindeuten, dass sich der Grad der Strukturierung durch den/die SupervisorIn im Laufe eines Supervisionsprozesses ändern sollte.

Übertragung / Gegenübertragung

Übertragung und Gegenübertragung sind psychoanalytische Konstrukte, die hauptsächlich in der Psychotherapieausbildungssupervision sowie in der psychoanalytisch orientierten Supervision eine Rolle spielen. Die Übernahme dieser Konzepte auf den Bereich Supervision ist aber durchaus umstritten.

Der Hauptunterschied besteht darin, dass es sich bei Supervision nicht um das Heilen von Krankheiten und damit verbunden um das Wiederbeleben frühkindlicher Konflikte geht. Nach OBERHOFF (1998) spielen im Rahmen von Supervision vor allem spontane Übertragungen eine Rolle, die als generalisierte Interaktionsprozesse aufzufassen seien. Die Übertragungsanalyse hat in diesem Zusammenhang in der Supervision in erster Linie die Bedeutung, Hindernisse, Widerstände und Fixierungen der sekundären Sozialisation zu beseitigen.

Untersucht wurde Übertragung/Gegenübertragung in Zusammenhang mit Teamsupervision von GRABHORN und STIRN, die eine Verstärkung von Widerstandsphänomenen in Zusammenhang mit nicht aufgearbeiteten Übertragungs-Gegenübertragungsreaktionen fanden. Auch GAERTNER (1999) und MÖLLER (1998) haben Übertragungs- /Gegenübertragungsphänomene im Rahmen von Transskriptanalysen untersucht. MÖLLER (2001) kommt in ihrer Untersuchung exzellenter Supervision (s.o.) zu dem Ergebnis, dass keiner der SupervisorenInnen, deren Supervisionssitzungen sie analysiert hatte, die Bearbeitung von Übertragungsprozessen angestrebt hat.

Sie hielten die Übertragungsbereitschaft im Gegenteil dadurch gering, dass sie strukturierend eingriffen, sich nicht abstinert verhielten und sich als Person sichtbar machten.

Weitere Ansätze nutzen das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung im Rahmen der Arbeit mit und in Organisationen (ROST 1988 „Gegenübertragungsphantasien gegenüber Institutionen“, BEUMER und SIEVERS 2000 „Rollenberatung“).

Weiterer thematisierte Aspekte sind problematische Übertragungsreaktionen bei der Anbahnung von Supervision und in der Supervision, destruktives Agieren der Gegenübertragung sowie das Thema Scham in der Supervision.

Bei der Bewertung des Forschungsstandes zum Übertragungs/Gegenübertragungsphänomen kommen PETZOLD e.a. (2003) zu dem Ergebnis, dass es zwar viele Ansätze zur Bedeutung des Phänomens gibt. US-Studien würden aber der Komplexität des Phänomens nicht gerecht. Dies gelänge eher mit der Analyse von Supervisionstranskripten:

„Allerdings ist die Gefahr der Untersuchung von methodenspezifischen Artefakten im Blick zu behalten. Kritisch ist auch anzumerken, dass keine dieser Arbeiten sich explizit auf Übertragung und Gegenübertragung bezieht, vielmehr werden die Phänomene als Erklärungsschema für das Geschehen in der Supervision verwendet.“ (PETZOLD e.a. 2003, S. 109 f.)

Parallelprozess

Das Konzept des Parallelprozesses ist ebenfalls ein psychoanalytisches Konzept und bezieht sich – anders als das Übertragungs/Gegenübertragungskonzept – explizit auf den supervisorischen Kontext. Es geht auf SEARLES (1955) zurück, der das Konzept des „reflection process“ folgendermaßen definierte:

„The processes at work currently in the relationship between patient and therapist are often reflected in the relationship between therapist and supervisor. This process was seen as reflecting a situation where ”It is as if the therapist were unconsciously trying, in his fashion, to tell the supervisor what the therapeutic problem is”...“ (MOTHERSOLE 1999, S. 107 f.)

Zwar wurden bereits damals nicht-intellektuelle Reaktionen des/der SupervisorsIn als unschädlich bzw. verständlich bezeichnet. Indem SEARLES emotionale Reaktionen des/der SupervisorsIn aber ausdrücklich als notwendig und hilfreich bezeichnete, leitete er einen Paradigmenwechsel ein, der laut MOTHERSOLE vergleichbar war mit der Veränderung der Bewertung von Gegenübertragungsprozessen in der Psychoanalyse:

„In this sense, he can be thought of as instigating the same shift in supervision that happened in main stream psychoanalytic thinking, as countertransference came to be viewed not as unwelcome hindrance, but as a vital element of psychotherapeutic matrix.“ (MOTHERSOLE 1999, S. 108)

Das Konzept des “reflecting process” hat zunächst wenig Aufmerksamkeit in der Fachliteratur gefunden. EKSTEIN und WALLERSTEIN (1958) haben das Konzept schließlich in ihrem prozesszentrierten Supervisionsmodell zum “Parallelprozess“ erweitert, in dem sie annahmen, dass sowohl die TherapeutIn-KlientIn-Beziehung die supervisorische Beziehung beeinflussen kann als auch umgekehrt.

Empirische Untersuchungen zum Thema Parallelprozess gibt es wenige. In seinem Review listet MOTHERSOLE (1999) vier Studien auf:

1. DOEHRMANN (1971) konnte demnach experimentell zeigen, dass Prozesse von der supervisorischen Beziehung zur therapeutischen Beziehung ablaufen („down the line“).
2. CALIGOR (1981) analysierte in seiner Untersuchung Bänder von LehranalysandenInnen, die er seiner SupervisorenInnengruppe vorspielte. Ebenfalls miteinbezogen wurden Aufnahmen von den sich dort ergebenden Diskussionen. Die Bänder wurden hinsichtlich der Frage analysiert, inwiefern KlientInnen, TherapeutenInnen, SupervisorIn bzw. die Supervisionsgruppe VerursacherInnen bzw. AdressatenInnen von Prozessen waren. Dabei zeigte sich, dass sowohl die SupervisorenInnen/SupervisandenInnen-Ebene als auch die Supervisionsgruppe VerursacherIn als auch AdressatIn von Parallelprozessen sein können.
3. FRIEDLANDER, SIEGEL & BRENOCK (1989) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass sowohl die Beziehung zwischen KlientIn und SupervisandIn als auch die Beziehung zwischen SupervisandIn und SupervisorIn komplementär waren, und deuteten das als Beleg für Parallelprozesse.
4. RAICHELSON, HERRON, PRIMAVERA & RAMIREZ (1997) stellten schließlich in einer Fragebogenuntersuchung an 300 ProbandenInnen fest, dass die meisten SupervisorenInnen und SupervisandenInnen von der Existenz von Parallelprozessen ausgehen, wobei die Untersuchung hauptsächlich unter PsychoanalytikernInnen durchgeführt wurde.

Was den Forschungsstand und die Qualität der Studien zum Parallelprozess angeht, kommen ELLIS & LADANY (1997) zu dem Schluss, dass es bislang zu wenige Untersuchungen gibt, die qualifizierte Schlussfolgerungen zulassen:

„In short, there is insufficient evidence from these two studies (gemeint sind ALPHER 1991, FRIEDLANDER e.a. 1989) to make inferences from observed links between therapy and supervision to the parallel process theorizing. Such theorizing awaits more rigorous testing.“ (ELLIS, LADANY 1997, S. 487)

Trotz des begrenzten Forschungshintergrundes wurde das Konzept des Parallelprozesses in einer Vielzahl von Feldern angewandt. Nach MOTHERSOLE gibt es drei wesentliche Erklärungsansätze für Parallelprozessphänomene:

Der erste Ansatz geht auf SEARLES zurück und geht davon aus, dass sich der/die TherapeutIn unbewusst mit der Abwehr des/der PatientenIn identifiziert:

„This is then presented at supervision where the therapist, struggling with his or her anxiety and thus unable to consciously name what is happening, seeks unconsciously to express some of what is going on for the patient.“ (MOTHERSOLE 1999, S. 113)

Ähnliche Erklärungsansätze verfolgen auch MOTHERSOLE ARLOW (1963), DOEHRMAN (1976) und SACHS & SHAPIRO (1976).

Eine zweite Gruppe von Erklärungsansätzen orientiert sich an strukturellen Aspekten der Organisation von Supervision. EKSTEIN & WALLERSTEIN (1958) sowie REICH (1973) sehen z.B. Probleme bei der Einnahme der Rolle als AnalytikerIn sowie mangelndes Wissen und Erfahrung als Ursache von Parallelprozessen. Strukturelle Ähnlichkeiten von Supervision und Therapie sehen GEDIMAN & WOKENFELD (1980) als Ursache. Neben Aspekten der Zeitbegrenzung und Bezahlung ist hier vor allem gemeint, dass beide Settings Hilfeprozesse sind, in denen Über- und Unterordnungsverhältnisse eine Rolle spielen. Andere Autoren benennen explizit die Ähnlichkeit von Autoritätsstrukturen in Therapie und Supervision als einen wichtigen Aspekt (LEDERMAN 1982, GRAY & FISCALINI 1987).

Die dritte Gruppe von Erklärungsansätzen basiert schließlich auf Überlegungen zur Rollenübernahme. BROMBERG (1982) bezieht sich hier auf das Konzept der projektiven Identifizierung

sowie auf „counterprojektive identification“, bei dem der/die SupervisandIn bei dem/der SupervisorIn dieselben Gefühle induziert wie der/die PatientIn bei ihm und ihn veranlasst, eine hierzu komplementäre Rolle zu übernehmen.

Letzteren Ansatz kritisiert MOTHERSOLE und weist darauf hin, dass Parallelprozesse auch in konkordanten Rollenstrukturen möglich sind. Er identifiziert drei verschiedene „Parallelprozess-situationen“. In den Situationen des ersten Typs geht der Prozess von der PatientIn/TherapeutIn/SupervisorIn aus, wie es SEARLES beschrieben hat. In diesem Fall können die Rollen des PsychotherapeutenInnen, SupervisandenInnen und des/der SupervisorsIn reziprok oder konkordant sein.

In Situationen des zweiten Typs geht der Prozess von dem/der SupervisandenIn aus. Nach MOTHERSOLE handelt es sich nicht um einen Parallelprozess i.e.S., da Ausgangspunkt mangelnde Fähigkeiten und Fertigkeiten des/der SupervisandenIn sind. In diesem Fall können die Rollen, die der/die PatientIn bzw. der/die SupervisorIn einnehmen, reziprok oder komplementär sein.

In Situationen des dritten Typs geht der Prozess von dem/der SupervisorIn aus:

„These are the unresolved therapy issues, blind spots and skill deficits of the supervisor entering the process destructively.“ (MOTHERSOLE 1999, S. 118)

Auch hier können SupervisandIn und PatientIn reziproke oder komplementäre Rollen einnehmen.

Abschließend kommt MOTHERSOLE (1999) zu folgender Definition von Parallelprozessen:

„Parallel process is the reflection of aspects of the client/psychotherapist dyad and the supervisee/supervisor dyad in each other. As such, parallels will always have some implication, however tentative, for all individuals in these dyads. It involves reciprocal and/or complementary roles and may involve shifts in these roles. Such roles are based on the involvement of aspects of the internal world of participants acting in a way that is currently out of awareness. In this sense, it is an interpersonal process with major intrapsychic aspects.“ (MOTHERSOLE 1999, S. 119)

Dass der Forschungsstand zum Thema Parallelprozess insgesamt noch sehr dürftig ist, hängt nach PETZOLD e.a. „zum einen damit zusammen, dass das Konzept des Parallelprozesses in einer psychoanalytischen Wissenstradition steht und in anderen Schulen kaum eine Bedeutung hat. Zum anderen gibt es aber auch noch viele Unklarheiten, zur Frage, was als Parallelprozess anzusehen ist...“ (PETZOLD e.a. 2003, S.112)

Methoden und Techniken

Zum Themenbereich Methoden und Techniken der Supervision gibt es wenig empirische Forschung. PETZOLD e.a. (2003) fanden in ihrer Literaturanalyse nur 22 Beiträge, die sich mit Methoden und Techniken in der Supervision auseinandersetzten. Als Themenschwerpunkte konnten folgende Bereiche gefunden werden:

1. Systemische und psychodramatische Techniken
2. supervisionsgeeignete Lernmethoden (Lernen am Modell, integratives Meternalernen)
3. psychoanalytische Techniken
4. Vergleiche verschiedener Settings
5. verschiedene Einzelbeiträge (Supervisionsstil, Macht und Involvierung, zirkuläres Fragen etc.)

Insgesamt stellen sie diesen Beiträgen zudem ein eher schlechtes Zeugnis aus, da sie „allgemein und oberflächlich gehalten seien, teilweise sogar irrelevant oder zu alt. Das Forschungsdesign bezieht sich auf äußerst kleine Stichproben, es fehlt an Längsschnitt-Untersuchungen und Kontrollgruppen oder es kommen lediglich Selbsteinschätzungsfragebögen zum Einsatz.“ (PETZOLD e.a. 2003, S. 122)

Zu den besseren Untersuchungen zählen sie Supervisionsschulenvergleiche (HOLLOWAY, FREUND, NELSON & WALKER 1989, MÖLLER 1998, RITSCHER 1998), eine Langzeituntersuchung zu Supervision im Rahmen der Psychotherapieausbildung unter dem Blickwinkel des „Integrativen Metalebens“ (ARLING 1998) und eine Langzeituntersuchung zur Supervisionsausbildung (SCHIGL, PETZOLD 1997) sowie eine Untersuchung von BARDÉ (1991) zur sozialen Perspektivenübernahme in der Balintarbeit.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man folgende mögliche Wirkfaktoren und –variablen, die mit erfolgreicher Supervision in Zusammenhang stehen, festhalten:

1. SupervisorIn:
 - Kompetenz (Feldkompetenz, Fachkompetenz, Beziehungskompetenz, Triangulierungskompetenz)
 - Supervisionsstil
 - Beziehungsorientierung
 - Aufgabenorientierung
2. Stärke der Arbeitsbeziehung / Beziehung Supervisor/Supervisand
3. Setting
 - Auftragsklärung/Zielsetzung
 - Arbeitsfeld und Belastungserleben
 - Form und Supervisionsteilnehmer
 - Inhaltlicher Fokus
4. Elemente
 - Lernen in der Supervision
 - Umgang mit Übertragung/Gegenübertragung
 - Parallelprozess
 - Methoden und Techniken

3.1.5. Supervision in der Psychiatrie

1. Arbeitsfeld Psychiatrie

Aufgrund der historischen Entwicklung ist das Arbeitsfeld Psychiatrie durch die Aspekte der Kontrolle und Behandlung geprägt. Da diese Aspekte sowohl die Arbeit der MitarbeiterInnen in der Psychiatrie als auch die Tätigkeit von SupervisorenInnen wesentlich tangieren, möchte ich an dieser Stelle im Rahmen eines Exkurses auf die historische Entwicklung der Psychiatrie und die aktuellen Struktur der Leistungserbringung eingehen.

Exkurs: Historische Entwicklungen und Rahmenbedingungen der Psychiatrie in Deutschland

Bis weit ins Mittelalter hinein lässt sich die Doppelgesichtigkeit des Umgangs mit dem Wahnsinn verfolgen:

„Die Psychiatrie hatte immer zwei Gesichter. Gewisse ihr eigene Aspekte lassen sie als Zweig der Medizin erscheinen(...); andere Seiten lassen sie als Mittel der Unterdrückung und zur Kontrolle abweichender Verhaltensweisen erscheinen, das losgelöst ist von jedwedem medizinischen oder therapeutischen Zweck.“ (JERVIS 1980, S. 46)

Im Mittelalter haben die „Irren“ bzw. „Wahnsinnigen“ zumindest teilweise eine tolerierte Sonderstellung genossen. In einem parochial organisierten Irrenwesen, das auf kirchlicher Seite in Klöstern und Orden eine Entsprechung hatte, überwog aber insgesamt die Verunsicherung, was zu drastischen Sicherheitsmaßnahmen führte: Irre wurden vielerorts in Irrentürmen ausbruchssicher verwahrt. Behandlung fand nicht statt oder reduzierte sich auf rituelle kirchliche Praktiken (Exorzismus etc.) und auf die Übertragung von mönchischen Tugenden wie Armut, Keuschheit und Gehorsam auf die Irren.

Mit der Entstehung des Systems der Irrenanstalten im 17. Jahrhundert änderte sich diese Situation. Vor dem Hintergrund einer starken Bevölkerungszunahme war das bis dahin auf Gemeindeebene organisierte Irrenwesen nicht mehr finanzierbar und wurde in den absolutistischen Staaten durch ein Anstaltssystem abgelöst. Gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern, Landstreichern etc. wurden sie in Anstalten weggesperrt:

„So waren die Tollhäuser zu dieser Zeit zugleich Zucht-, Korrekptions-, und Arbeitshäuser Sie waren übrigens auch ein wichtiger Posten im ökonomischen Kalkül des absolutistischen Staates. Die hier zentrierten Subjekte waren billige Arbeitskräfte, die man gewinnbringend an Manufakturisten verpachten konnte.“ (BLASIUS 1980, S 21)

Erst mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft und der französischen Revolution begann sich diese Situation weiter zu ändern. Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden Geistesstörungen zunehmend als „Perversion des Willens“ gesehen, die durch die „Disziplin des Geistes“ zu behandeln seien. Die Behandlungen umfassten teils drastische (Um)Erziehungsmaßnahmen (Fastenkuren, heiße oder eiskalte Bäder, Aderlässe etc), die im damaligen gesellschaftlichen Kontext jedoch keineswegs ungewöhnlich waren:

„Sowohl die zu erziehenden Jugendlichen als auch die Gefangenen und die Geisteskranken wurden Formen repressiven Trainings unterworfen, mit dem Ziel, den Geist rigide zu formen und umzustrukturieren im Hinblick auf eine totale Unterwerfung unter die Autorität.“ (JERVIS a.a.O., S. 48 f.)

Durchaus noch auf dieser ideologischen Basis ist das Entstehen der mit dem Namen PINEL verbundenen „moralischen Behandlung“ des Wahnsinns, die sich bemühte mit weniger terroristischen Mitteln Selbstdisziplin bei Kranken zu erreichen. Wichtige Namen sind in diesem Zusammenhang TUKE, RUSH und CONOLLY, die erstmals die Türen der Psychiatrien öffneten und das Prinzip der „körperlichen Nicht-Einschränkung“ anwendeten.

Für das Aufkommen der positivistischen Psychiatrie und die Krise der moralischen Behandlung in der Mitte des 19. Jahrhunderts stehen Namen wie MOREL bzw. KRAEPELIN¹⁰. Etwa ab dieser Zeit kann man erstmals von einer medizinischen Disziplin Psychiatrie im engeren Sinne sprechen. Insbesondere Klassifikationsversuche von Krankheiten anhand von klinischen Verläufen sind für diese Periode bezeichnend. Diese führten nicht wirklich zu einem vertieften Ver-

¹⁰ Einen gewissen Gegenpol zu der KRAEPELINschen „klassischen“ deutschen Psychiatrie bildet GRIESINGER, dessen Vorstellungen in Teilen als Vorläufer der Sozialpsychiatrie gesehen werden können. (vgl. hierzu GÜSE, SCHMACKE 1976, Band 1)

verständnis psychischer Krankheiten, vielmehr änderte sich das Menschenbild entscheidend: Weg vom „Menschen der sich abnorm verhält“ hin zum „schlecht funktionierenden Organismus“. Dementia praecox wird als unheilbare, fortschreitende Krankheit betrachtet, der Kranke ist „uneinfühlbar“. Mit der Phase der positivistischen Psychiatrie beginnt eine weitere Repressionsphase. Die psychiatrischen Anstalten werden wieder zu geschlossenen Anstalten. In die Krise kommt diese Form der Psychiatrie, als sich trotz anfänglicher Erfolge (Entdeckung des Syphiliserregers) das medizinische Modell psychischer Erkrankungen nicht bestätigen lässt, und weder biologische Ursachen für Psychosen noch entscheidende Behandlungsmethoden gefunden werden konnten.

Aber auch über die Anfang des 20. Jahrhunderts beginnende Krise der positivistischen Psychiatrie hinaus bildete das System geschlossener Anstalten und das medizinische bzw. biologistische Verständnis psychischer Erkrankungen bis weit in die 70iger Jahre hinein (und teils noch heute) einen wesentlichen Bestandteil der Psychiatrie. Elektroschocks, Insulinschocks, Lobotomie etc. sind die grausamen Behandlungsmethoden, die sich in der Anstaltspsychiatrie lange gehalten haben, und die streckenweise an Behandlungsmethoden des 19. Jahrhunderts erinnern.

Wesentlich zur Erneuerung der Psychiatrie hat im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die dynamische Psychiatrie und die Psychoanalyse beigetragen, die sich – verbunden mit Namen wie BLEULER, JUNG und FREUD – zum Gegenpol zur der klassischen biologisch orientierten Anstaltspsychiatrie entwickelte. Zwar ist das Menschenbild FREUDs durchaus ein biologisches, aber im Gegensatz zu klassisch psychiatrischen Vorstellungen ist der psychisch Kranke nicht uneinfühlbar, sondern die Psychologie der gesunden wie der kranken Menschen folgte seiner Auffassung nach den gleichen, allgemeingültigen Gesetzen. Dies hat die grundsätzliche Konsequenz der Behandelbarkeit. Allerdings wirkte sich diese Erneuerung zunächst nur für einen Teil der Kranken, nämlich die besser gestellten aus. Der Einfluss der Psychoanalyse auf psychiatrische Kliniken war zunächst minimal und nur sehr begrenzten Kreisen vorbehalten. JERVIS kommt daher zu folgendem Schluss:

„Die Psychiatrie hat sich gespalten: für die unterprivilegierten Patienten empfiehlt es sich, die alte Zwangpsychiatrie beizubehalten, bei den an Neurosen leidenden Angestellten, Technikern und Intellektuellen dagegen ist eine lange und teure Therapie wie die Psychoanalyse durch den Wert einer qualifizierten Arbeitskraft (die wiederherzustellen sich lohnt) gerechtfertigt.“ (JERVIS a.a.O., S. 56)

Wesentlich für das Entstehen der heutigen der Psychiatrie war die sozialpsychiatrische Bewegung sowie die antipsychiatrische Bewegung der 60iger und 70iger Jahre, die nicht zuletzt auf institutionenkritischen Untersuchungen von GOFFMAN aufbauend die Anstaltspsychiatrie kritisierte. LAING, COOPER, DELEUZE, GUATTARI, BASAGLIA, FOUORAINE waren die wichtigsten Vertreter dieser Richtungen, die die Psychiatrie als Wissenschaft grundsätzlich in Frage stellten¹¹. Von dieser Richtung wurde insbesondere die Repressionsfunktion der psychiatrischen Systeme ins Zentrum der Kritik gestellt. Diese Bewegung führte letztlich zur Auflösung psychiatrischer Anstalten in Italien, die für viele Jahre ein teils umstrittenes Vorbild reformerischer Bewegungen in anderen Ländern war.

In Westdeutschland entstehen in dieser Zeit einerseits verschiedene gemeindepsychiatrische und sozialpsychiatrische Ansätze. Andererseits entstehen eine Vielzahl von Basisinitiativen wie Beschwerdezentren, das sozialistische Patientenkollektiv etc., die in der Kritik der herrschenden Psychiatrie vereint sind, jedoch hinsichtlich der Lösung der Probleme gänzlich unterschiedliche

¹¹ Oft wird in diesem Zusammenhang auch SZASZ genannt. Zwar kritisiert auch SZASZ die Psychiatrie grundsätzlich, aber von einem erzkonservativen Standpunkt aus. SZASZ forderte die ersatzlose Abschaffung der Psychiatrie. Privat finanzierte Hilfen können sich in dem von ihm propagierten System nur Reiche leisten. Reagan hat dies in Kalifornien umgesetzt.

Wege sehen. Die Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung aus dem Jahre 1976 bringt schließlich nach einigen Skandalen regierungsamtlich eine Reihe von Defiziten ans Tageslicht und führt langfristig zu wesentlichen Veränderungen der psychiatrischen Landschaft, die jedoch – zumindest im Rheinland – ohne den Druck verschiedener Basisinitiativen nur schwer möglich gewesen wären.

In der Folge der Psychiatrieenquete hat sich die psychiatrische Versorgung vor allem durch Entwicklungen in den folgenden Bereichen verändert:

- Es kam zu einer massiven Enthospitalisierung, im Verlauf derer ca. 50-60 % der Betten in den Fachkrankenhäusern abgebaut wurden.
- Der Akut-Bereich und der Langzeit- bzw. Wohnheimbereich wurden getrennt, durch die Einrichtung von heilpädagogischen Heimen wurde der noch verbliebene Teil von PatientenInnen mit geistigen Behinderungen ausgegliedert.
- Der komplementäre Bereich (gemeindepsychiatrischer Verbund) mit Sozialpsychiatrischen Diensten bei den Gesundheitsämtern, betreutem Wohnen, Beratungsangeboten und tagesstrukturierenden Angeboten für chronisch kranke Menschen wurde ausgebaut.
- Durch Aufbau von Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern wurde versucht, gemeindenähere Strukturen aufzubauen.
- Es entstand darüber hinaus eine zwei-strangige Versorgung psychisch Kranker durch den von der Psychiatrie getrennten Aufbau einer psychosomatischen Medizin.
- Neben ärztlichen Psychotherapeuten wurden zusätzlich psychologische Psychotherapeuten in die Versorgung psychisch kranker Menschen integriert.
- Im Bereich der beruflichen Rehabilitation entstanden spezielle Angebote (Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, ortsnahe Integrationsmaßnahmen).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich die Ambivalenz zwischen Ausgrenzung bzw. Kontrolle und Behandlung durch die gesamte Geschichte des Umgangs mit psychisch kranken Menschen zieht. Dabei ist die Psychiatrie i.S. einer medizinischen Herangehensweise noch vergleichsweise jung. Zwar haben sich in den letzten Jahren die Strukturen der psychiatrischen Versorgung durch Verkleinerung der großen Anstalten und durch den Aufbau komplementärer Versorgungsstrukturen zu einer größeren Gemeindenähe hin entwickelt. Gleichzeitig spielen die Interessen der Betroffenen bei der Weiterentwicklung eine größere Rolle. Doch nach wie vor sind in den Strukturen die Diskurse von Kontrolle und Ausgrenzung bedeutsam und wirksam.

Aktuelle psychiatrische Versorgungsstruktur

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen, die heute einem Standardversorgungsgebiet zugeordnet sind.

Tabelle 9: Einrichtungen eines Standardversorgungsgebietes

| Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutischer sowie rehabilitativer Dienste | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen: Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit | | Beratungsstellen praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin | | psychosoziale Kontaktstellen Fachärzte anderer Disziplinen | |
| Ambulante Dienste | | | | | |
| niedergelassene Nervenärzte niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern | | | niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten) | | |
| Ambulante Dienste an Krankenhaus-Einrichtungen ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungs-Zentren psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken Fachambulanzen | Halbstationäre Dienste Tageskliniken und Nachtkliniken Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen | Stationäre Dienste psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern psychotherapeutisch/psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Abteilung Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen | Komplementäre Dienste Übergangsheime Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen Beschützende Wohngruppen und Wohnungen Familiengruppen Tagesstätten Patientenclubs Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte | Spezielle rehabilitative Dienste Werkstätten für Behinderte Beschützende Arbeitsplätze | Dienste für Behinderte Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung Sonderkindergärten Sonderschulen Sonderklassen Wohnangebote Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten |
| KOORDINATION | | Psychosozialer Ausschuss Kooperation der Träger Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft | | PLANUNG | |

Darüber hinaus sind folgende Einrichtungen der übergeordneten Versorgung, das mehrere Standardversorgungsgebiete umfasst, zuzurechnen:

- Psychiatrische Krankenhäuser (mit 500 bis 600 Betten),
- Selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser,
- Psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an größeren Kurkliniken, Rehabilitations- und Kinderkrankenhäuser,
- Selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche,
- Psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche,
- Teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik,
- Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, und Jugendliche mit dissozialem Verhalten,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche,
- Suchtkliniken,
- Suchtfachabteilungen,
- Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

- Behindertenzentren,
- Epilepsiezentren, Epilepsieabteilungen, Epilepsieambulanzen,
- Zentren für Risikokinder,
- Spezialinstitute zur Rehabilitation von Hirnverletzten,
- Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter,
- Berufsbildungswerke,
- Berufsförderungswerke.

Ferner nehmen an der Versorgung teil:

- psychiatrische Universitätskliniken,
- psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Universitätskliniken und Weiterbildungsinstituten.

Rechtliche Grundlagen

Neben Aspekten, die auf historische Entwicklungen zurückgehen, sind auch Aspekte, die sich aus den gesetzlichen Grundlagen der heutigen Psychiatrie ergeben, für die Supervision von Bedeutung. Die Beziehungen zwischen PatientenInnen, Leistungserbringern/Einrichtungsträgern und Kostenträgern sind im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch, insbesondere in den SGB V, VI und IX geregelt. Eine Besonderheit im psychiatrischen Bereich ergibt sich durch das Unterbringungsrecht, das verschiedene Unterbringungsarten sowie freiheitsentziehende Maßnahmen bei Fremd- und Selbstgefährdung in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen regelt. Dies ist in Landesgesetzen geregelt (PsychKG in NRW) und wird durch die unteren Gesundheitsbehörden in Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden durchgeführt. Gerade im Unterbringungsrecht zeigt sich im Übrigen auch heute noch deutlich die Ambivalenz zwischen Kontrolle und Hilfe in der Psychiatrie.

Abstrakt kann man die Erbringung von Behandlungs- oder Betreuungsleistungen im psychiatrischen Bereich als die Umsetzung eines Rechtsanspruchs gegenüber einem Leistungsträger durch einen Einrichtungsträger/Leistungserbringer verstehen.

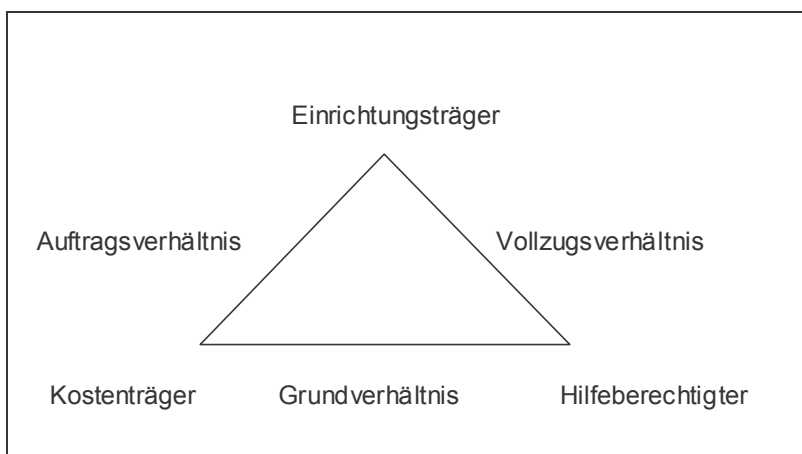


Abbildung 2: Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis

Aus dem sog. sozialrechtlichen Dreieck ergeben sich drei wesentliche Beziehungen, die die Leistungserbringung bestimmen:

1. Grundverhältnis (Kostenträger – Leistungsberechtigter)
2. Auftragsverhältnis (Kostenträger – Leistungserbringer/Einrichtungsträger)
3. Vollzugsverhältnis (Einrichtungsträger/Leistungserbringer – Leistungsberechtigter).

Der Anspruch auf eine bestimmte Leistung, der gegenüber einem Kostenträger besteht, definiert das Grundverhältnis und wird durch einen vom Kostenträger beauftragten Einrichtungsträger/Leistungserbringer im Vollzugsverhältnis erfüllt. Der Leistungserbringer/Einrichtungsträger steht seinerseits wiederum zum Kostenträger in einem Beauftragungsverhältnis und ist somit letztlich auch vom diesem abhängig. Diese Abhängigkeit kann sich in unterschiedlicher Weise auf die fachliche Leistungserbringung auswirken.

2. Supervisionsrelevante Aspekte

Grundsätzlich dient Supervision in der Psychiatrie in erster Linie dem Ziel, eine möglichst optimale fachliche Umsetzung des Rechtsanspruchs auf Behandlungsleistungen zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang kann Supervision sowohl Methode der Qualitätssicherung als auch der Unterstützung von MitarbeiterInnen bei der Entwicklung ihrer Professionalität und der Prophylaxe maligner professioneller Entwicklungen wie Burn-out etc. sein. Gleich welche Funktion im Einzelfall im Vordergrund steht, reicht es nicht, allein die Interaktion zwischen Patient und Behandler/Team zu berücksichtigen. Es müssen vielmehr sowohl Aspekte der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Kostenträger, als auch der Einrichtungsträger und Institutionen und ihrer Fachteams sowie der PatientInnen und ihrer Lebenswelten berücksichtigt und in den Blick genommen werden. Einige dieser Aspekte können zwar kaum in der Supervision beeinflusst oder verändert werden, doch sind sie wichtig für das Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Leistungserbringung. (vgl. hierzu auch HELTZEL 1997)

Auf der Grundlage des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses veranschaulicht die folgende Grafik einige wesentlichen Aspekte:

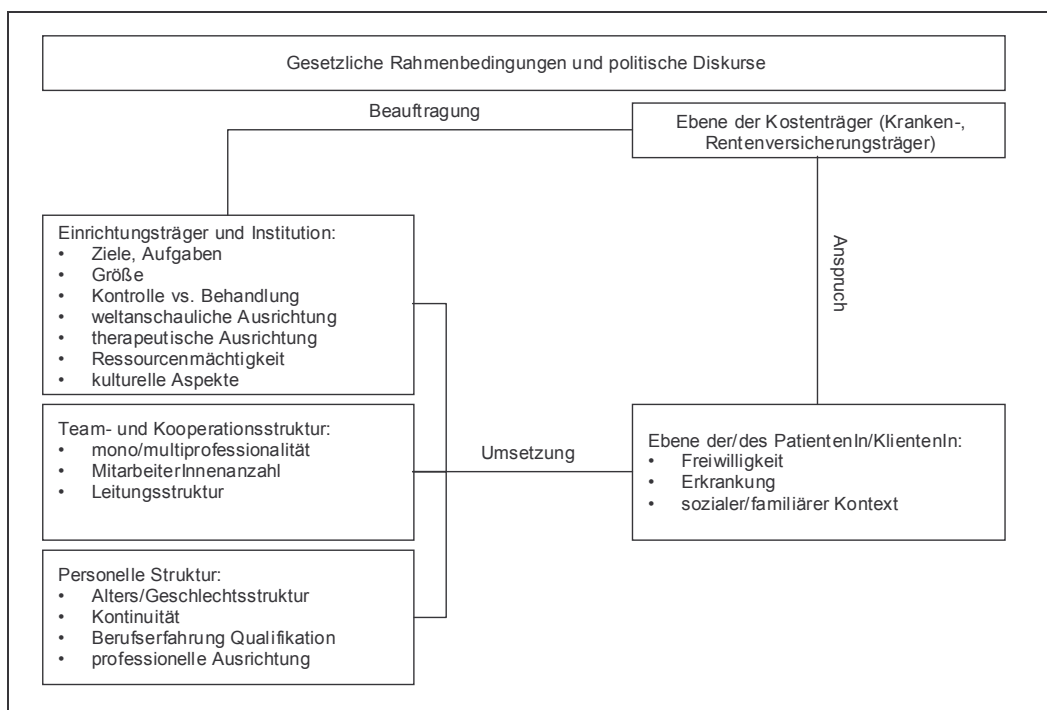


Abbildung 3: Supervisionsrelevante Faktoren

Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen

An erster Stelle sind hier die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu nennen. Wichtige Veränderungen seit der Psychiatrie-Enquete wurden im Rahmen des historischen Exkurses bereits erwähnt, sie haben wesentlichen Einfluss auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie gehabt. In den letzten Jahren ist es allerdings zu einer Gegenbewegung gekommen. Angesichts der allgemein angespannten Haushaltslagen wurden zunehmend Privatisierungen öffentlicher Dienstleistungen durch gesetzliche Änderungen ermöglicht. Die politischen Vorgaben werden durch die jeweiligen Kostenträger (Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Arbeitsverwaltung) umgesetzt. In Zusammenhang mit der Einführung des sog. „Neuen Steuerungsmodells“ und damit verbundenen Privatisierungen ist es so zu massiven Einschränkungen bei der Finanzierung sozialer und medizinischer Leistungen gekommen bei gleichzeitig zunehmenden Anforderungen an die Qualität und Quantität der Arbeit von MitarbeiterInnen (vgl. hierzu BOESSENECKER, TRUBE & WOHLFAHRT 2000; EICHERT 2003d). Insbesondere durch die Praxis der Ausschreibung öffentlicher Leistungen und die Vergabe von Leistungen auch im sozialen Bereich nach Preis bzw. durch die Einführung von Fallpauschalen im stationären Bereich ist diese Entwicklung deutlich verstärkt worden. Betrachtet man die aktuellen Diskussionen um Reformen im Gesundheitswesen, so scheint dieser Prozess noch längst nicht abgeschlossen zu sein. Die politischen Diskurse haben aber auch wesentlichen Einfluss auf die institutionellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und auf die Situation der PatientenInnen.

Einrichtungsträger und institutionelle Rahmenbedingungen

Die institutionellen Rahmenbedingungen – insbesondere der Bereich der personellen Ausstattung und der sonstigen finanziellen Ressourcen - werden über Kostenvereinbarungen bzw. Beauftragungsverhältnisse von den Kostenträgern stark beeinflusst.

Darüber hinaus spielen bei den institutionellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung aber auch

- Aspekte der *Einrichtungsträger* selbst wie Rechtsform (gemeinnützig – gewinnorientiert), Ziele und Aufgaben, Größe der Einrichtung, Funktion der Einrichtung (Kontrolle vs. Behandlung), weltanschauliche Ausrichtung, therapeutische Ausrichtung, Ressourcenmächtigkeit und organisationskulturelle Aspekte,
- Aspekte der *Team- und Kooperationsstruktur* wie Professionszusammensetzung des Teams, Teamgröße und Leitungsstruktur sowie
- Aspekte der *personellen Struktur* wie Alters- und Geschlechtszusammensetzung, personelle Kontinuität, Berufserfahrung und Qualifikation der MitarbeiterInnen

eine Rolle in Hinblick auf die Aufgabenerfüllung und sind daher in der Supervision möglicherweise von Interesse.

Die explizite Einbeziehung von Organisations- bzw. Institutionsaspekten fordert z.B. WEIGAND (1997), da sie die Matrix bilden, auf deren Hintergrund die jeweilige Leistungserbringung vollzogen wird. Für ihn sind günstige institutionelle Bedingungen notwendige Voraussetzung eines wirksamen Therapiekonzeptes und daher supervisionsrelevant:

„Die Supervision der therapeutischen Praxis bezieht dann eben auch die Reflexion der institutionellen Bedingungsfaktoren mit ein. Supervision wird dann nicht nur die Diagnose der Psychodynamik eines Falles oder einer Szene, sondern zur institutionellen Analyse.“ (WEIGAND 1997, S. 17)

Noch weiter geht GOTTHARD-LORENZ (1997), die ein Konzept der Organisationssupervision i.S. einer „institutionellen Reflexion“ vorschlägt, das sich speziell mit dem hochkomplexen System Krankenhaus und dessen Beteiligten und Strukturen beschäftigt. Organisationssupervision ist als Dienstleistung der jeweiligen Organisation (Gruppierung) zugeordnet, nimmt auf deren Arbeitsprozesse Bezug und setzt sich mit den konkreten Organisationsstrukturen und – dynamiken, wie sie sich in und um die Supervision abspielen, auseinander.

Auch PÜHL (1997) bezieht institutionelle Faktoren explizit in sein Supervisionsmodell („Institutionelle Triangulierungen“) mit ein, indem er Supervision die Aufgabe zuweist, das Zusammenwirken von Arbeitsaufgabe, MitarbeiterInnen und Institution zu analysieren. In diesem Zusammenhang sind für ihn vor allem die Spannungsverhältnisse Team – Leitung – Supervision, Supervision als Fortbildung – Supervision als Selbstreflexion – KlientenInnenarbeit und Supervision – Organisationsentwicklung – Institution wichtig.

WELLENLORF (1997) geht ebenso von einem triangulären Ansatz in seinem Konzept der Institutionsanalyse aus und bezieht zusätzlich die latente institutionelle Dynamik und unbewusste Faktoren in Institutionen mit ein.

Mit der Bedeutung institutioneller Faktoren ist auf der Seite der SupervisorenInnen gleichzeitig die Frage der Notwendigkeit von Feldkompetenz angesprochen. HELTZEL (1997) diskutiert in seinem Beitrag institutionelle Faktoren vor dem Hintergrund der Frage, ob und wieweit SupervisorenInnen in der Psychiatrie Feldkompetenz mitbringen müssen, um ihren Auftrag adäquat erfüllen zu können. In Anschluss an BERKER (1992) versteht er unter Feldkompetenz „die Fähigkeit, die jeweils spezifische Felddynamik und die darauf antwortende Organisationskultur wahrnehmen, verstehen und mitgestalten zu können.“ Die Felddynamik besteht demnach aus den sich gegenseitig beeinflussenden Dimensionen der Klientendynamik, der Professionellendynamik und der Institutionsdynamik. HELTZEL betont in Zusammenhang mit der Institutionsdynamik vor allem Aspekte der Organisationskultur und ihrer Hintergründe:

„Die spezifische Geschichte einer Institution, ihre (offizielle oder geheime) Ideologie und die in ihr wirkenden Mythen können die Organisationskultur entscheidend prägen.“ (HELTZEL 1997, S. 61)

Vor dem Hintergrund der Bedeutung dieser Faktoren plädiert er für Feldkompetenz als Voraussetzung für Supervision im psychiatrischen Feld, wobei der Erwerb von Feldkompetenz nicht zwangsläufig durch eigene Erfahrung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld erworben sein muss.

„Das von mir vertretene fachliche Ideal ist eine flexibel handhabbare innere Balance des Supervisors, der dann so viel Feldkompetenz wie möglich hätte – verbunden mit der Bereitschaft, trotzdem immer wieder irritiert, neugierig, arglos, stutzend, überrascht, unwissend und hilflos zu sein.“ (HELTZEL 1997, S. 63)

PatientenInnenstruktur

Die Arbeitssituation ist stark beeinflusst von der PatientenInnenstruktur der jeweiligen Einrichtung oder Station. Die Belastungsstruktur ist auf einer psychiatrischen Akutstation sicherlich eine völlig andere als auf einer Rehabilitationsstation. (vgl. hierzu auch HELTZEL 1997) In diesem Zusammenhang spielen die Art und Schwere der jeweiligen Erkrankungen eine wichtige Rolle:

„Besonders in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten kommt es in Teams zu großen affektiven Belastungen mit bekannten Schwankungen zwischen Überengagement und Überdistanzierung. Die sich in der Beziehung direkt oder atmosphärisch mitteilenden Gefühle existentieller Bedrohung der Patienten führen auf Seiten der Mitarbeiter zur Labilisierung und Ausbildung von Abwehrmechanismen, die denen der Patienten ähneln.“ (ECK 1998, S. 24)

Die jeweils spezielle Dynamik von Supervision, die sich aufgrund der Erkrankungen der PatientenInnen ergibt, ist in dem Sammelband von ECK (1998) in einzelnen Beiträgen beschrieben. HELTZEL (1998, S. 167 f.) verweist z.B. auf den Einfluss bedrohlicher Situationen in Zusammenhang mit akut dekompensierenden schizophrenen PatientenInnen, die die Arbeit mit einem begrenzenden Rahmen nötig mache. Hier gewinne u.a. Supervision eine „Über-Ich entlastende“ Funktion. WOLFERSDORF & GRÜNEWALD (1998, S. 178) verweisen ebenfalls in diesem Band auf die hohe Beanspruchung von therapeutisch-pflegerischen Teams, die hauptsächlich mit depressiven PatientenInnen arbeiten. Die Autoren sehen die Gefahr, dass SupervisorenInnen angesichts der oft auf Depressionsstationen verbreiteten Atmosphäre von Hoffnungslosigkeit dazu neigen könnten, ideale Behandlungskonzepte zu entwickeln und auf die Ebene aktiver Handlungsanweisungen zu wechseln. DULZ (1998) hält Supervision bei der Therapie von Borderline-PatientenInnen für besonders wichtig. Er sieht für Supervision dieselben Kriterien, wie sie auch für die Therapie mit Borderline-PatientenInnen relevant sind: Variables Setting, grundsätzliche Sympathie gegenüber dem Personenkreis, die haltende Funktion, technische Neutralität, Supervisor als „reale“ Person und einen hohen Informationsstand des Teams. Die Bedeutung von Themen wie Autonomieentwicklung und Konflikten mit Forderungen aus der Arbeit mit Abhängigkeitskranken (Klarheit, Grenzen erkennen, Abschied von Grandiositätsphantasien etc.) betont WERNADO (1998) als sucht-typische Supervisionsthemen. In Zusammenhang mit forensisch-psychiatrischen Patienten geht MÖLLER (1998) auf die besondere Bedeutung von Spaltungsprozessen bei dissozialen Menschen ein, die sich oft auch in Spaltungsphänomenen in Klinikteams widerspiegeln. Supervision müsse auf diese besonders eingehen um Rückzugstendenzen oder Manipulationstendenzen zu verhindern. ZAEPFEL & METZMACHER (1998) und PETZOLD & PETZOLD (1998) verweisen in Zusammenhang mit Kinder- und Jugendpsychiatrischen bzw. geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen auf die hohe Belastung und damit verbundene Burn-out-Gefahren und sehen die Bearbeitung solcher Themen als wichtige Supervisionsaufgabe.

Ebenso wichtig wie erkrankungsbezogene Merkmale und ihre Auswirkungen auf Behandlung und Supervision ist im psychiatrischen Bereich auch der Grad der Freiwilligkeit der Behandlung - zwangsweise stationäre Aufenthalte und Zwangsbehandlungen spielen immer noch eine große Rolle in der Psychiatrie -, die soziale Einbindung der PatientenInnen und ihre Lebenswelten. Nicht vergessen werden sollte in diesem Zusammenhang auch, dass sich eine Vielzahl von gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre auch direkt negativ auf die Lebensbedingungen vieler PatientenInnen ausgewirkt hat. Dies gilt vor allem für Änderungen im Bereich der Existenzsicherung und der Arbeitsverwaltung (SGB II, SGB III).

Im Rahmen einer mehrperspektivischen Sichtweise von Supervision müssen all diese Faktoren in den Blick genommen werden, um die jeweiligen Leistungen für die PatientenInnen zu optimieren. Nach ECK (1998, S. 25) sollte der Supervisor unterschiedliche „Brillen“ für die verschiedenen Ebenen zur Verfügung haben:

„...eine agogisch-therapeutische Brille zur Vermittlung von Wissen (...), eine Brille für die individuelle Arbeitsebene (...), eine Brille für die interaktionale Arbeitsebene (...), eine Brille für die systemische und organisationale Arbeitsebene (...).“ (ECK 1998, S. 25)

Supervision in der Psychiatrie kann nach ECK in diesem Zusammenhang folgende Zielsetzungen verfolgen:

- Fallarbeit
- Kompetenzentwicklung
- Organisationsentwicklung
- Vorbeugung von Burnout-Phänomenen

3. Empirische Untersuchungen zur Supervision in der Psychiatrie

Zur Supervision in der Psychiatrie gibt es inzwischen eine Reihe von Veröffentlichungen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um theoretische Artikel und um Erfahrungsberichte (vgl. z.B. ECK 1998). Empirische Untersuchungen zu dem Themenbereich sind dagegen eher selten, sieht man von den Untersuchungen zur Psychotherapieausbildungssupervision im anglo-amerikanischen Raum ab.

RAVE-SCHWANK (1997) untersuchte die Beurteilung von Supervision durch 80 MitarbeiterInnen einer psychiatrischen Klinik mit Vollversorgungsauftrag. Die Ergebnisse der Untersuchung, bei der es sich eher um einen Praxisbericht handelt, zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der Supervision und dem/der SupervisorIn. Alle Befragten gaben an, Supervision für nützlich zu halten, 96,3 % gaben an, selbst von Supervision profitiert zu haben, lediglich 11,3 % gaben dagegen an, durch die Supervision belastet oder gekränkt worden zu sein. Hinsichtlich der Supervisionsinhalte standen hauptsächlich die PatientenInnen im Zentrum der Supervision (73,8 %). Teamfragen spielten dagegen eine deutlich geringere Rolle (37,5 %). Fast alle Befragten dieser Untersuchung waren schließlich mit der Leistung des/der SupervisorsIn und mit seinem Verständnis der Supervisionsanliegen zufrieden. Problematisch an dieser Untersuchung ist zum einen, dass sie von der Klinikleitung selbst durchgeführt wurde, was (trotz der Anonymität) möglicherweise zu Verfälschungen bei den Antworten geführt haben könnte. Darüber hinaus wird in dem Artikel nur sehr unzureichend über die eingesetzten Methoden Auskunft gegeben.

In einer Untersuchung von GOTTFRIED & PETITJEAN 2003 wurde im Rahmen einer Multi-centerstudie Supervision in der Psychiatrie untersucht. Das Hauptziel der Untersuchung war es, den Nutzen und positive Erfahrungen durch Supervision, negative Erfahrungen durch Supervision, protektive und Risikofaktoren der Supervision für SupervisandenInnen und KlientenInnen sowie allgemeine Erwartungen an SupervisorenInnen abzuschätzen.

Die Untersuchung wurde mit einem standardisierten Fragebogen durchgeführt, der in Anlehnung an einen an der Freien Universität Amsterdam und an der Donauuniversität in Krems entwickelten Fragebogen konstruiert wurde. Hinsichtlich der Wirkungsbereiche wurde in der Studie nach den Bereichen „Persönlicher Nutzen“, „Beruflicher Nutzen“, „Teambezogener Nutzen“ und „PatientenInnenbezogener Nutzen“ unterschieden. Darüber hinaus wurden die ProbandenInnen nach positiven und negativen Erfahrungen in der Supervision, nach protektiven Faktoren sowie nach Risiken und Nebenwirkungen für KlinikmitarbeiterInnen und PatientenInnen befragt.

Die Untersuchung wurde an sechs psychiatrischen Kliniken in der Schweiz durchgeführt, insgesamt konnten 326 zurückgeschickte Fragebögen in die Untersuchung aufgenommen werden. Das entspricht einem Rücklauf von ca. 43,1 %¹².

¹² Die AutorenInnen geben einen durchschnittlichen Rücklauf von 54 % (GOTTFRIED & PETITJEAN 2003, S. 304) an, was deutlich höher ist als der tatsächliche Rücklauf von 43,1 %. Dies hängt damit zusammen, dass der

Hinsichtlich der Supervision zeigte sich, dass insgesamt der Anteil der Fallsupervision am höchsten war (68 %). Dieser Anteil schwankte aber von Klinik zu Klinik sehr stark. Auch hinsichtlich der Freiwilligkeit der Teilnahme an Supervision, der Supervisionsfrequenz und der Sitzungsdauer ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken. Der Anteil von PsychologInnen und ÄrztInnen an den Supervisoren war insgesamt am höchsten, SozialpädagogInnen und Pflegeberufe spielten eine geringere Rolle. Nur ein kleiner Teil der Befragten schätzte die fachliche und soziale Kompetenz des/der SupervisorsIn als gering ein.

Die Ergebnisse zeigen, dass 47 % der befragten SupervisandenInnen einen mittleren Nutzen auf der persönlichen, beruflichen, teambezogenen und patientenbezogenen Ebene sahen, 29 % der Befragten sah einen hohen Nutzen. Die AutorenInnen sehen diese Werte als insgesamt eher mittelmäßig an und halten Reflexionen zur Steigerung der Qualität für erforderlich:

„Wenn man davon ausgeht, dass Supervision eine Methode für die Qualitätssicherung, Unterstützung und Kontrolle von Fachkräften (diplomierte Pflegefachkräften, studierte PsychologInnen, MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen etc.) ist, durchgeführt von Supervisoren und Supervisorinnen als „*Experten für Experten*“, dann ist damit „die Latte hoch gelegt“, was die Qualitätsanforderungen und Qualitätsbachweise angeht. Und dann sind mittlere, befriedigende Werte (in dieser Studie 47 %) keine sonderlich gute Bewertung und 29 % als hoch, d.h. „gut“ und „sehr gut“ eine eher mäßige Quote in der Gesamtbewertung, wenn dagegen 18 % einen geringen und 6 % gar keinen Nutzen ergeben.“ (GOTTFRIED e.a. 2003, S. 326 f.)

Allerdings zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Supervisionsarten: Der berufsbezogener bzw. patientenInnenbezogene Nutzen wurde signifikant häufiger bei TeilnehmerInnen patientenInnenbezogener Supervision (Fallsupervision) mittel bzw. hoch bewertet als bei TeilnehmerInnen teambezogener Supervision (Teamsupervision). Keine Unterschiede zwischen Team- und Fallsupervision zeigten sich dagegen bei der Einschätzung des „persönlichen und teambezogenen Nutzens“.

Hinsichtlich der Supervisionserfahrungen der letzten Monate berichteten immerhin 18 % der Befragten von negativen Erfahrungen, von denen die AutorenInnen 5 % als maligne Erfahrungen (schädigend) einschätzten. Trotz 74 % mit positiven Erfahrungen schätzen die AutorenInnen auch dieses Ergebnis als bedenklich ein.¹³

Ähnliche ambivalente Bewertungen wurden hinsichtlich der Bereiche protektive Faktoren und Risikofaktoren für KlinikmitarbeiterInnen und PatientenInnen durch Supervision gefunden. Sowohl für PatientenInnen (20,6 %) als auch für MitarbeiterInnen (48,5 %) werden von erheblichen Teilen der SupervisandenInnen Risikofaktoren genannt. Protektive Faktoren durch Supervision benennen 76,1 % für die MitarbeiterInnen und 67,5 % für die PatientenInnen.

Hinsichtlich der Erwartungen an SupervisorenInnen konnten die AutorenInnen drei Faktoren extrahieren, von denen der erste mit fachlicher Kompetenz und Performanz beschrieben werden kann, der zweite mit Klärung von Konflikten im Team und der dritte mit der Verbesserung von Arbeitsabläufen:

Rücklauf in den drei großen Kliniken, die in die Studie einbezogen waren mit 22 – 53 % deutlich niedriger ist als in den kleineren Kliniken (57 – 85 %).

¹³ Eingehender wurden die Ergebnisse dieser Studie zu negativen Erfahrungen in der Supervision bereits in Kapitel 3.1.3. Nr. 3 dargestellt.

Tabelle 10: Erwartungen an die Supervision (nach GOTTFRIED e.a. 2003, S. 323)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Faktor 1: 24,3 % der Gesamtvarianz | Optimierung therapeutischer Interventionen Erhöhung der beruflichen fachlichen Fähigkeiten Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen Unterstützung/Entlastung |
| Faktor 2: 19,3 % der Gesamtvarianz | Problem- und Konfliktlösung Verbesserung der Kommunikation im Team Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen im Team |
| Faktor 3: 13,9 % der Gesamtvarianz | Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team |

Hinsichtlich der Eigenschaften, die ein/e SupervisorIn nach Ansicht der SupervisandenInnen haben sollte, konnten die Autoren zwei Faktoren extrahieren, von denen der erste für die fachliche Kompetenz und Performanz steht und der zweite für Vermittlungs- und Problemlösefähigkeit.

Die Autoren verweisen auf folgende Einschränkungen für die Repräsentativität der Ergebnisse:

1. Die Rücklaufquote entspricht nicht den von BORTZ (2000) geforderten 60 %, sei aber mit 54 % trotzdem relativ hoch.
2. Bestehende Ängste von MitarbeiternInnen, die Studie könne genutzt werden, um Supervision abzuschaffen, was bei einem Teil der Befragten zu positiveren Bewertungen geführt haben könnte.

Letzteren Einwand sehen die AutorenInnen als einen Hinweis darauf, dass Supervision als Freiraum und Möglichkeit der Entlastung wichtig ist.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Supervision von den befragten MitarbeiternInnen stationärer psychiatrischer Einrichtungen überwiegend als für die eigene Person, das Team und die PatientenInnen nützlich angesehen wird, dies insbesondere bei TeilnehmernInnen von Fallsupervision. Entsprechend waren auch die Erfahrungen mit Supervision überwiegend positiv und Supervision wurde überwiegend als protektiver Faktor, weniger als Risikofaktor gesehen. Ob diese Ergebnisse aber auch vor dem Hintergrund der hohen Erwartungen an Supervision als ausreichend zu beurteilen sind, bezweifeln die AutorenInnen. Hinsichtlich der Erwartungen bestätigten sich drei Hauptfunktionen von Supervision, nämlich die der Verbesserung der fachlichen Kompetenz/Performanz, die der Klärung und Lösung von Teamkonflikten sowie die der Verbesserung von Arbeitsabläufen. Diese spiegeln sich auch in den erwarteten SupervisorenInneneigenschaften (Fachkompetenz, Problemlösekompetenz) wieder.

Während sich die o.g. Untersuchung mit Supervision in stationären psychiatrischen Einrichtungen befasste, befasste sich die Untersuchung von EICHERT (2005) mit Supervision in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen. Vor dem Hintergrund stress- und ressourcentheoretischer Überlegungen wurde in einer Fragebogenuntersuchung an 110 MitarbeiternInnen ambulanter psychiatrischer Einrichtungen einer Region die Entwicklung berufsrelevanter Ressourcen, wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen durch Supervision untersucht. Das der Untersuchung zugrunde liegende Modell geht davon aus, dass durch Supervision berufsrelevante Ressourcen und deren Nutzbarkeit entwickelt und verbessert werden können. Dies führt wiederum zu höherer wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen aus der Arbeit, was sich positiv auf die Bewältigung von Anforderungen und mögliche Stressfolgen auswirkt.

Befragt wurden die UntersuchungsteilnehmerInnen mit einem Fragebogen, in dem neben allgemeinen Fragen zur Person Fragen zur Arbeitssituation, zur gesundheitlichen Situation, zur Supervision sowie zu den wahrgenommenen Wirkungen von Supervision auf die berufsrelevanten Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit enthalten waren. In diesen Fragebogen war der Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (PRÜMPER e.a. 1995) sowie die Beschwerdenliste von ZERSSSEN (1975) enthalten. Die Items des KFZA sowie die Items zu den Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und zur Einschätzung der SupervisorenInneneigenschaften und der Supervisionsthemen sollten von den Befragten auf einer 5-stufigen Skala bewertet werden.

Fast alle Befragten gaben an, Supervision zu haben. In der Regel fand diese in 1-2-monatlichen Abständen statt und dauerte 90 – 120 Minuten. Die Supervision kam etwa zu gleichen Teilen auf eigene Initiative bzw. auf Anordnung der Leitung statt. In der Regel fand sie als Teamsupervision mit Leitung statt, andere Formen spielten eine geringere Rolle. Als SupervisorenInneneigenschaften wurden vor allem Fach- und Feldkenntnisse, Einfühlungsvermögen, Sympathie, Präzision und pädagogisches Geschick hoch bewertet ($M = 3,6-4,1$). Bekanntheit, Geschlechtszugehörigkeit und Theoretische Nähe spielten dagegen keine große Rolle ($M = 1,5-2,7$). Als in der Supervision wichtige Themen bewerteten die Befragten insbesondere die Arbeit mit den Klienten hoch ($M = 4,3$) sowie die Zusammenarbeit bzw. Konflikte mit Kollegen ($M = 3,3$). Mittelwerte unter 3 erreichten dagegen die Themenbereiche Zusammenarbeit bzw. Konflikte mit Vorgesetzten, Konzeptionsentwicklung, Berufspolitik und theoretische Fragen.

Bei den Fragen zu den Wirkungen auf die berufsrelevanten Ressourcen und deren Nutzbarkeit zeigte sich, dass insbesondere Wirkungen auf Bereiche hoch bewertet wurden, bei denen es sich um professionelle Ressourcen i.S. beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten handelte, sowie um den Bereich der kollegialen Zusammenarbeit. Weniger hoch bewertet wurden Verbesserungen im Bereich der Unterstützung durch Vorgesetzte und Einfluss. Keine Rolle spielten bei den Befragten Verbesserungen im Bereich der materiellen Ausstattung und der Fortbildung. Eine Faktorenanalyse über alle Ressourcen-Items (Verbesserung und verbesserte Nutzbarkeit) ergab 4 Faktoren (Professionelle Ressourcen, Materielle Ausstattung/Fortbildung, Unterstützung durch Vorgesetzte/Einfluss sowie kollegiale Unterstützung). Bei der separaten Faktorenanalyse der Items zu Verbesserung von Ressourcen und zu verbesserter Nutzbarkeit von Ressourcen ergaben sich jeweils drei Faktoren:

Tabelle 11: Ressourcenfaktoren getrennt nach Verbesserung und verbesserter Nutzbarkeit (nach EICHERT 2005, S. 296)

| | |
|--|---|
| Faktor 1: 38,9 % bzw. 40,19 % der Gesamtvarianz | Fachkenntnisse, Feldkompetenz, Souveränität, Wahrnehmungsfähigkeit, berufliche Fertigkeiten, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten |
| Faktor 2: 17,06 % bzw. 17,21 % der Gesamtvarianz | Kollegiale Zusammenarbeit, Unterstützung Vorgesetzte, Einflussmöglichkeiten |
| Faktor 3: 14,35 % bzw. 15,49 % der Gesamtvarianz | Fortbildungsmöglichkeiten, materielle Ausstattung |

Interessant ist, dass diese Faktoren, die wahrgenommene Verbesserungen bzw. verbesserte Nutzbarkeit von berufsrelevanten Ressourcen beschreiben, mit den oben dargestellten Faktoren zu den Supervisionserwartungen von SupervisandenInnen von GOTTFRIED korrespondieren.

Wahrgenommene Verbesserungen bei den professionellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit standen vor allem in Zusammenhang mit der SupervisorenInneneigenschaft Präzision. Bei den Supervisionsthemen bestand ein positiver Zusammenhang zwischen professionellen Ressourcen

und dem Thema „Arbeit mit KlientenInnen“. Ein negativer Zusammenhang bestand zu dem Thema „Zusammenarbeit/Konflikte im Team bzw. Leitung“. Zwischen letzterem Thema sowie dem Thema „Konzeptionsentwicklung“ und wahrgenommenen Verbesserungen im Bereich „soziale Unterstützung durch Team/Leitung“ bestand dagegen eine signifikant positive Beziehung. Hinsichtlich der Settingsmerkmale zeigte sich, dass eine hohe Sitzungsfrequenz eher mit Verbesserungen im Bereich der sozialen Ressourcen einhergeht, während lange Supervisionszeiträume eher mit Verbesserungen bei den professionellen Ressourcen einhergeht. Außerdem zeigten sich wahrgenommene Verbesserungen in den sozialen Ressourcenfaktoren eher in den Teamsupervisionsformen.

Neben den Auswirkungen auf die Ressourcen sahen die Befragten schließlich auch Verbesserungen hinsichtlich der Arbeitssituation, ihrer Kontrollmöglichkeiten und ihrer Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen.

Die allgemeine Supervisionszufriedenheit sowie wahrgenommene Verbesserungen der Arbeitssituation standen in positivem Zusammenhang mit wahrgenommenen Verbesserungen der professionellen Ressourcen. Außerdem zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Verbesserungen der professionellen Ressourcen und wahrgenommener verbesserter Kontrolle gegenüber Belastungen. Schwächer war der Zusammenhang zu verbesserter sozialer Unterstützung. Ebenfalls signifikant war der starke positive Zusammenhang zwischen wahrgenommener verbesserter Nutzbarkeit von professionellen Ressourcen und wahrgenommener verbesserter Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen. Auch hier war der Zusammenhang zu verbesserter Nutzbarkeit sozialer Unterstützung schwächer.

Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindikatoren und wahrgenommener verbesserter Kontrolle oder Selbstwirksamkeit konnten nicht gefunden werden. Es zeigten sich aber positive Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit sowie fast allen Gesundheits- und Belastetheitsindikatoren.

Einschränkend ist zu den Ergebnissen anzumerken, dass die Untersuchung retrospektiv angelegt war, der Fragebogen nur positive Items enthielt, keine Unterscheidungen nach Supervisionsansätzen vorgenommen wurde und nicht nach negativen Supervisionseffekten gefragt wurde.

Zusammenfassend kann man aber feststellen, dass die wahrgenommenen „Wirkungen“ von Supervision sich je nach SupervisorIn, Supervisionsform und Supervisionssetting unterscheiden. Insoweit werden die bereits oben dargestellten Ergebnisse zu den Wirkfaktoren von Supervision (SupervisorIn, Setting) aus anderen Berufsfeldern bestätigt. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Entwicklung der professionellen Ressourcen durch Supervision. Das Ausmaß der Entwicklung der professionellen Ressourcen scheint für die Bewertungen hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitssituation, der Kontrollmöglichkeiten und der Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen eine entscheidende Rolle zu spielen.

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das Arbeitsfeld der Psychiatrie aufgrund der historischen Entwicklung auch heute noch sehr stark von der Ambivalenz zwischen Kontrolle und Behandlung geprägt ist.

Nach einer Reformphase in Anschluss an die Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren ist auch die Psychiatrie in den letzten Jahren angesichts leerer Kassen im Gesundheitswesen unter starken

Kostendruck geraten. Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und deren Umsetzung durch die jeweiligen Kostenträger wirken sich stark auf die Arbeitssituation der Beschäftigten aus.

Weitere supervisionsrelevante Aspekte ergeben sich aus der institutionellen Struktur des Einrichtungsträgers. Hier spielen Fragen der Personalstruktur, der speziellen Arbeitsorganisation eines psychiatrischen Krankenhauses, die Weite des jeweiligen Versorgungsauftrages, die Rechtsform der Einrichtung, deren weltanschauliche Ausrichtung sowie organisationskulturelle Aspekte eine Rolle.

Darüber hinaus ergeben sich supervisionsrelevante Gesichtspunkte aus der jeweiligen PatientenInnenstruktur. Je nach Schwerpunkt einer Klinik oder einer Station ergeben sich für die Beschäftigten starke affektive Belastungen aus der Interaktion mit den PatientenInnen, die auf unterschiedliche Reaktionstendenzen treffen können. Neben den jeweiligen Krankheitsbildern spielen hier das Ausmaß der Freiwilligkeit der Behandlung sowie die soziale Einbindung der PatientenInnen eine wichtige Rolle.

Betrachtet man die vorliegenden empirischen Untersuchungsergebnisse zur Supervision in der Psychiatrie, so sind bisher vor allem der wahrgenommene Nutzen von Supervision bzw. ihre wahrgenommenen Wirkungen und deren Determinanten untersucht worden. Insgesamt kann man nach den vorliegenden Ergebnissen davon ausgehen, dass Supervision unter verschiedenen Aspekten (Person, PatientenInnen, Team) als nützlich angesehen wird. Der jeweils spezifische Nutzen scheint abhängig zu sein von der Art der Supervision, wahrgenommenen Eigenschaften des/der SupervisorsIn und dem thematischen Schwerpunkt der Supervision. Sowohl hinsichtlich der Supervisionserwartungen als auch hinsichtlich der wahrgenommenen Wirkungen scheinen dabei die Verbesserung professioneller Ressourcen (Fachkenntnisse, Feldkenntnisse) vor der Verbesserung sozialer Aspekte der Arbeitssituation (Kooperation, Konfliktlösungen) und Verbesserungen im Bereich der materiellen Ressourcen (Arbeitsabläufe, Ausstattung) die größte Bedeutung zu haben. Für das Ausmaß der wahrgenommenen Verbesserung der Arbeitssituation, der Kontrollmöglichkeiten und der Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen scheinen vor allem wahrgenommene Verbesserungen bei den professionellen Ressourcen eine entscheidende Rolle zu spielen.

3.2. Stress – Ressourcen - Kontrolle

Im Verlauf dieses Kapitels gehe ich zunächst auf verschiedene Stressforschungsansätze ein, insbesondere auf die transaktionale Stresstheorie von LAZARUS. Darüber hinaus gehe ich auf resourcentheoretische Erweiterungen dieses Ansatzes und den Zusammenhang zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein.

Die letzten beiden Abschnitte dieses Kapitels befassen sich schließlich mit dem Zusammenhang von arbeitsbedingtem Stress und Gesundheit, insbesondere in Hinblick auf den Gesundheitsbereich.

3.2.1. Ansätze der Stressforschung

In der Stressforschung kann man grundsätzlich zwischen reaktionsbezogenen, situationsbezogenen und relationalen bzw. interaktionistischen Konzepten unterscheiden.¹⁴

Reaktionsbezogenen Konzepte fokussieren Reaktionsformen (physiologisch, emotional, Verhalten) unabhängig von Situationen. Diese Konzeption geht in erster Linie auf SELYE zurück, der Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung beschreibt. Das „Allgemeine Anpassungssyndrom“ zeichnet sich durch erhöhten Blutdruck, schnellere und tiefere Atmung sowie durch verstärkte Bereitstellung von Energiereserven (erhöhte Glykogenkonzentration in der Leber) aus. SELYE nahm an, daß eine verstärkte Aktivierung der Nebennierenrinde durch die Hypophyse zur verstärkten Ausschüttung von Cortisol und Corticosteron führe. Die auf diesem Modell basierende so genannte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) ist das in der Stressforschung wichtigste System.¹⁵

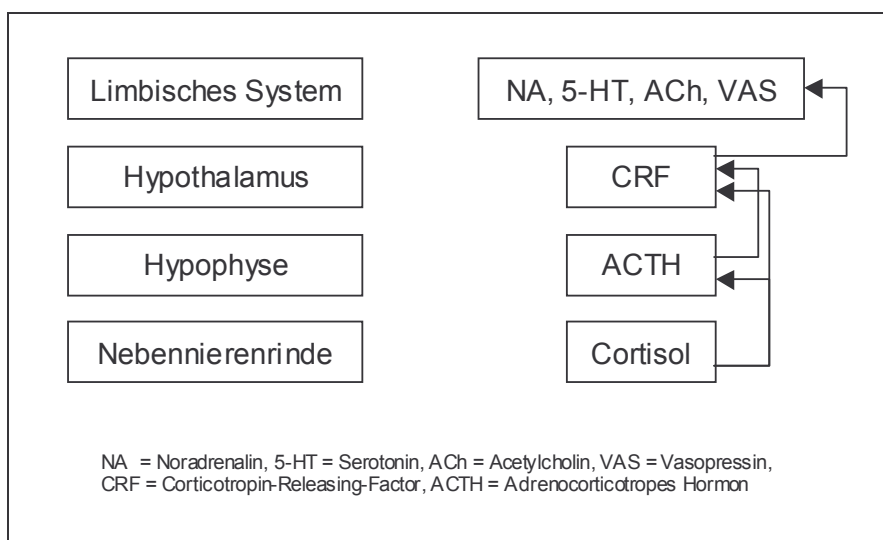


Abbildung 4: HHN-Achse mit Rückkoppelungssystemen nach SCHWARZER e.a. 2002

Nach SELYE läuft das Anpassungssyndrom in den drei typischen Phasen Alarmreaktion (Schockphase, Gegenschockphase), Widerstandsreaktion und Erschöpfungsphase ab. Nach einer kurzzeitigen Absenkung des Widerstandsniveaus in der Alarmreaktion kommt es zunächst zu einem Ansteigen des Niveaus, das in der Widerstandsphase unter verändertem physiologischem Gleichgewicht gehalten werden kann. Zum Zusammenbruch der Anpassungsmechanismen im Erschöpfungsstadium kommt es, wenn die maximale Widerstandszeit überschritten wird.

¹⁴ Die in den Arbeitswissenschaften übliche Differenzierung zwischen „psychischer Belastung“ im Sinne von Stress und „psychischer Beanspruchung“ im Sinne von Strain ist in der Stressforschung nicht übernommen worden. Hier bezeichnet der Begriff Stress sowohl die Belastung als auch die Beanspruchung.

¹⁵ Ebenfalls relevant ist das sympathomedulläre System, das nicht unabhängig von der HHN-Achse stimuliert wird, wobei in der neueren Forschung von einem homöostatischen Prinzip ausgegangen wird. (Vgl. hierzu NETTER und HENNIG 2002, S. 569 – 573)

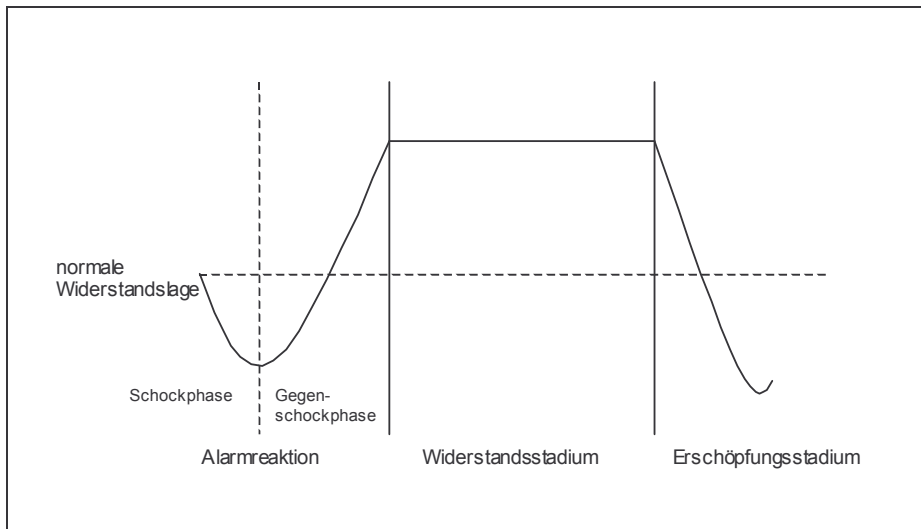


Abbildung 5: Allgemeines Anpassungssyndrom nach SELYE

Kritisiert wurde dieses Modell hinsichtlich der postulierten Reiz-Unspezifität sowie hinsichtlich der beteiligten hormonellen Regulationssysteme, die entgegen der Annahme SELYEs je nach Reaktion auf die Belastungssituation unterschiedlich sein können. Außerdem sind die genaueren Wirkungen lang anhaltenden Stresses auf das menschliche Immunsystem derzeit noch ungeklärt. (vgl. hierzu TRAPP 1999, S. 9)

Situationsbezogene Konzepte untersuchen in erster Linie Stressoren und stressauslösende Bedingungen, wobei sie ähnlich wie SELYE von einer unspezifischen unmittelbaren Stresswirkung ausgehen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die gesundheitliche Relevanz kritischer Lebensereignisse aus der Summe innerhalb eines definierten Zeitraums auftretenden Belastungen resultiere. Zur Messung konstruierten HOLMES und RAHE (1967) die „Social Readjustment Rating Scale“ (SRRS), mit dem sog. LCU's (Life change units) als Maß für die Lebensbelastung in einem bestimmten Zeitraum erhoben und in Beziehung zu Gesundheitsindikatoren gesetzt werden können. Hier wurden, wenn auch niedrige, Korrelationen gefunden. Die Problematik des Ansatzes besteht darin, dass unterschiedliche Personen gleiche Ereignisse unterschiedlich bewerten. Diese Prozesse werden nicht berücksichtigt. Darüber hinaus geht der Ansatz davon aus, dass auch positive Lebensereignisse gesundheitlich relevant sind, was empirisch nicht nachgewiesen werden konnte. Außerdem werden „daily hassels“, die in chronifizierter Form gesundheitsschädigend wirken können, in dem Ansatz nicht erfasst.

Interaktionistische bzw. transaktionale Stresskonzepte beschäftigen sich schließlich in erster Linie mit Stress in der Sichtweise der betroffenen Person. In diesen Ansätzen geht es um wahrgenommene Eigenschaften von Stresssituationen und wahrgenommenen Bewältigungskompetenzen. Transaktionale Konzepte gehen schließlich von reziproken Wirkungsbeziehungen aus. Nach dieser Konzeption wird die mögliche Modifizierung von Umweltbedingungen durch Bewältigungsverhalten und daraus folgende veränderte Stresseinschätzung berücksichtigt. Der wichtigste Vertreter der transaktionalen Stressforschung ist die Gruppe um LAZARUS, auf deren Modelle im Folgenden genauer eingegangen wird.

3.2.2. Transaktionale Stresstheorie

LAZARUS und LAUNIER definieren Stress als

“...-any event in which environmental or internal demands (or both) tax or exceed the adaptive resources of an individual, social system or tissue system.“ (LAZARUS & LAUNIER, 1978, S. 296)

1. Ursprüngliches Modell

Das allgemeine Ablaufschema des ursprünglichen Modells sieht eine Folge von subjektiven Bewertungsprozessen einer Bedrohung und deren Bewältigung vor.

Im *primary appraisal* wird die Bedrohlichkeit einer Situation bewertet, wobei die Interaktion von Stimulusaspekten (Stimulusstärke, Mehrdeutigkeit, Unmittelbarkeit etc.) und Personenaspekte (motivationale Merkmale, intellektuelle Fähigkeiten, Erwartungen etc.) für die Entscheidung, ob eine Situation als stressrelevant bewertet wird, ausschlaggebend ist. Wird die Situation als bedrohlich bewertet, folgt ein zweiter Bewertungsprozess.

Im *secondary appraisal* erfolgt die Bewertung verfügbarer Umgangsmöglichkeiten mit einer als bedrohlich bewerteten Situation, wobei sowohl die Maßnahmen selbst als auch deren Folgen beurteilt werden. Auch hier spielt die Interaktion von Stimulusaspekten (Lokalisierbarkeit der Gefahrenquelle, Ausführbarkeit alternativer Maßnahmen, situative Zwänge) und Personenaspekten (Motivationsmuster, Ich-Stärke, Impulskontrolle, Angstabwehr, allgemeine Einstellungen etc.) eine Rolle.

Als Beantwortungsmuster stehen grundsätzlich zwei Verhaltensklassen zur Verfügung. Die direkten Aktionsmuster bestehen aus Flucht bzw. Angriff, intrapsychische Prozesse (Aufmerksamkeitsveränderungen, Umbewertungen etc.) spielen eine Rolle, wenn keine direkte Einwirkungsmöglichkeit besteht.

Im abschließenden Reappraisal werden die Ergebnisse des Bewältigungsvorganges neu bewertet, wobei bei ungünstigem Ausgang der Prozess wieder von vorne einsetzt.

2. Transaktionale Umformulierung

Die reformulierte Theorie ist in transaktionale Termini gefasst, es werden Beziehungen zwischen Person und Umwelt untersucht. Im Gegensatz zur interaktionalen Sichtweise gehen die transaktionalen Begriffe über die darin eingeschlossenen Personen- und Umweltvariablen hinaus. Dies betrifft insbesondere die Kategorien Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung, die als transaktionale Begriffe zu eigenen Analyseeinheiten werden.

Im Rahmen des *primary appraisal* (nach SCHWARZER: Situationsmodell, Ereigniswahrnehmung) wird die Bedeutsamkeit jeder Person-Umwelt-Transaktion überprüft und hinsichtlich der Kategorien *irrelevant*, *positiv*, *stressrelevant* eingestuft. Stressrelevante Bewertungen werden weiter differenziert nach den Kategorien *Schädigung/Verlust* (eingetretener Schaden), *Bedrohung* (antizipierter Schaden) und *Herausforderung* (antizipierte Bewältigung).

Das *secondary appraisal* (nach SCHWARZER: Selbstmodell, Ressourcenwahrnehmung) dient der Bewertung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Maßgeblich für die Auswahl von Bewältigungsstrategien sind hierbei der *Grad der Ungewissheit des Ereignisses*, der *Grad der be-*

werteten Bedrohung, das Vorhandensein von Konflikten sowie der Grad der Hilflosigkeit. Darüber hinaus spielen Persönlichkeitsfaktoren eine wichtige Rolle.

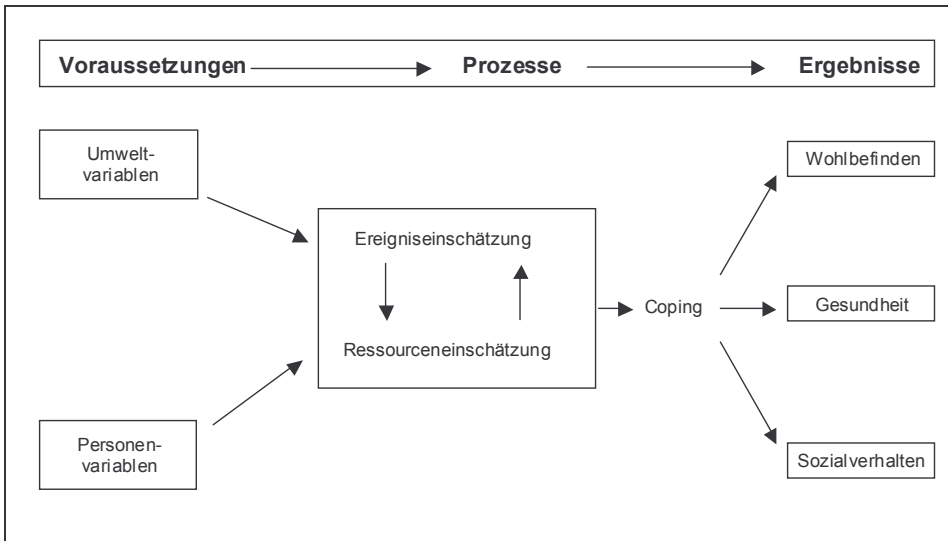


Abbildung 6: Transaktionales Stressmodell aus: SCHWARZER 2000, S. 16

Hinsichtlich des Bewältigungsverhaltens selbst wird zunächst nach den Funktionen *Emotionsregulierung* (palliativ) und *Problemlösung* (instrumentell) unterschieden. Weitere Differenzierungen betreffen die *zeitliche Orientierung*, den *thematischen Charakter* sowie den *instrumentellen Schwerpunkt*. Hinsichtlich der Bewältigungsklassen wird unterschieden in *Informationssuche*, *direkte Aktion*, *Aktionshemmung* und *intrapsychische Bewältigungsformen*. Aus der Kombination dieser Kategorien ergeben sich 32 theoretische Kategorien für Bewältigungsverhalten:

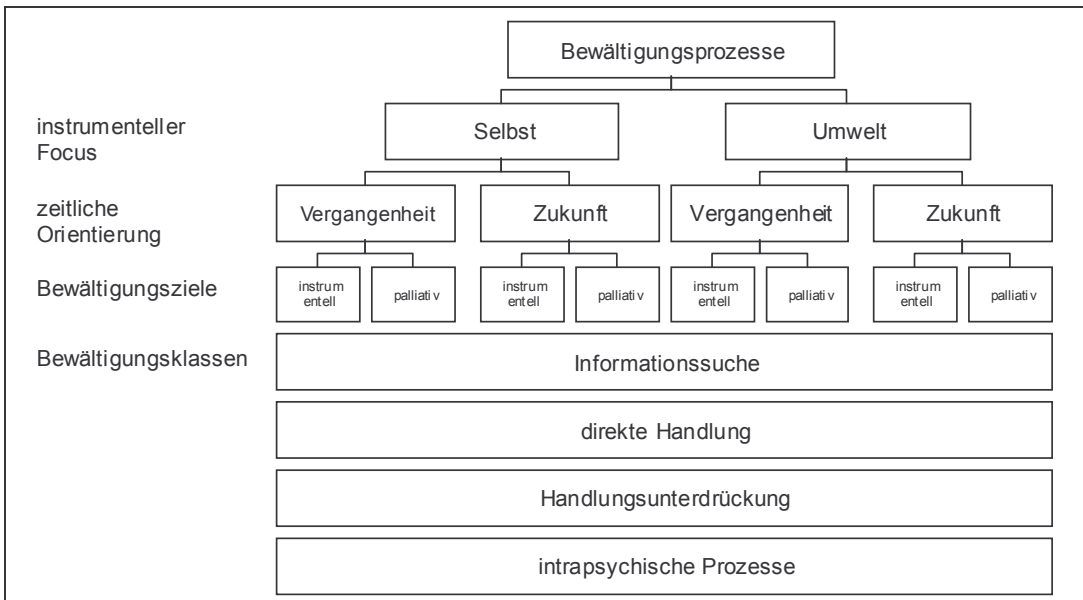


Abbildung 7: Klassen von Bewältigungsprozessen nach LAZARUS und LAUNIER 1978

Insbesondere in der reformulierten Fassung der Stress-Theorie legt LAZARUS großen Wert auf die Bewältigung von Stress, der er größere Bedeutung beimisst als dem Stress selbst. Die Auswahl von Bewältigungsstrategien ist abhängig von der Beurteilung ihrer Effizienz, die wiederum abhängig ist von der sekundären Einschätzung (Selbstmodell).

3.2.3. Ressourcen

Das Selbstmodell (oder secondary appraisal) beinhaltet die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Mittel zur Bewältigung von Anforderungen, und ist daher eng mit zur Verfügung stehenden Ressourcen verbunden. Im Folgenden gehe ich daher zunächst auf den Ressourcenbegriff, auf die in diesem Zusammenhang wichtigen Konzepte der Selbstwirksamkeit und der sozialen Unterstützung sowie auf theoretische Modelle zur Wirkungsweise von Ressourcen ein.

1. Ressourcenbegriff

Ressourcen sind materielle oder mentale eigene oder fremde Mittel, die einer Person zur Verfügung stehen und die bei der Bewältigung von Stress-Situationen eingesetzt werden können. Bei der Beurteilung der Effizienz von Bewältigungsverhalten dürften vorhandene und einsetzbare Ressourcen und Potentiale und deren subjektive Wahrnehmung und Einschätzung von großer Bedeutung sein.

PETZOLD definiert nutzbare Ressourcen als "...alle im „Ressourcenreservoir“ eines Systems (Person, Gruppe, Organisation) vorhandenen *materiellen* Bestände (Geld, Maschinen) und *mentalen* Bestände (Kenntnisse, Wissensvorräte), welche in *interne* (z.B. Kontrollüberzeugungen, Kompetenzen/Fähigkeiten, Performanzen/Fertigkeiten) und *externe* (z.B. Informationen von Kollegen, Freunden, Sozialagenturen) differenziert werden. Sie können als „*Eigenressourcen*“ im Zugriff des Systems stehen oder als „*Fremdressourcen*“ von anderen Systemen bereitgestellt werden. *Ressourcengebrauch* setzt voraus, dass Ressourcen vom System (d.h. dem Subjekt, dem Team, der Organisation) wahrgenommen werden (*perception*), basal qualifiziert werden (*marking*) und aufgrund funktionaler emotiver Bewertungsprozesse (*valuation*) und kognitiver Einschätzungsprozesse (*appraisal*) als *verfügbare Ressourcen* eingestuft werden, so dass sie zugänglich und mobilisierbar sind (*resourcing*) und faktisch in möglichst optimaler Weise genutzt werden (acting).“ (PETZOLD 1997k, S. 447 f.)

Bereits bei FRESE (1977) sind Faktoren wie vorberufliche Sozialisation, genetisches Potential, allgemeiner Lebenszusammenhang, Solidarität und Klassenbewusstsein die, ihrerseits Parallelen zum Ressourcenbegriff haben, wichtige modifizierende Faktoren bei der Entwicklung generalisierter Kontrolleinstellungen.

In seiner Theorie der Ressourcenerhaltung, die eine Weiterentwicklung der Stresstheorie von LAZARUS darstellt, unterscheidet HOBFOLL (1988) als Ressourcenkategorien:

- *Gegenstände* (Nahrung, Kleidung, Wertsachen etc.),
- *Bedingungen* (nicht-materielle Stressressourcen wie Status, berufliches Fortkommen etc.),
- *Persönlichkeitsmerkmale* (Intelligenz, Geschick, Optimismus etc.) sowie
- *Energien* (Hilfsressourcen wie Geld, Zeit, Wissen etc.).

HOBFOLL geht davon aus, dass Menschen eine aktive Rolle dabei spielen, über welche Ressourcen sie verfügen und in welcher Weise sie diese zum Einsatz bringen. Darüber hinaus geht er davon aus, dass Menschen Ressourcen dazu einsetzen, um andere Ressourcen zu erhalten. Nach HOBFOLL verursacht Coping Ressourcenverbrauch. Schließlich verursacht Gewinn oder Verlust von Ressourcen eine positive oder negative Spirale, d.h. der Verlust einer Ressource (z.B. Arbeit) verursacht weitere Verluste (z.B. Geld) e.v.v.

PETZOLD (1998) unterscheidet in Zusammenhang mit Ressourcen-Assesment und Ressourcenberatung als heuristische Basiskategorien

- *personale Ressourcen* (Gesundheit, Vitalität, Intelligenz, Bildung, Willenskraft etc.),

- *soziale Ressourcen* (Familie, Freunde, Kolleginnen, Beziehungen etc.),
- *materielle Ressourcen* (Haus- und Grundstücksbesitz, Geld, Wertpapiere etc.),
- *professionelle Ressourcen* (berufliche Position, formelles Portofolio, berufliches Fachwissen, Berufserfahrung, Mitarbeiterkompetenz, Geschäftsbeziehungen etc.).

Diese Basiskategorien werden weiter hinsichtlich verschiedener Klassen und Valenzen differenziert.

Insbesondere hinsichtlich der Konzepte zu den *personalen Ressourcen* im Sinne kognitiver Überzeugungssysteme gibt es vielfältige Konstrukte. UDRIS e.a. (1994) zählen in diesem Zusammenhang auf:

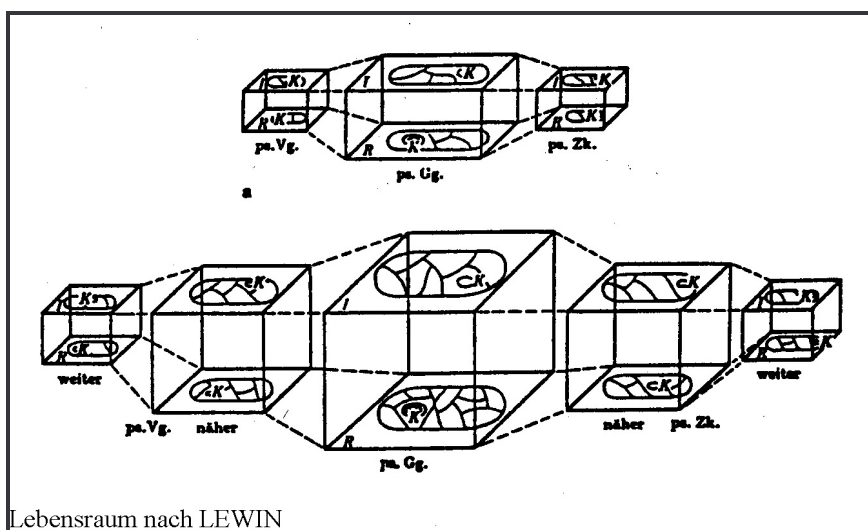
- Kohärenzerleben (ANTONOVSKY 1979)
- Hardiness (KOBASA 1982)
- Selbstwirksamkeit (BANDURA 1977)
- Locus of control (ROTTER 1973)
- seelische Gesundheit als Eigenschaft (BECKER 1982)

Problematisch ist hierbei, dass diese Konstrukte zwar in sich stimmig sind, aber vielfältige Überschneidungen beinhalten.

2. Selbstwirksamkeitskonzept

Vorläufer der Selbstwirksamkeitstheorien sind die so genannten Erwartungs-mal-Wert Theorien. Nach diesen Theorien kann menschliches Handeln durch die Komponenten der Erwartung, dass ein bestimmtes Verhalten ein bestimmtes Ergebnis erbringt und die subjektive Bewertung dieses Ergebnisses beschrieben und erklärt werden.

Enge Verbindungen mit diesem Ansatz hat auch die dynamische Feldtheorie von LEWIN (1935, 1964), wonach menschliches Verhalten eine Funktion des im Lebensraum der Person existenten Kraftfeldes sei. Er fasst das in der Formel $V = f(P, U)$ zusammen.



Lebensraum nach LEWIN

Abbildung 8: Lebensraumkonzept nach LEWIN (aus: PETZOLD 1992 a, S. 607)

Weitere Ansätze, die sich mit dem Erwartungsbegriff auseinandersetzen, sind TOLMAN (1959), der den Begriff in seine Theorie zielgerichteten Lernens integrierte, sowie BOLLES (1972) und ROTTER (1972), die den Erwartungsbegriff im Rahmen einer eher behavioristischen Tradition differenzierten.

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung spielt in der kognitiv-sozialen Lerntheorie von BANDURA (1977) eine zentrale Rolle.

Selbstwirksamkeit wird hier verstanden als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen durch die eigene Kompetenz zu bewältigen. Der Grad der Selbstwirksamkeit bestimmt die Auswahl von Situationen, in die man sich hineinbegibt, das Ausmaß der Anstrengung und die Ausdauer bei der Situationsbewältigung.

Die auch Leistungseffizienzerwartung genannte Selbstwirksamkeitserwartung unterscheidet sich von der Ergebniserwartung, die sich darauf bezieht, dass ein bestimmtes Ergebnis als Folge einer Handlung eintritt. Ergebniserwartungen und Leistungseffizienzerwartungen sind voneinander unabhängig. (SCHWARZER 2000, S. 175)

Man kann die Leistungseffizienzerwartungen hinsichtlich des Niveaus (level), des Allgemeinheitsgrades (generality) und hinsichtlich der Gewissheit (strength) unterscheiden:

- Das Niveau beschreibt das Verhältnis zwischen Aufgabenschwierigkeit und der Kompetenzerwartung. Je höher das Niveau ist, desto eher fühlt sich eine Person auch schwierigeren Aufgaben gewachsen.
- Der Allgemeinheitsgrad bezieht sich auf den Grad der Generalisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Bei einem geringen Allgemeinheitsgrad bezieht sich die Kompetenzerwartung nur auf einen kleinen Ausschnitt.
- Unter Gewissheit ist der Grad der Sicherheit einer Person zu verstehen, mit der sie annimmt, über relevante Problemlösekompetenzen zu verfügen. Bei geringer Gewissheit kann die wahrgenommene Kompetenz leicht durch widersprechende Erfahrungen gelöscht werden.

Kompetenzerwartungen können über Handlungsvollzüge, stellvertretende Erfahrungen, sprachliche Überzeugungen (z.B. Feed-back oder Selbstinstruktion) und über emotionale Erregung (Wahrnehmung von Erregung reduziert u.U. das Kompetenzerleben) erworben werden, wobei den sprachlichen und physiologischen Quellen eher untergeordnete Bedeutung zukommt. (SCHWARZER 2000, S. 176)

Beim Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartungen sind darüber hinaus Kausalattributionen von Bedeutung, denn nicht jede erfolgreiche Bewältigung führt zwingend zu Veränderungen der Kompetenzerwartungen. Wichtige Dimensionen sind in diesem Zusammenhang Internalität und Stabilität.

Kompetenzerwartungen und Attributionen hängen asymmetrisch miteinander zusammen. Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung neigen eher zu "günstigen Attributionen" als Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung: Erfolg wird intern und stabil attribuiert, Misserfolg eher extern. Bei Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung kommt es eher zu gegenteiligen Attributionen. (SCHWARZER, 2000)

Die verhaltensspezifische Selbstwirksamkeit spielt bei der Stressbewältigung eine wichtige Rolle. Im sozialkognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von SCHWARZER (1996) haben sie sowohl bei der Intentionsbildung als auch auf volitionale Prozesse Einfluss:

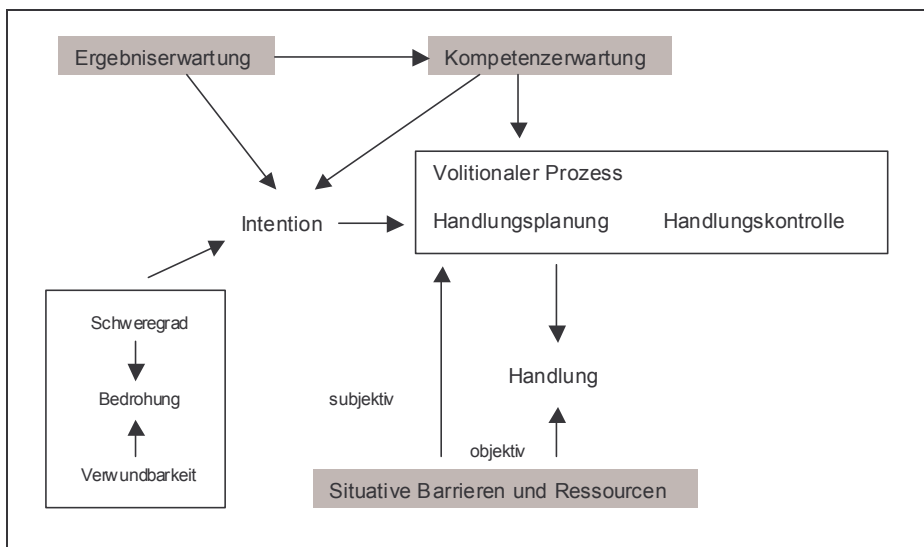


Abbildung 9: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (nach SCHWARZER 1996, S. 93)

3. Soziale Unterstützung

Neben personalen Ressourcen sind soziale Ressourcen in der Stressforschung eingehend untersucht worden, insbesondere unter der Perspektive des Konstruktes „**Social Support**“. Das Konstrukt geht zurück auf Untersuchungen von SCHACHTER (1962), CASSEL (1974) und ZAJONK (1989), die in verschiedenen Zusammenhängen zeigen konnten, dass die Anwesenheit anderer Menschen in Stresssituationen entlastende Wirkung haben kann.

Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Definitionen für den Begriff Social Support. Einfache Definitionen legen den Focus auf die Hilfe anderer Personen (GUSY 1995, COHEN & SYME 1985). Bei solchen Definitionsansätzen ergeben sich eine Reihe von Problemen: Unklar ist z.B., um welche Unterstützungsart (immaterielle und materielle) es sich handelt, inwieweit auch soziale Unterstützung mit negativen Folgen für den Unterstützungsempfänger gemeint ist und inwieweit überhaupt Unterstützungsbedürftigkeit bestehen muss, denn diese wird in den meisten Untersuchungen, die im Kontext von Belastungen und Krisensituationen durchgeführt werden, vorausgesetzt.

Differenzierter ist die Definition von CAPLAN (1974), der soziale Unterstützungssysteme als stabile soziale Interaktionen mit anderen Individuen, Netzwerken, Gruppen oder Organisationen versteht, die Gelegenheit für Feed-back und Erwartungvalidierungen bieten. Inhaltlich bieten die „Unterstützer“ nach CAPLAN emotionale Ressourcen, Hilfen, Informationen und Ratschläge an, wenn sie gebraucht werden.

HOUSE (1981) unterscheidet verschiedene Aspekte von Social Support: Emotionale Anteilnahme (Vertrauen, Fürsorge, Liebe, Empathie), instrumentelle Hilfe (Geld, Güter und Dienstleistungen), Informationen (Tipps und Vorschläge als Hilfe zur Selbsthilfe) und Einschätzung (Informationen im Sinne selbstwertrelevanter Orientierungshilfen). Dabei sind informationeller und Einschätzungs-Support schwierig zu trennen. Andere Taxonomien (z.B. FOA 1974) kommen zu ähnlichen Kategorien.

Auf den Austauschcharakter von sozialer Unterstützung verweisen SHUMAKER & BROWELL (1984) sowie UDRIS (1981) und GUSY (1995). Demnach ist soziale Unterstützung eine Transaktion von Ressourcen in einem sozialen Netzwerk mit dem impliziten und expliziten Ziel der gegenseitigen Aufrechterhaltung und/oder Verbesserung des eigenen Wohlbefindens.

Ein differenziertes Modell der Sozialen Unterstützung hat SCHWARZER (2000) entwickelt. Er unterscheidet drei verschiedene Konzepte des sozialen Rückhalts:

Tabelle 12: Begriffliche Differenzierung von sozialem Rückhalt (nach SCHWARZER 2000, S. 54)

| | |
|---|--|
| <p><i>quantitativ-strukturell:</i> soziale Integration</p> | <p><i>qualitativ-funktional:</i> soziale Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>erwartete Unterstützung</i> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Unterstützung - instrumentelle Unterstützung - informationelle Unterstützung - <i>erhaltene Unterstützung</i> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Unterstützung - instrumentelle Unterstützung - informationelle Unterstützung |
|---|--|

Grundsätzlich kann man demnach zwischen der quantitativ-strukturellen und der qualitativ-funktionalen Perspektive des sozialen Rückhalts differenzieren. Während die erstere sich hauptsächlich mit den objektiven und quantitativen Bedingungen des Social Support im Sinne der sozialen Integration beschäftigt, wie Größe und Dichte der jeweiligen sozialen Netzwerke, beschäftigt sich die qualitativ-funktionale Perspektive in erster Linie mit der Zufriedenheit mit der jeweiligen Unterstützungsleistung. Dabei ist ein hohes Maß an sozialer Integration Voraussetzung dafür, in bestimmten Situationen soziale Unterstützung erhalten zu können.

Innerhalb der qualitativ-funktionalen Perspektive kann man zwischen den Konzepten „Erhaltene soziale Unterstützung“ und (zukünftig) „Erwartete oder wahrgenommene soziale Unterstützung“ unterscheiden. Innerhalb dieser beiden Konzepte differenziert SCHWARZER jeweils zwischen den Dimensionen der emotionalen, instrumentellen und informationellen Unterstützung. Mit emotionaler Unterstützung ist die Kommunikation von Mitleid, Zuwendung, Trost und Wärme gemeint. Unter instrumenteller Unterstützung versteht SCHWARZER das Erledigen von Arbeiten oder das Besorgen von Gütern. Informationelle soziale Unterstützung bezieht sich schließlich auf das Übermitteln von Informationen oder das Erteilen von Ratschlägen.¹⁶

Empirische Untersuchungen haben positive Effekte von erwarteter sozialer Unterstützung gezeigt, nicht aber von erhaltener sozialer Unterstützung. Darüber hinaus sind erwartete und erhaltene soziale Unterstützung kaum miteinander korreliert (DUNKEL-SCHETTER & BENNETT 1990) und beschreiben offensichtlich eigenständige Dimensionen. Erwartete soziale Unterstützung scheint eher dispositional und erhaltene soziale Unterstützung eher situational determiniert zu sein. Eine eher transaktionale Sichtweise schlägt SCHWARZER vor:

¹⁶ Andere Autoren kommen zu teils erheblich umfangreicheren Vorschlägen zu den inhaltlichen Dimensionen sozialer Unterstützung. Nach GEILENKOTHEN (2005, S. 15ff.) kann man die Inhalte sozialer Unterstützung auf elf Grundelemente reduzieren: Liebe/Zuneigung, Vertrauen, Teilnahme/Mitgefühl, Achtung, Bestätigung, Rat, Information, Mithilfe, Pflege, materielle Hilfe und Zugehörigkeit.

„Beides ist richtig, und man muss nur unterscheiden, was in welchem Zusammenhang genau gemeint ist, und muss daher erwartete und erhaltene Unterstützung sauberlich trennen. Im übrigen spielen sowohl personale als auch situative Einflüsse eine Rolle, und es wäre wohl in den meisten Fällen angebracht, Social Support als eine „Transaktionsvariable“ zu bezeichnen.“ (SCHWARZER 2000, S. 53)

Neben Art (erhalten vs. erwartet) und Dimension (emotional, instrumentell, informationell) spielen schließlich auch der Zeitpunkt und die Quelle der Unterstützung eine wichtige Rolle. KOBASA & PUC CETTI (1983) konnten z.B. zeigen, dass psychische und physische Beeinträchtigungen durch Stress am Arbeitsplatz durch Vorgesetzten-Support, nicht aber durch Unterstützung durch die Familie beeinflusst werden können.

4. Mediatoren- und Moderatorenmodelle

Hinsichtlich der Wirkungsweise von Ressourcen auf den Zusammenhang von Stress und Gesundheit sind in der Vergangenheit hauptsächlich Mediatoren- und Moderatorenmodelle diskutiert worden. Dabei gehen Mediatorenmodelle von einem Haupteffekt der Ressourcen aus. Moderatorenmodelle gehen davon aus, dass durch Ressourcen die Wirkung von Stress auf die Gesundheit beeinflusst wird.

In Bezug auf Soziale Unterstützung stellen STADLER & SPIESS (2003) drei wesentliche Vermutungen zur Wirkungsweise von Ressourcen dar, die in der aktuellen Forschungsliteratur diskutiert werden.

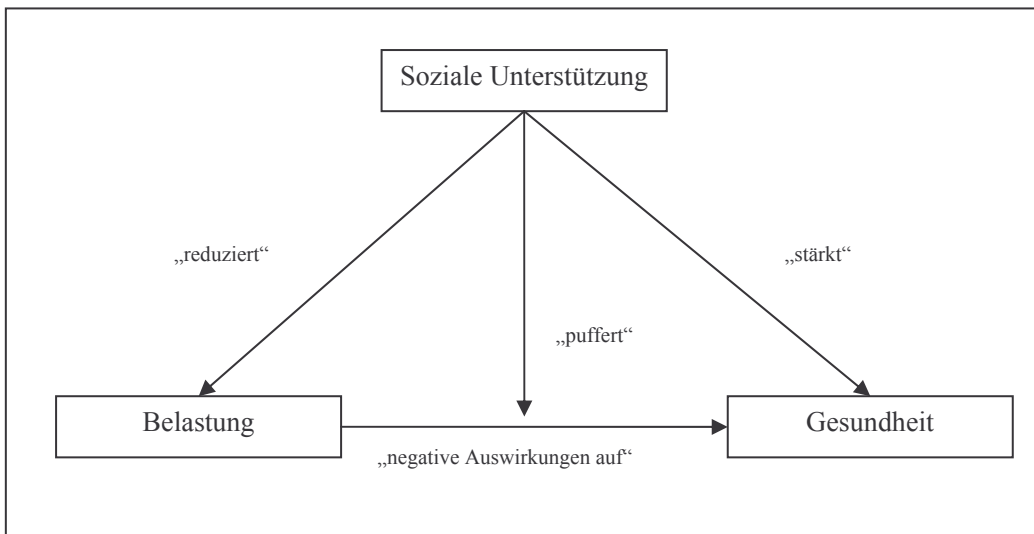


Abbildung 10: Vermutete Effekte von sozialer Unterstützung auf das Wohlergehen und die Gesundheit (nach STADLER & SPIESS 2003, S. 108)

Die Präventiv-Annahme (Mediatorenmodell) geht davon aus, dass Soziale Unterstützung eine Ressource darstellt, die in der Lage ist, belastende Stressoren zu vermindern. Auf der Ebene der instrumentellen Unterstützung könnte dies z.B. die Hilfestellung eines Kollegen in Arbeitssituationen mit Zeitdruck und hohem Arbeitsanfall sein. Diese Annahme ist bisher wenig untersucht worden.

Ebenfalls eine Mediatorenannahme stellt die Direkt-Effekt-Annahme dar, die davon ausgeht, dass soziale Unterstützung sich unabhängig von der Belastung direkt positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirkt.

Die Pufferannahme (Moderatorenmodell) geht dagegen davon aus, dass der Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit hauptsächlich durch soziale Unterstützung moderiert wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Stresserleben umso weniger mit Gesundheit korreliert ist, je stärker die soziale Unterstützung ausgeprägt ist. Bei geringem Stressniveau ist nach diesem Modell dagegen die positive Auswirkung von Ressourcen auf das Gesundheitsniveau eher gering. Nach STROEBE & JONAS (2002) können für Puffereffekte zum einen Bewertungsprozesse eine Rolle spielen. Demnach bewerten Menschen mit einem großen Maß an sozialer Unterstützung belastende Ereignisse als weniger belastend, da sie sich potentieller Unterstützung anderer Personen sicher sind. Andererseits könnten durch soziale Unterstützung die Bewältigungsfähigkeiten verbessert werden, da eher Personen zur konkreten Beratung und Unterstützung zur Verfügung stehen.

SCHWARZER (2000) kritisiert diese einseitige und simple Alternative in Zusammenhang mit der Wirkung sozialer Unterstützung und schlägt komplexere Kausalmodelle mit mehreren Mediatoren vor. In seinem Modell geht er von der sozialen Integration aus, die durch Netzwerkparameter bestimmt ist. Diese sowie Persönlichkeitsaspekte haben Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Unterstützung und somit auf die Stresseinschätzung und das Bewältigungsverhalten.

3.2.4. Ressourcen, Kontrolle und Bewältigung

Die Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Selbstmodell einerseits und Selbstmodell und Bewältigungshandeln andererseits lassen sich sehr gut anhand von kontroll- und handlungstheoretischen Überlegungen erläutern.

1. Elemente von Kontrolle

Nach FLAMMER (1990, S. 78 ff.) kann man fünf Elemente der Kontrolle differenzieren:

"Die Kenntnis eines bestimmten Ziels und die Einhaltung eines bestimmten Zielzustandes zu *kontrollieren*, setzt unter anderem voraus,

- (a) das bestimmte Ziel zu kennen,
- (b) dieses Ziel für sich als aktuelles Ziel zu akzeptieren,
- (c) einen Weg zu kennen, über den das Ziel erreichbar ist,
- (d) diesen Weg selbst gehen zu können (und es auch zu wissen) und
- (e) diesen Weg tatsächlich zu gehen.“ (FLAMMER 1990, S. 78)

Je nach Kombination dieser Komponenten sind unterschiedliche Aspekte von Kontrolle vorhanden.

Kontrolle-Haben liegt z.B. vor, wenn Zielkenntnis (a), Weg-Kenntnis (c) und Kompetenz und Wissen über die eigene Kompetenz (d) gegeben sind.

Kontrollieren (Kontrolle-Ausüben) liegt dagegen vor, wenn zusätzlich die Elemente Zielakzeptanz (b) und Umsetzung (e) gegeben sind.

Als Kontrollmeinung wird die subjektive Einschätzung einer Person über ihre Kontrolle bezeichnet, womit vor allem die Komponenten Wegbeurteilung (c) und Kompetenzbeurteilung (d) gemeint sind.

Die Kontrollmeinung wird durch die Verwertung individueller Erfahrungen, die durch die Wahrnehmung und Speicherung objektiver Ereignisse gebildet werden, aufgebaut.

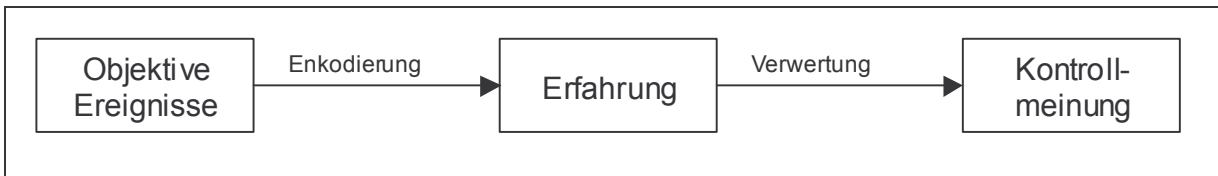


Abbildung 11: Vereinfachtes Prozessmodell zum Aufbau der Kontrollmeinung durch Verarbeitung von Ereignissen (aus FLAMMER, 1990, S. 221)

Bei der Verwertung kontrollrelevanter Erfahrung spielen Gewichtungsprozesse, Attributionsprozesse und auch emotionale Prozesse eine Rolle. Die Kontrollmeinung einer Person ist daher nicht unbedingt ein Spiegel ihrer objektiven Kontrolle.

Kontrollmeinungen dürften außerdem kontext- und bereichsspezifisch variieren und in unterschiedlichem Maße generalisiert sein.

2. Ressourcen und Selbstmodell

Das Selbstmodell bzw. das secondary appraisal beinhaltet die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in Hinblick auf eine Situation, also die Einschätzung der Person, ob und wie sie eine Situation mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen kann. Dabei ist sowohl die Verfügbarkeit als auch die Einsetzbarkeit der Ressourcen bedeutsam, wobei in erster Linie Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse von Bedeutung sind:

„Natürlich sind nur Ressourcen „nutzbar“, die bewusst und/oder teilweise unbewusst als „verfügbar“ erlebt werden. (...) Nicht alle „objective resources“, also faktisch vorhandenen und damit potentiell nutzbaren Ressourcen, im Ressourcenreservoir sind deshalb „perceived resources“ und damit als kognitiv repräsentierte verfügbar.“ (PETZOLD 1998, S. 364)

Mit FLAMMER (1990, S. 153) kann man in Zusammenhang mit dem secondary appraisal auch vom Aufbau einer aktuellen Kontrollmeinung sprechen, für den einerseits die Ergebniserwartungen (Wegbeurteilung) und andererseits die (Selbst)Wirksamkeitserwartungen (Kompetenzbeurteilung) von Bedeutung sind.

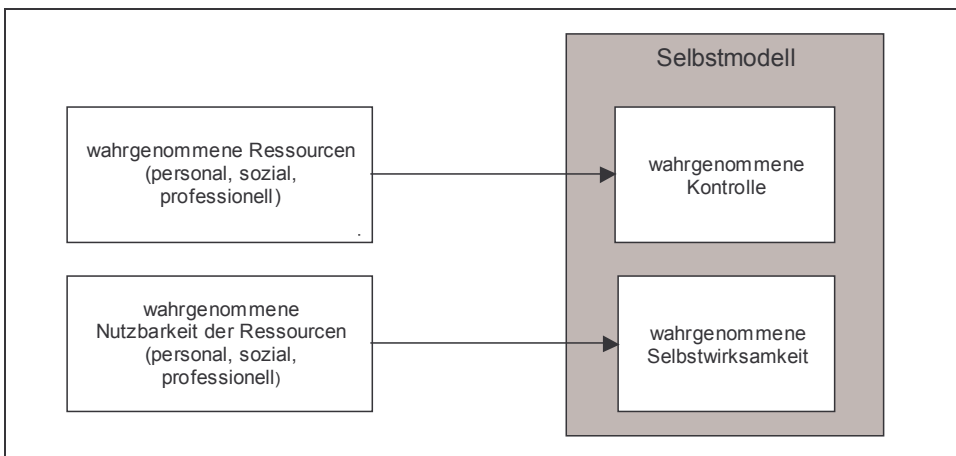


Abbildung 12: Ressourcen und Selbstmodell

In den kontrolltheoretischen Begriffen ausgedrückt kann man annehmen, dass das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen prinzipiellen Kontrollierbarkeit von Anforderungen (i.S. von Handlungsmöglichkeiten) von den wahrgenommenen Ressourcen bestimmt wird. Je mehr und je bessere Ressourcen zur Verfügung stehen und wahrgenommen werden, umso größer ist das Ausmaß der wahrgenommenen **Kontrolle** (i.S. von Handlungsmöglichkeiten). Je weniger und je schlechtere Ressourcen zur Verfügung stehen, desto geringer ist das Ausmaß wahrgenommener Kontrolle.

Für die Selbstwirksamkeitserwartung in Hinblick auf die Bewältigung von Anforderungen ist die Einschätzung, relevante Ressourcen auch tatsächlich selbst nutzen zu können, von Bedeutung. Je höher der Grad der wahrgenommenen Nutzbarkeit relevanter Ressourcen eingeschätzt wird, umso größer ist das Ausmaß der wahrgenommenen **Selbstwirksamkeit** in Hinblick auf den Einsatz der Ressourcen, je geringer der Grad der Nutzbarkeit eingeschätzt wird, umso geringer ist das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit.

Die Einschätzung und Bedeutung von Ressourcen und ihrer Nutzbarkeit ist kontext-, bereichs- und situationsspezifisch, denn nicht jede Ressource hat in jeder Situation die gleiche Bedeutung oder ist immer in gleicher Weise für die Person nutzbar.

Außerdem ist die Wahrnehmung und Bewertung von Ressourcen von den bisherigen Erfahrungen mit ihrer Nutzung abhängig. Werden die Ressourcen aufgrund von vorgängigen Erfahrungen schlechter eingeschätzt, ändert sich damit auch ihre Bedeutung im Rahmen der Einschätzungsprozesse des Selbstmodells bzw. des Aufbaus der aktuellen Kontrollmeinung.

3. Selbstmodell und Bewältigung

Die **Auswahl von Bewältigungsstrategien** ist vom Selbstmodell bzw. von der aktuellen Kontrollmeinung abhängig, wobei die wahrgenommene Kontrolle und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit zentrale Aspekte sind.

Nach FLAMMER (1990, S. 155) besteht insbesondere in Zusammenhang mit dem ersten Erfahrungsaufbau bei der Auswahl von Kontrollversuchen (Bewältigungsversuchen) bereichsspezifisch eine Priorisierung direkter Kontrollversuche. Demnach werden grundsätzlich zunächst direkte Kontrollversuche unternommen, erst mit zunehmender bereichsspezifischer Erfahrung können auch indirekte Kontrollversuche direkt ausgewählt werden.

Ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener Kontrolle (i.S. des Selbstmodells) begünstigt eher direkte Kontrollversuche (Bewältigungsversuche). Im Misserfolgsfall hat das zunächst vermehrte Kontrollversuche i.S. der Reaktanz zur Folge oder es kommt zu Formen indirekter Kontrollversuche.

Einen qualitativen Sprung stellen sekundäre Kontrollversuche dar, denn hier werden keine direkten Kontrollhandlungen mehr vorgenommen, sondern es kommt zu Veränderungen von Bewertungen mit dem Ziel, die jeweilige Person-Umwelt-Transaktion erträglicher zu gestalten.

ROTHBAUM e.a (1982) haben vier Typen sekundärer Kontrolle unterschieden:

1. Prädiktive sekundäre Kontrolle (Vorhersageverzerrung zur Enttäuschungsvermeidung)
2. Illusorische Kontrolle (Glaube, auf der Seite des glücklichen Zufalls zu stehen)

3. Vikarisierende Kontrolle (Identifikation mit den Kontrollinhabern)
4. Interpretative Kontrolle (Uminterpretation der eigenen Ansprüche)

Zum Verzicht auf Kontrollversuche kommt es dann, wenn auch sekundäre Kontrollmechanismen versagen.

Die Abläufe können in Abhängigkeit von Vorerfahrungen unterschiedlich verlaufen. Wenn von vorn herein eine geringe Selbstwirksamkeitseinschätzung (i.S. Verhaltenskontrolle) besteht, entwickeln sich Kontrollverzicht und Hilflosigkeitssymptome eher, als wenn die Selbstwirksamkeitseinschätzung relativ hoch ist.

Außerdem besteht eine Rückwirkung des Bewältigungserfolgs auf die Ressourcenbewertung und die Entwicklung zukünftiger Kontrollüberzeugungen. Die Bildung generalisierter Erwartungen macht es überflüssig, jedes mal erneut alle Kontrollversuchsstadien durchzugehen.

Allerdings ist nicht alleine das Ausmaß an wahrgenommener Kontrolle ausschlaggebend, denn auch die Einschätzung der eigenen Kompetenz, ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können, bestimmt die Auswahl einer Bewältigungsstrategie mit.

Den Aspekt der Verhaltenskontrolle betont die Theorie des geplanten Verhaltens (AJZEN & MADDEN 1986). Demnach ist Verhalten von der Bildung einer Verhaltensintention abhängig, die sich wiederum aus der Einstellung zu dem Verhalten, der subjektiven Norm und vor allem aus der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle i.S. der Fähigkeit, ein bestimmtes Verhalten auch ausführen zu können, speist.

Ein bestimmtes Bewältigungsverhalten wird dann ausgewählt, wenn es als wirksam angesehen wird, der jeweiligen subjektiven Norm entspricht und wenn es auch als ausführbar angesehen wird.

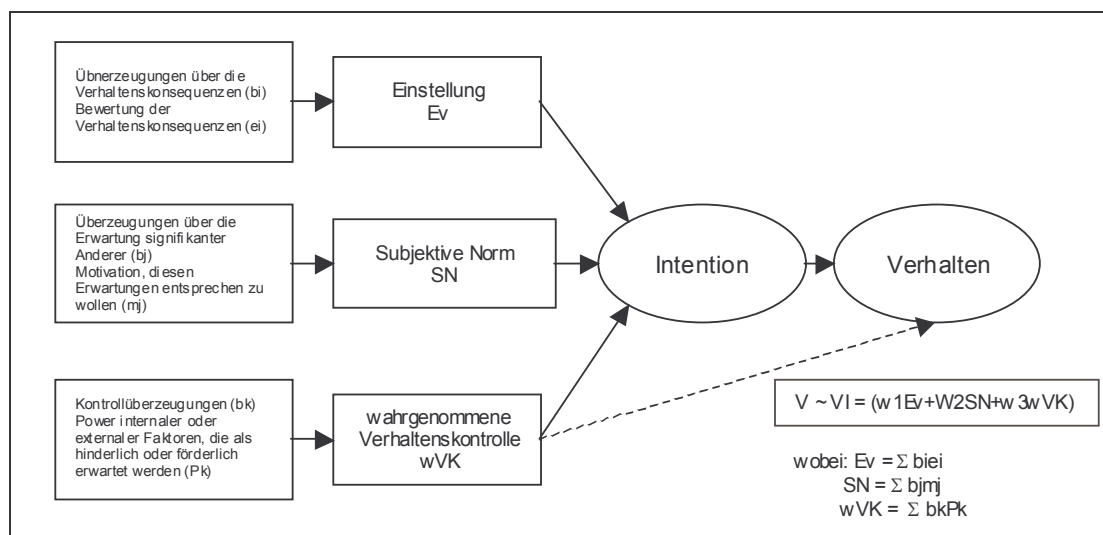


Abbildung 13: Theorie des geplanten Verhaltens (AJZEN, MADDEN 1986)

Weiterentwickelt wurde die Theorie von BAGOZZI (1992), der in seiner Selbstregulationstheorie stärker auf den Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten eingeht. Er geht dabei grundsätzlich von einem Vier-Variablen-Modell aus (Einstellung, subjektive Norm, Intention und Verhalten). Bei der Verbindung zwischen diesen Elementen handelt es sich um Selbstregulationsvorgänge, die in Einklang mit der Theorie von LAZARUS in drei Schritten ablaufen: Ein

kognitiver Einschätzungsprozess wird gefolgt von einer emotionalen Reaktion und einer Bewältigungsreaktion. Dabei wird die Beziehung zwischen Einstellung und Intention durch eine Reihe erwünschter Zustände bestimmt (outcome-desire-units), die Beziehung zwischen subjektiver Norm und Intention wird durch eine Reihe von wahrgenommenen Identitätskonsequenzen (outcome-identity-units) vermittelt.

Bei der Entscheidung zwischen mehreren möglichen Mitteln sind nach BAGOZZI drei postintentionale kognitive Einschätzungsprozesse von Bedeutung:

- Kompetenzerwartungen in Hinblick auf die Mittel (Selbstwirksamkeitserwartung),
- instrumentelle Erwartungen bezüglich der Mittel (Konsequenzerwartungen) sowie
- Emotionen gegenüber den Mitteln.

Auf die Entscheidung für die optimalen Mittel folgen Ausführungsprozesse (Planen, Überwachen, Steuern) und motivationale Prozesse (psychologisches Commitment, Anstrengung). Entscheidende Bedeutung hat in diesem Modell bei der Frage der Umsetzung einer Intention in eine Handlung aber ebenfalls die Selbstwirksamkeitserwartung.

3.2.5. Arbeit, Stress und Gesundheit

Ähnlich wie in der allgemeinen Stressforschung kann man in der arbeitspsychologischen Stressforschung verschiedene Ansätze differenzieren. Neben dem klassischen arbeitswissenschaftlichen Belastungs-Beanspruchungskonzept, das von einer ingenieurwissenschaftlichen Analogie (Stress/Strain-Konzept in der Materialprüfung) ausgeht und seinen Niederschlag in der DIN EN ISO 10075-1 gefunden hat, gibt es aktivierungstheoretische Ansätze (LEVI, FRANKENHAEUSER), die auf dem Konzept von SELYE (s.o.) aufbauen sowie die sog. Imbalance-Ansätze (McGRATH, CAPLAN, KAHN, FRENCH, v.HARRISON) die sich auf die Ansätze von LAZARUS und Berkeley-Gruppe beziehen.

Bei letzteren werden im Gegensatz zu den eher arbeitswissenschaftlichen Konzepten subjektive Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Antizipationsprozesse hinsichtlich der Differenzen zwischen dem Anforderungsgefüge der Umwelt und den eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen betont. Das Individuum ist als aktiv handelnder und bewertender Akteur in die Analyse miteinbezogen.

Zum Zusammenhang zwischen Arbeit, Stress und Gesundheit gibt es inzwischen eine Vielzahl von Untersuchungen, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden soll. UDRIS (1981, S. 403) kam schon 1981 anhand einer Literaturanalyse zu fünf Untersuchungsschwerpunkten hinsichtlich der Stressrelevanz von Arbeit. In der Literatur wurden vor allem Fragen der Aufgabenstruktur, Qualifikationsstruktur, Rollenstruktur, Interaktionsstruktur und Organisationsstruktur in Hinblick auf ihre Stressrelevanz untersucht.

In einer neueren Literaturstudie unterscheiden COX e.a. (2005, S. 61 ff.) physische Stressfaktoren und psychosoziale Stressfaktoren bei der Arbeit. Bei den physischen Faktoren sind vor allem Aspekte der unmittelbaren Arbeitsumgebung (Lärm, Temperatur etc.) untersucht worden. Im Bereich der psychosozialen Faktoren unterscheiden die Autoren Aspekte des Arbeitskontextes und des Arbeitsinhaltes.

Unter *Arbeitskontextfaktoren* verstehen die Autoren:

- Organisationskultur und -funktionen (unklare Organisationsziele, mangelhafte Unterstützung bei Problemen etc.)

- Rolle in der Organisation (Rollenambiguität, Rollenkonflikte)
- Berufliche Entwicklung (Stagnieren oder Unsicherheiten bezüglich der Laufbahnaussichten; Bezahlung, Arbeitsplatzsicherheit etc.)
- Entscheidungsspielraum / Kontrolle (geringe Mitwirkungsmöglichkeiten in Entscheidungsprozessen)
- Zwischenmenschliche Beziehungen bei der Arbeit (Isolation, schlechte Beziehungen, mangelhafte soziale Unterstützung)
- die Schnittstelle zwischen Privatleben und Arbeit (Konflikte, mangelnde Unterstützung zu Hause)

Als Aspekte des *Arbeitsinhaltes* werden genannt:

- Arbeitsumgebung- und –ausrüstung (Zuverlässigkeit, Verfügbarkeit und Eignung von Geräten und Maschinen)
- Aufgabengestaltung (Monotonie, Unsicherheit, Unterforderung)
- Arbeitsaufkommen/Arbeitstempo (quantitative Über- und Unterforderung, mangelnde Kontrolle über das Arbeitstempo)
- Arbeitszeitplan (Schichtarbeit, Unvorhersehbarkeit von Arbeitszeiten).

Belastenden Faktoren in der Arbeitswelt stehen entlastende Faktoren gegenüber. Hier können nach STADLER & SPIESS (2003, S. 37) allgemeine Faktoren, die langfristig und unabhängig von konkreten Belastungssituationen gesundheitserhaltend oder gesundheitsfördernd wirken, von Faktoren unterschieden werden, die sich auf konkrete arbeitsbezogene Belastungssituationen beziehen.

Das oben bereits ausführlicher erläuterte Ressourcenkonzept bezieht sich auf konkrete Belastungssituationen. Arbeitsbezogene Ressourcen werden in der Literatur unterschiedlich systematisiert. Eine gängige Unterscheidung differenziert zwischen internen und externen Ressourcen (z.B. bei UDRIS & FRESE 1999, RICHTER & HACKER 1998, METZ 1998).

Die Systematik von RICHTER & HACKER (1998) differenziert Ressourcenaspekte der Arbeit in organisationale, sozial und personale Ressourcenaspekte:

Organisationale Ressourcenaspekte beinhalten

- Aufgabenvielfalt
- Tätigkeitsspielraum
- Qualifikationspotential
- Partizipationsmöglichkeiten

Soziale Ressourcenaspekte beinhalten hauptsächlich Unterstützung durch

- Vorgesetzte
- ArbeitskollegenInnen
- LebenspartnerIn
- andere Personen

Personale Ressourcen erwachsen aus

- kognitiven Kontrollüberzeugungen
 - Kohärenzerleben
 - Optimismus
 - Selbstkonzept, Kontaktfähigkeit, Selbstwertgefühl

- Handlungsmustern
 - Positive Selbstinstruktionen, Situationskontrollbemühungen
 - Copingstile.

In der arbeitspsychologischen Stressforschung sind neben Konzepten der „Sozialen Unterstützung“ (siehe hierzu Kapitel 3.2.3.) vor allem sog. „Situationskontrollkonzepte“ untersucht worden, die die in der Umwelt des Individuums liegende (prinzipielle) Beeinflussbarkeit belastender Bedingungen durch die Person thematisieren.

Situationskontrollkonzepte gehen davon aus, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen durch belastende Arbeitsbedingungen umso geringer sind, je größer der Kontrollspielraum der Person ist. Dem Begriff „Kontrolle“ liegen dabei verschiedene Konzepte zugrunde wie „locus of control“ von ROTTER, „Hardiness“ von KOBASA, „Optimismus“ von SCHEIER & CARVER, „Self efficacy“ von BANDURA, „Handlungsspielraum“ von ULICH, „Coping styles“ von LAZARUS & FOLKMAN sowie „Kohärenzerleben“ von ANTONOVSKY. Gemeinsam sind diesen Konzepten die Merkmale „Durchschaubarkeit“ „Vorhersagbarkeit“ und „Beeinflussbarkeit“ von Bedingungen (STADLER & SPIESS 2003, S. 40).

Nach COX e.a. (2005, S. 61 ff.) kann die Exposition gegenüber physischen und psychosozialen Gefahren in der Arbeit sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit sowie die Leistungsfähigkeit des/der ArbeitnehmersIn und der Organisation beeinträchtigen. Die Folgen von Stress können durch mindestens zwei Prozesse vermittelt werden, nämlich durch die direkte physische Vermittlung und durch den sog. indirekten Stresspfad, wobei sich beide Wege nicht ausschließen bzw. miteinander interagieren können.

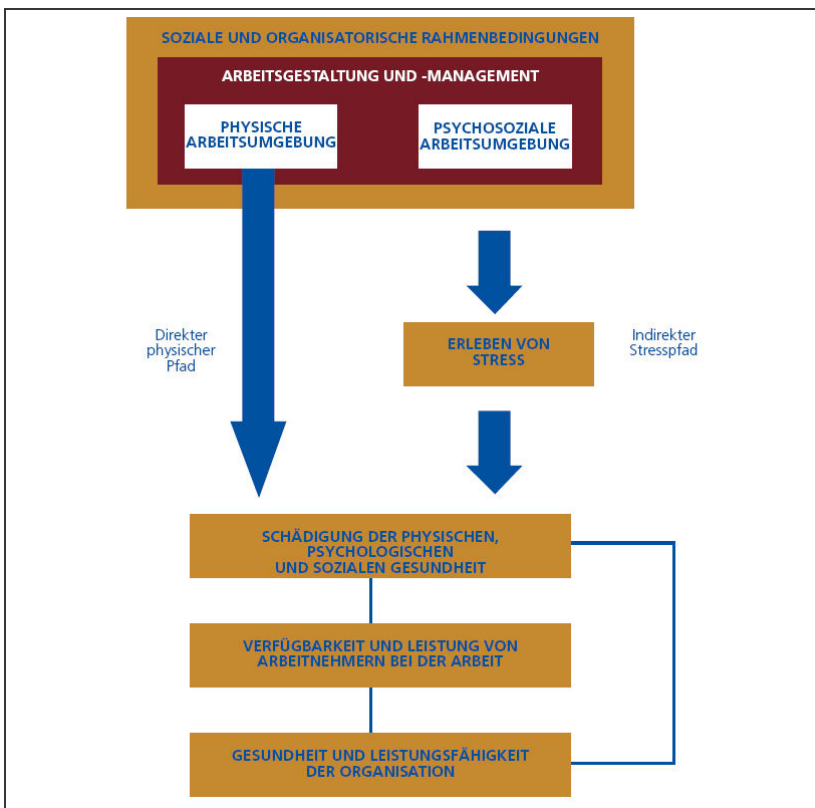


Abbildung 14: Die zwei Pfade der Beziehung Gefahr - Schädigung (aus COX 2005, S. 62)

Kritisch ist bei diesem Modell anzumerken, dass die Rolle von Ressourcen beim Zusammenhang von Stress und Stressfolgen nicht explizit berücksichtigt wird. Ressourcen gehen allenfalls indirekt über den Komplex der organisatorischen Rahmenbedingungen und der Arbeitsgestaltung oder über das Erleben von Stress im indirekten Stresspfad ein.

In Bezug auf die Stressfolgen wurden verschiedene Bereiche untersucht:

- Leistungs- und Produktivitätskriterien
- Physiologische Messwerte (Blutdruck, Puls, Adrenalin, Noradrenalin)
- Verhaltenssymptome (Zigaretten, Alkohol, Koffein, Tablettenkonsum)
- Psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen
- Psychische Beeinträchtigungen (Depressivität, Ängstlichkeit, Selbstwertgefühl, Burn-Out)
- Lebens- und Arbeitszufriedenheit.

Insbesondere in Anschluss an SELYE sind Stressfolgen in Hinblick auf stressbezogene Physiopathologie (ZEGANS 1982, TURKKAN et.al. 1982) und unter psychoimmunologischen Aspekten (VAERNES e.a. 1991, ENDRESEN e.a. 1991, RILEY 1981) untersucht worden.

Nach COX e.a. (2005) kann als gesichert gelten, dass unter bestimmten Umständen potentiell jede Erkrankung durch Stresswirkungen hervorgerufen werden kann, wobei es aber Unterschiede in der Anfälligkeit gibt:

„Am empfänglichsten sind offenbar Erkrankungen die das kardiovaskulären und des respiratorischen Systems (z.B. koronare Herzerkrankung und Asthma...), das Immunsystem (z.B. rheumatoide Arthritis und möglicherweise einige Arten von Krebs) und den Magen-Darm-Trakt (z.B. peptische Geschwüre, Magengeschwüre) betreffen sowie Leiden, die das endokrine, das autonome und das Muskelsystem in Mitleidenschaft ziehen. Innerhalb dieser Gruppe gilt derzeit die größte Aufmerksamkeit dem Immunsystem.“ (COX e.a., S. 94)

Den verschiedenen Ebenen der Stressverursachung entsprechen verschiedene Möglichkeiten der Stressprävention bzw. der Stressbewältigung in Organisationen. Aufbauend auf die oben dargestellten Klassen von Bewältigungsverhalten nach LAZARUS & LAUNIER kann man in Bezug auf arbeitsbedingten Stress zwischen individueller Stressbewältigung, organisationeller Stressbewältigung und Maßnahmen an der Schnittstelle Individuum-Organisation unterscheiden.

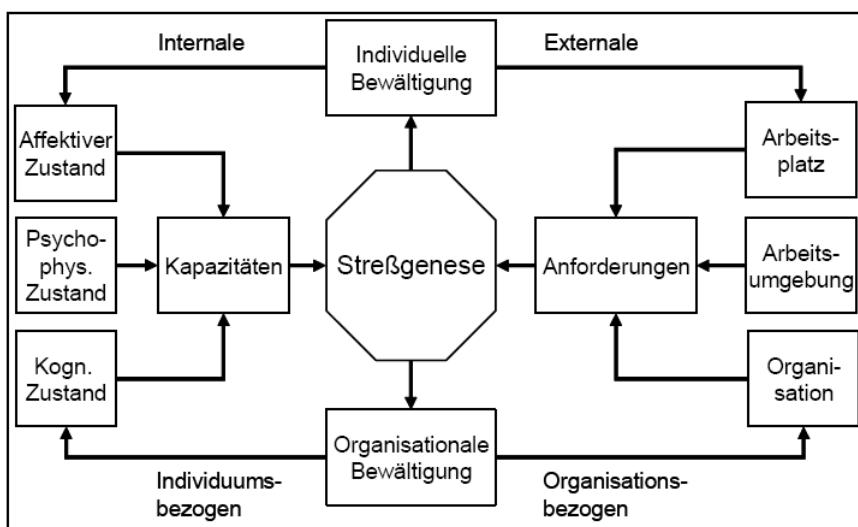


Abbildung 15: Ansatzpunkte der Stressbewältigung und Prävention nach BATTMANN & SCHÖNPFLUG (1999)

Individuelle Stressbewältigung kann sich internaler regulativer Handlungen und externaler regulativer Handlungen bedienen. Während internale Handlungen sich auf die Verbesserung des affektiven oder psychophysischen Zustandes der Person beziehen, beziehen sich externe Handlungen auf Verbesserungen der Arbeitsinhalte bzw. der Arbeitsumgebung.

Auch organisationelle Stressbewältigung kann am Individuum oder an der Organisation selbst ansetzen. Individuumszentrierte Maßnahmen können in der Förderung von Stressbewältigungsfähigkeiten, in der individuellen Mitarbeiterplatzierung oder in der Förderung der beruflichen Kompetenz durch Aus-, Fort- und Weiterbildung bestehen. Organisationszentrierte Maßnahmen sind z.B. Maßnahmen zur Hierarchieabflachung, Maßnahmen zur Kommunikationsförderung, Betriebssport, Unterstützung bei der Kinderbetreuung sowie sog. „Neue Formen der Arbeitsgestaltung“ wie job enrichment, job enlargement oder job rotation.

Schnittstellenmaßnahmen sind schließlich solche Maßnahmen der Stressbewältigung, die sich auf die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz beziehen. Hierzu zählen z.B. Gruppentraining oder Teamsupervision.

Strategien zur Stressbewältigung sind häufig korrektiver Art, können aber auch präventiv (Verhältnisprävention, Verhaltensprävention) oder prospektiv ausgerichtet sein. Prospektive Maßnahmen als umfassendste Maßnahmen der Arbeitsgestaltung zielen nicht nur auf die Vermeidung und Bewältigung von Belastungen, sondern auch auf die persönlichkeitsfördernde Gestaltung von Arbeitsbedingungen und somit auf die generelle Erweiterung der Handlungskompetenz.

Im Gesundheitsbereich (insbesondere im klinischen Bereich) häufig anzutreffende Maßnahmen der Personalentwicklung sind Gesundheitszirkel, Qualitätszirkel, Integrationszirkel, Coaching, Stress Management Consulting und Supervision.

3.2.6. Arbeitsbedingter Stress im Gesundheitswesen

Im Folgenden beziehe ich mich vor allem auf die Ergebnisse von drei Untersuchungen, die sich in unterschiedlicher Breite mit dem Thema Stress im Gesundheitswesen beschäftigt haben:

- Berufsgruppenübergreifend haben sich NOLTING e.a. (2001) in der sog. Stressmonitoring-Studie von BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) und DAK (Deutsche Angestelltenkrankenkasse) mit den Arbeitsbedingungen und Stress in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft beschäftigt. In verschiedenen spezielleren Untersuchungen haben die Autoren ihre Ergebnisse später berufsgruppenspezifisch vertieft. Von den berufsgruppenspezifischen Untersuchungen werden Ergebnisse aus den Untersuchungen zur Situation in der Krankenpflege einbezogen. Dabei handelt es sich zum einen um zwei aufeinander bezogene Untersuchungen von NOLTING, BERGER, FÜTTERER & SCHIFFHORST (2000) und GRABBE, NOLTING & LOOS (2005), die sich mit der stationären Krankenpflege beschäftigten. Außerdem wird die Untersuchung von GRABBE, NOLTING, LOOS & KRÄMER (2006) zur ambulanten Pflege einbezogen, in der auch Vergleiche zwischen ambulanten und stationärem Bereich angestellt wurden.
- Die oben bereits zitierte Untersuchung von WITTICH (2004) beschäftigte sich mit dem spezielleren Thema „Supervision in der Krankenpflege“, liefert aber auch einige Ergebnisse zu Stress und Belastungserleben in der Krankenpflege.

- Eine Untersuchung des Autors dieser Arbeit (EICHERT 2005) schließlich trägt Ergebnisse zum Stresserleben aus dem ambulanten psychiatrischen Bereich bei, die als Referenzwerte für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind.

Darüber hinaus werden Ergebnisse weiterer Untersuchungen zum Zusammenhang arbeitsbezogener Merkmale (Stressoren und Ressourcen) und Beanspruchungserleben bzw. Stressreaktionen von HACKER & REINHOLD (1998) und MÖLTNER (2005) einbezogen.

1. Belastungserleben in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens

Neuere Aussagen zur Belastungssituation im *Gesundheitswesen insgesamt* und in verschiedenen Berufsgruppen ergeben sich aus der Studie von NOLTING e.a. (2001). Die AutorenInnen entwickelten im Rahmen des BGW-Projektes „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ einen Fragebogen zur Erfassung des Ausmaßes von Stressreaktionen sowie der Verbreitung stressverursachender Arbeitsbedingungen bei Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen und Betriebsarten. Dieser Fragebogen wurde an insgesamt 23 Berufsgruppen und Betriebsarten, die unter den Versicherten der DAK und der BGW besonders stark vertreten sind, erprobt. Bei einem Rücklauf von ca. 30 % wurden insgesamt 8.121 Fragebögen in die Untersuchung einbezogen.

Zur Messung der arbeitsbedingten Stressoren setzten die Autoren den KFZA ein. Der KFZA enthält 11 verschiedene Belastungs- und Entlastungsfaktoren. Jeder Bereich kann entsprechend seiner Ausprägung sowohl entlastend als auch belastend wirken. Als Belastungsskala wird eine Skala bezeichnet, bei der hohe Werte als negativ angesehen werden (z.B. quantitative Anforderungen), als Entlastungsskala wird eine Skala bezeichnet, bei der hohe Werte als positiv angesehen werden (z.B. soziale Rückendeckung).

In der folgenden Tabelle sind zum einen die Skalenmittelwerte über alle Befragten sowie für die in unserem Zusammenhang besonders bedeutsamen Berufsgruppen (SozialarbeiterInnen, Krankenschwestern/ -pfleger, ÄrzteInnen) wiedergegeben:

Tabelle 13: KFZA-Mittelwerte nach (NOLTING e.a. 2001)

| | Gesundheitsbereich insgesamt | SozialarbeiterInnen | Krankenschwestern/ -pfleger | ÄrztInnen |
|------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------|
| Handlungsspielraum + | 3,8 | 4,0 | 3,4 | 4,1 |
| Vielseitigkeit + | 3,8 | 3,9 | 3,6 | 4,3 |
| Ganzheitlichkeit + | 3,6 | 3,0 | 3,1 | 3,5 |
| Soziale Rückendeckung + | 3,7 | 3,6 | 3,7 | - |
| Zusammenarbeit + | 3,4 | 3,4 | 3,4 | - |
| Qualitative Anforderungen - | 2,1 | 2,3 | 2,2 | 2,5 |
| Quantitative Anforderungen - | 3,0 | 3,2 | 3,3 | 3,8 |
| Unterbrechungen - | 2,4 | 2,8 | 2,8 | 2,6 |
| Umgebung - | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 1,5 |
| Information + | 3,3 | 3,2 | 3,1 | - |
| Betriebliche Leistungen + | 2,4 | 2,5 | 2,7 | - |

Aus der Übersicht geht hervor, dass bei fast allen positiven Faktoren die Gesamtmittelwerte über dem Skalendurchschnitt liegen, lediglich der Bereich Betriebliche Leistungen liegt unter dem Skalenmittelwert. Umgekehrt liegen alle Mittelwerte der negativen Faktoren mit Ausnahme des Faktors Quantitative Überforderung unter dem Skalenmittelwert.

Der Vergleich der Berufsgruppenmittelwerte der SozialarbeiterInnen mit den Gesamtmittelwerten ergab, dass diese zwar bei fast allen positiven Faktoren höhere Werte erzielten (Ausnahme „Ganzheitlichkeit“), aber auf der anderen Seite auch bei allen negativen Faktoren höhere Werte erzielten, was auf eine überdurchschnittliche Belastung schließen lässt.

Bei den Krankenschwestern und -pflegern zeigte sich ein ähnliches Bild: Auch sie lagen bei allen negativen Faktoren über den Gesamtmittelwerten, was auf eine erhöhte Belastung in diesen Bereichen schließen lässt. Im Gegensatz zu den SozialarbeiternInnen schnitten sie jedoch nur bei dem Bereich „Betriebliche Leistungen“ besser als die Gesamtstichprobe ab. „Soziale Rückendeckung“ und „Zusammenarbeit“ entsprachen dem Gesamtdurchschnitt. Die Werte für die Faktoren „Handlungsspielraum“, „Vielseitigkeit“, „Ganzheitlichkeit“ und „Information und Mitsprache“ lagen dagegen zum Teil deutlich unter den Gesamtmittelwerten.

Für die Gruppe der ÄrzteInnen, die im Gegensatz zu den SozialarbeiternInnen und Krankenschwestern/ -pflegern nicht zu den 10 Berufsgruppen mit besonders ausgeprägten Stressreaktionen gehörte, lagen nur für ein Teil der KFZA-Faktoren Mittelwerte vor¹⁷. Hinsichtlich der negativen Belastungsfaktoren ergaben sich mit Ausnahme des Faktors „Umgebungsbedingungen“ teils erheblich über den Gesamtmittelwerten liegende Gruppenmittelwerte, d.h. hier zeigte sich eine starke Belastungssituation. Dem standen allerdings auch bei den Faktoren „Handlungsspielraum“ und „Vielseitigkeit“ deutlich höhere Mittelwerte gegenüber, der Wert für „Ganzheitlichkeit“ lag knapp unter dem Gesamtmittelwert.

Eine Reihe von früheren Studien befasste sich ausschließlich mit der Belastungssituation in der Krankenpflege. Als belastende Aspekte der Arbeitssituation werden relativ übereinstimmend genannt (z.B. HERSCHBACH 1991a, S 31):

- der Arbeitsumfang, die Arbeitsverteilung sowie häufige Arbeitsunterbrechungen
- das Verhältnis zu ÄrztenInnen, unklare Zuständigkeiten, unangemessene Kommunikation
- Konflikte im Krankenpflegeteam
- Umgang mit schwerkranken und sterbenden PatientenInnen.

Ergänzend hierzu verweist BADURA (1994) auf die belastende Wirkung der Ungewissheit über die Diagnose und Prognose pathogener Vorgänge bei den PatientenInnen und die Ungewissheit über die Wirkung der ergriffenen Maßnahmen.

Ebenfalls mit der Belastungssituation in der Krankenpflege befassten sich weitere Veröffentlichungen der Autorengruppe um NOLTING im Auftrag der DAK und BGW (NOLTING, BERGER, FÜTTERER & SCHIFFHORST (2000) Stationäre Krankenpflege; GRABBE, NOLTING & LOOS (2005) Stationäre Krankenpflege; GRABBE, NOLTING, LOOS & KRÄMER (2006) Ambulante Pflege). In der Untersuchung 2000 wurden 1017 examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger in Akut- und Fachkrankenhäusern zu ihrer Arbeitssituation befragt. Es wurden Daten arbeitsbezogenen Belastungen, arbeitsbezogenen Ressourcen sowie Daten zur Stressreaktion und zur Arbeitszufriedenheit erhoben. Außerdem wurden Arbeitszeitmuster und der Einfluss auf die Dienstplangestaltung in die Studie einbezogen. Die Autoren fanden ein hohes Belastungsniveau durch Heben und Tragen und durch Torsions- und Beugungsbelastungen, durch Gefährdungen (Infektionsrisiko, Lärm) und durch psychomentele Belastungen (Überwachungstätigkeiten, hohe Konzentration in Verbindung mit schneller Reaktion). Hinsichtlich organisationsbedingter Belastungen wurden vor allem Zeitdruck, Arbeitsunter-

¹⁷ Es fehlen die Werte für Betriebliche Leistungen, soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit und Information bei allen freiberuflichen Gruppen. Über die BGW wurden nur freiberufliche Ärzte in die Untersuchung einbezogen.

brechungen und Überforderungssituationen genannt. Letztere standen in engem Zusammenhang mit psychosomatischen Beschwerden. Überforderungssituationen genauso wie Belastungen durch die Interaktion mit Angehörigen wurden vor allem auch von erfahrenen Pflegekräften häufig als sehr belastend benannt.

In der Untersuchung zur stationären Krankenpflege 2005 (GRABBE, NOLTING & LOOS 2005) wurden ähnliche Parameter erhoben, wie in der Untersuchung 2000. Ziel dieser Untersuchung war die Beschreibung der Ist-Situation im Vergleich zur Situation 2000, die Beschreibung der wahrgenommenen Veränderungen der Befragten sowie die Analyse von Veränderungsprozessen durch organisatorische Veränderungen (QM-Systeme, Pflegeleitlinien etc.). In dieser Untersuchung wurden 1306 examinierte Pflegekräfte aus dem Bereich der Akut- und Fachkliniken einbezogen, wobei es sich um eine andere Zusammensetzung handelte, als in der Vorläuferuntersuchung. Im Vergleich zur Vorläuferuntersuchung waren die TeilnehmerInnen älter und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten war höher. Hinsichtlich der Arbeitssituation ergaben sich in vielen Bereichen ähnliche Ergebnisse wie in der Vorläuferuntersuchung. Ähnlich wie in der Vorläuferuntersuchung waren die Belastungen durch Überstunden sowie körperliche Belastungen sehr hoch bewertet. Hinsichtlich der organisationsbedingten Belastungen dominierten wie schon 2000 Zeitdruck und Belastungen durch Arbeitsunterbrechungen, wobei etwas häufiger von Entlastungen durch den Einsatz von pflegeunterstützenden Diensten berichtet wurde (Pflegesekretariat etc.). Hinsichtlich der wahrgenommenen Veränderungen berichteten die Befragten selbst von einer Zunahme des Arbeitstempos und des Dokumentationsaufwandes. Gleichzeitig bezeichneten sie die Arbeitsaufgaben als interessanter und anspruchsvoller. Weitere Veränderungen sahen sie in der kürzeren Verweildauer der PatientInnen, der Zunahme körperlich schwerer Arbeit und der Zunahme der Weiterbildungsnotwendigkeit. Ebenfalls habe die Angst um den Arbeitsplatz zugenommen.

In die Untersuchung der Arbeitssituation in der ambulanten Krankenpflege (GRABBE, NOLTING, LOOS & KRÄMER 2006) waren 728 examinierte Krankenpflegekräfte aus dem ambulanten Bereich einbezogen. Mit dieser Studie sollte die Ist-Situation im Vergleich zur stationären Krankenpflege, die wahrgenommenen Veränderungen der letzten Jahre sowie Struktur und Prozessinnovationen durch den Einsatz von QM-Systemen untersucht werden. Bei den arbeitsbedingten Belastungen zeigte sich im ambulanten Bereich ein insgesamt niedrigeres Niveau als im stationären Bereich. Dies gilt sowohl für den Bereich der körperlichen Belastungen durch Hebe- und Tragetätigkeiten als auch für den Bereich der organisationsbedingten Belastungen (Zeitdruck, Leistungsdruck, Unterbrechungen etc.). Lediglich im Bereich Information berichteten die MitarbeiterInnen des stationären Bereichs von geringeren Belastungen. Zusätzliche arbeitsfeldspezifische Belastungen entstanden dagegen durch Arbeitswege, Autounfälle und Behinderungen in Wohnungen (bauliche Mängel, fehlende Einrichtungen etc.). Problematisch war hier auch die zu geringe Zeitbudgetberücksichtigung von Beanspruchungen durch KlientInnen und Angehörige. Hinsichtlich der Entwicklung der Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren wurden vor allem die Zunahme des Arbeitstempos und zunehmende Dokumentationsaufgaben negativ bewertet. Ebenfalls kritisch beurteilten die Befragten die Zunahme des Anteils von Klienten aus dem Bereich der Behandlungspflege. Hinsichtlich der Arbeitsbelastungen stellen die Autoren fest, dass die Befragten im ambulanten Bereich ihre Arbeitssituation insgesamt besser bewerten als die Befragten im stationären Bereich.

In ihrer oben bereits teilweise dargestellten Studie zur Supervision in der Krankenpflege untersuchte WITTICH (2004) u.a. die Belastungsstruktur von **Krankenschwestern und Krankenplegern in verschiedenen Kliniken**. Sie ging dabei von GALUSCHKA e.a. (1993) aus, die als wesentliche Belastungsschwerpunkte in der Pflege den Umgang mit PatientInnen und Angehörigen, die Zusammenarbeit mit ÄrztenInnen und Teammitgliedern, den Arbeitsumfang und Ar-

beitsorganisation sowie das berufliches Selbstverständnis der Pflegenden sehen. Die Befragten sollten auf einer 5-stufigen Skala die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Belastungen beurteilen. Die Ergebnisse der Einzelitems wurden in fünf theoretisch begründeten Skalen zusammengefasst. Erfasst wurden Daten vor der Supervision und nach der Supervision. In der folgenden Tabelle werden die gefundenen Gesamtmittelwerte über alle Kliniken sowie für die Pflegekräfte in der Psychiatrischen Klinik gegenübergestellt:

Tabelle 14: Mittelwerte Belastungsskalen (vgl. WITTICH 2004, S. 109 ff.)

| | Gesamtmittelwerte vor und nach Supervision (N=993) | Mittelwert vor und nach Supervision Psychiatrische Klinik (N=50) |
|---|--|--|
| Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfl egeteam | 2,45 | 2,78 ** |
| Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten | 2,67 | 3,24 ** |
| Arbeitsorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen | 2,87 | 2,88 |
| Eigenes berufliches Selbstverständnis | 2,33 | 2,56 ** |
| Umgang mit Patienten und Angehörigen | 2,43 | 2,40 |
| Gesamtmittelwert über alle Belastungsbereiche | 2,53 | 2,71 |

Beim Vergleich der Gesamtskalenwerte verschiedener Arbeitsbereiche ergab sich ein signifikant höheres Gesamtbelastungsniveau bei Beschäftigten der Chirurgischen Klinik, der Psychiatrischen Klinik und der Kinderklinik. Signifikant niedrigere Gesamtwerte erreichten Beschäftigte der Zahn- Mund- und Kieferklinik, Augenklinik, Radiologischen Klinik, Frauenklinik und aus dem Bereich der außerklinischen Pflege. Hinsichtlich der einzelnen Belastungsbereiche konnte die Autorin zeigen, dass bei Pflegenden in der psychiatrischen Klinik das Belastungsniveau in den Bereichen Zusammenarbeit im Team, Zusammenarbeit mit ÄrztenInnen und Berufliches Selbstverständnis signifikant höher war als das jeweilige Durchschnittsniveau. In den anderen Belastungsbereichen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zum jeweiligen Gesamtmittelwert. Damit wichen die Mittelwerte der Pflegekräfte in der Psychiatrischen Klinik im Vergleich zu den anderen Arbeitsbereichen insgesamt am häufigsten nach oben ab.

Auf der Basis des KFZA wurden in der oben ebenfalls bereits teilweise dargestellten Untersuchung von EICHERT (2005) Stressfaktoren bei Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen in *ambulanten psychiatrischen Einrichtungen* erfasst. Auf der Basis von 110 Befragten wurden dabei die folgenden Mittelwerte über alle Berufsgruppen sowie für die in unserem Zusammenhang besonders relevanten Berufsgruppen der SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern und -pfleger ermittelt:

Tabelle 15: KFZA-Mittelwerte nach EICHERT (2005)

| | Ambulante Psychiatrie Insgesamt | Sozialarbeiterinnen | Krankenschwestern/ -pfleger |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Handlungsspielraum + | 4,2 | 4,1 | 3,8 |
| Vielseitigkeit + | 3,8 | 3,7 | 3,8 |
| Ganzheitlichkeit + | 3,2 | 2,7 | 2,9 |
| Soziale Rückendeckung + | 3,8 | 3,9 | 3,8 |
| Zusammenarbeit + | 3,3 | 3,3 | 3,5 |
| Qualitative Anforderungen - | 2,0 | 2,0 | 2,3 |
| Quantitative Anforderungen - | 2,9 | 3,0 | 2,8 |
| Unterbrechungen - | 2,4 | 2,7 | 2,2 |
| Umgebung - | 2,0 | 2,0 | 1,8 |
| Information + | 3,2 | 3,3 | 2,9 |
| Fortbildung + | 2,4 | 2,4 | 2,6 |

Mit Ausnahme des Faktors Fortbildung konnten in allen Entlastungsfaktoren Gesamtdurchschnittswerte über dem Skalenmittelwert festgestellt werden, während sich in allen Belastungsfaktoren Durchschnittswerte unter dem Skalenmittelwert zeigten.

Die SozialarbeiterInnen erreichten bei den Entlastungsfaktoren nur in der Skala Ganzheitlichkeit deutlich niedrigere Werte als die Gesamtstichprobe. Bei den Belastungsfaktoren erreichten sie bei den Unterbrechungen höhere Werte als die Gesamtstichprobe. Alle anderen Skalenwerte entsprachen den Gesamtmittelwerten.

Bei den Krankenschwestern/ -pflegern zeigten sich bei den Entlastungsfaktoren Handlungsspielraum, Ganzheitlichkeit und Information Abweichungen nach unten. Abweichungen nach oben zeigten sich in den Faktoren Zusammenarbeit und Fortbildung. Bei den Belastungsfaktoren wich der Mittelwert für Qualitative Anforderungen nach oben ab, die Werte für Unterbrechungen und Umgebungsbelastungen dagegen nach unten.

Bei den Belastungsfaktoren zeigte sich im Vergleich zu den Referenzwerten von NOLTING e.a. (2001) ein insgesamt leicht niedrigeres Niveau. Bei den Entlastungsfaktoren zeigte sich eine positive Abweichung im Bereich Handlungsspielraum und Soziale Rückendeckung, negative Abweichungen zeigten sich im Bereich Ganzheitlichkeit, Zusammenarbeit und Information Mitarbeiter.

Ähnliche Abweichungen zu den Referenzwerten zeigten sich bei den Berufsgruppen der SozialarbeiterInnen bzw. der Krankenschwestern/ -pfleger.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Ergebnisse aus den drei Untersuchungen widersprüchlich zu sein scheinen.

Bezogen auf die Häufigkeit von Belastungen, wie sie von WITTICH gemessen wurde, zeigte sich ein deutlich höheres Niveau in der stationären Psychiatrie insbesondere auch in Hinblick auf die Zusammenarbeit und das Arbeitsklima mit ÄrztenInnen und im Pflorgeteam. Dies scheint auf die KFZA-Werte nicht zuzutreffen, jedenfalls was den Vergleich der Gesamtwerte von NOLTING für das Gesundheitswesen mit den Werten für die ambulante Psychiatrie von EICHERT angeht. Hier zeigte sich eher ein insgesamt niedrigeres Niveau der Belastungsfaktoren für Beschäftigte im ambulanten psychiatrischen Bereich bei gleichzeitig eher positiven Abweichungen bei den Entlastungsfaktoren.

Offensichtlich scheint (gemessen an den KFZA-Werten) die Arbeitssituation für Beschäftigte in der ambulanten Psychiatrie im Vergleich zu Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt in geringerem Maße belastend zu sein. In der stationären Psychiatrie dagegen scheint die Arbeitssituation für Pflegekräfte mit häufigeren Belastungen verbunden zu sein als für Pflegekräfte in anderen Krankenhausbereichen.

Ein Grund für diese Unterschiede könnten wahrgenommene Belastungen aus der Zusammenarbeit und dem Arbeitsklima mit ÄrztenInnen sein, die in der stationären Psychiatrie deutlich häufiger auftauchen als in anderen stationären Bereichen. Im ambulanten Bereich gibt es dagegen kaum direkte Zusammenarbeitsstrukturen von ÄrztenInnen und anderen Beschäftigten. Damit dürfte es hier auch kaum darauf bezogene Belastungsstrukturen geben, was wiederum die insgesamt besseren Werte für den ambulanten psychiatrischen Bereich im Vergleich zu dem gesamten Gesundheitsbereich erklären könnte und ein Hinweis für die Bereichsspezifität des Belastungserlebens im Gesundheitswesen wäre.

2. Determinanten des Belastungserlebens und Ressourcenfaktoren

Neben arbeitsbezogenen Determinanten, die mehr oder weniger spezifisch sein können, spielen individuelle, institutionelle und soziale Determinanten für das Belastungserleben eine wichtige Rolle. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang Gesundheitszustand, Persönlichkeitsmerkmale (Optimismus, Selbstwert), (Schlüssel)Qualifikationen, Alter, Berufserfahrung, Bezahlung, Laufbahnaussichten, Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten, institutionelle Unterstützungsmöglichkeiten, Kommunikation der Mitarbeiter untereinander sowie die interpersonale und organisationale Bilanz.

HACKER (1997, S. 196 ff.) nennt als arbeitsbezogene Merkmalskomplexe, die im Pflegebereich bei positiver Ausprägung als beanspruchungsgünstig zu bezeichnen seien, die erlebten Ausführungsbedingungen der Arbeit, die erlebten arbeitsorganisatorischen und arbeitsinhaltlichen Bedingungen sowie die erlebten soziale Bedingungen.

RICHTER (2006) bezieht diese Komplexe mit ein und unterscheidet auf der Grundlage des Salutogenesemodells von ANTONOVSKY in Zusammenhang mit Stress in Pflegeberufen umfassender zwischen äußeren Ressourcen (organisationale und soziale) und inneren (personalen) Ressourcen. Eine Übersicht zeigt Beispiele für beide Bereiche:

Tabelle 16: Beispiele für innere und äußere Ressourcen (aus RICHTER 2006, S. 4)

| Äußere Ressourcen | | Innere Ressourcen |
|---|---|---|
| organisationale | soziale | personale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenvielfalt • Vollständige Tätigkeiten • Partizipationsmöglichkeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Positives Betriebsklima • Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten • Soziale Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Berufs- und Arbeitsplatzalter • Stressbewältigungskompetenzen • Fachliche und soziale Kompetenzen |

NOLTING e.a. (2001) haben in ihrer Untersuchung als mögliche Moderatoren der Stressreaktion die Allgemeine Arbeitszufriedenheit und verschiedene Aspekte der privaten Lebenssituation (Partnerschaft, Zahl und Alter der Kinder und Erziehungsstatus) erfasst, die diesbezüglichen Ergebnisse aber leider nicht berichtet.

Hinweise auf *Moderatoren* lassen sich aus den oben bereits dargestellten Ergebnissen der KFZA-Messungen gewinnen. Als Moderatoren kommen dabei die Entlastungsskalen in Frage (Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Soziale Rückendeckung, Information Mitarbeiter, Zusammenarbeit und Fortbildung). Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Mittelwerte für alle Entlastungsfaktoren mit Ausnahme des Bereichs Fortbildung über dem Skalenmittelwert lagen.

Der direkte Vergleich der *Berufsgruppen* bei den Belastungsfaktoren ergab, dass die ÄrztInnen bei den qualitativen und quantitativen Anforderungen die höchsten Werte erreichten. Bei den Belastungen durch Umgebungsbedingungen erreichten sie die niedrigsten Werte, hier erreichten die Krankenschwestern/ -pfleger die höchsten Werte. (vgl. Tabelle 13)

Wie bei den Belastungsfaktoren zeigten sich auch hinsichtlich der Entlastungsfaktoren Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Die ÄrztInnen erreichten in den drei Entlastungsfaktoren, die für sie erhoben wurden (Handlungsspielraum, Ganzheitlichkeit, Vielseitigkeit), die höchsten Mittelwerte gefolgt von den SozialpädagogenInnen. Die Krankenschwestern/ -pfleger erreichten mit Ausnahme des Wertes für Soziale Rückendeckung in allen KFZA-Entlastungsfaktoren die niedrigsten Werte. Demnach schätzen die beiden Berufsgruppen mit Studienabschluss ihren Handlungsspielraum, die Ganzheitlichkeit und die Vielseitigkeit ihrer Arbeit höher ein als die Krankenschwestern/ -pfleger. Da es sich um rein deskriptive Daten handelt, lässt sich aber keine Aussage darüber treffen, ob die Berufsgruppenzugehörigkeit und/oder die Ausprägung der Entlastungsfaktoren das Belastungserleben beeinflussen.

Aussagen über Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben und weiteren möglichen Variablen wie Alter, Geschlecht, Arbeitssituation etc. machen die AutorenInnen nicht.

In den Untersuchungen zur stationären und ambulanten Krankenpflege (NOLTING e.a. 2000, GRABBE e.a. 2005, GRABBE e.a. 2006) finden sich ebenfalls Aussagen zu den arbeitsbedingten Ressourcen.

NOLTING e.a. (2000) unterschieden anhand des FEP von WINDEL die jeweils zugrunde liegenden Pflegesysteme nach ihrer Orientierung. 20 % der Befragten arbeiteten demnach in einem ganzheitlich orientierten Pflegesystem, 33 % arbeiteten eher in einem funktionszentrierten und 47 % in einem gemischten Pflegesystem. Die Arbeitszufriedenheit war bei Befragten, die in einem ganzheitlichen System arbeiteten signifikant höher als bei Befragten, die in anderen Systemen arbeiteten. Ebenfalls zeigte sich, dass in ganzheitlichen Systemen die Zufriedenheit mit der Personalpolitik höher war als in anderen Systemen. Auch hinsichtlich des Handlungsspielraums und seiner Komponenten Tätigkeitsspielraum und Entscheidungsspielraum zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Pflegesysteme. In ganzheitlichen Pflegesystemen war der Anteil der Befragten mit hohem Tätigkeitsspielraum und Entscheidungsspielraum doppelt so hoch wie in funktionszentrierten Pflegesystemen. In einem weiteren Analyseschritt fassten die AutorenInnen basierend auf dem Stressmodell von KARASEK zum einen die Skalen Tätigkeitsspielraum und Entscheidungsspielraum zur Skala Handlungsspielraum und zum anderen die Skalen der organisationsbedingten Belastungen zusammen. Je nach Ausmaß des Handlungsspielraums und der Belastung ergaben sich vier Gruppen, die folgendermaßen unter den Befragten vertreten waren:

1. Geringer Stress (Niedrige Belastung und hoher Handlungsspielraum) 32,6 %
2. Passive Arbeit (Niedrige Belastung und niedriger Handlungsspielraum) 23,8 %
3. Aktive Arbeit (Hohe Belastung und hoher Handlungsspielraum) 17,7 %
4. Hoher Stress (Hohe Belastung und geringer Handlungsspielraum) 25,9 %

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte und der Kooperation mit ÄrztenInnen zeigte sich wie schon beim Handlungsspielraum ein enger Zusammenhang zu der Art des Pflegesystems. Das Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung war bei ganzheitlichen Pflegesystemen deutlich höher, das Ausmaß an Kooperationsproblemen mit Ärzten deutlich geringer als in funktionsorientierten oder gemischten Pflegesystemen. Sowohl der Handlungsspielraum als auch die soziale Unterstützung hatten Einfluss auf das Ausmaß der Stressreaktion.

In der Nachfolgeuntersuchung von GRABBE e.a. (2005) zeigten sich deutlich schlechter bewertete Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten gegenüber den vorherigen Ergebnissen. Die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegenInnen wurde überwiegend positiv bewertet. Stark abhängig von der Einschätzung der Beteiligungsmöglichkeiten war die Beurteilung der

innerbetrieblichen Kooperation. Der Anteil derjenigen, die die Kooperation als sehr gut einstufen, war bei denjenigen, die die Beteiligungsmöglichkeiten als gut einschätzten, doppelt so hoch als bei denjenigen, die ihre Beteiligungsmöglichkeiten als gering einschätzten. Dieses Ergebnis zeigte sich in allen drei Teilbereichen der Kooperation (Berufsgruppen- und Abteilungs- und Abteilungs-Kommunikation, Abstimmung Pflegebereich / ärztlicher Bereich). Im Vergleich zu der Vorläuferuntersuchung ist die Arbeitszufriedenheit deutlich abgesunken, insbesondere bei den älteren Befragten. Dies hat aber nicht zu einer Zunahme des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe (20 %) oder einen Arbeitsplatzwechsel (13 %) geführt.

Hinsichtlich der Ressourcen zeigte der Vergleich zwischen stationärer Pflege und ambulanter Pflege, dass die Tätigkeit von den Befragten im ambulanten Bereich zwar überwiegend als abwechslungsreich und interessant beurteilt wurde. Insgesamt aber war der Anteil derjenigen, die ihre Tätigkeit als interessant und abwechslungsreich bezeichneten, im stationären Bereich höher. Umgekehrt verhält es sich mit dem Bereich soziale Unterstützung, der von den Befragten im ambulanten Bereich besser bewertet wurde als von den Befragten im stationären Bereich. Auch die Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten war im ambulanten Bereich besser als im stationären Bereich. Insgesamt schneidet – so die AutorenInnen – der ambulante Bereich bei sektorübergreifenden Belastungen und Ressourcen besser ab als der stationäre Bereich. Ähnlich wie im stationären Bereich sind auch im ambulanten Bereich die Einschätzungen der internen und externen Kooperation von den Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten abhängig, die von den Befragten überwiegend als positiv eingeschätzt wurden. Auch hier zeigte sich eine positivere Bewertung als im stationären Bereich.

WITTICH (2004) hat das Belastungserleben zu verschiedenen Personenmerkmalen in Beziehung gesetzt. Zwischen den Variablen **Alter** und der **Berufserfahrung** und fast allen Belastungsskalen zeigten sich signifikant negative Korrelation, d.h. das Belastungserleben nahm mit zunehmendem Alter und zunehmender Berufserfahrung ab. Lediglich Belastungen durch Teamkonflikte treten offensichtlich unabhängig vom Alter auf. Keine Unterschiede zeigten sich in den verschiedenen Altersgruppen bei dem Belastungsprofil: In allen Altersgruppen werden Belastungen durch die Arbeitsorganisation am häufigsten, Belastungen in Bezug auf das berufliche Selbstverständnis am seltensten benannt.

Frauen gaben häufiger als Männer Belastungen in Hinblick auf den Umgang mit PatientenInnen und Angehörigen sowie in Hinblick auf die körperlichen Anforderungen des Pflegeberufs an.

Personen, die eine **Leitungsfunktion** inne hatten sowie Personen, die eine **Fortbildung** zu psychologischen Themen absolviert hatten, sahen häufiger Probleme in der Zusammenarbeit mit ÄrztenInnen. Personen mit Fachweiterbildung bzw. mit Fortbildung benannten häufiger Belastungen innerhalb des Pflorgeteams.

Ähnlich wie im Gesundheitsbereich insgesamt lagen auch im ambulanten psychiatrischen Bereich die Mittelwerte aller Entlastungsfaktoren mit Ausnahme des Bereichs Fortbildung über dem Skalenmittelwert. (EICHERT, 2005)

Bei den Belastungsfaktoren ergab der direkte Vergleich der **Berufsgruppen** der Sozialarbeiter und der Krankenschwestern/ -pfleger für die Krankenschwestern/ -pfleger lediglich bei den qualitativen Anforderungen höhere Werte. Bei den quantitativen Anforderungen, Belastungen durch Unterbrechungen und bei Belastungen durch ungünstige Umgebungsbedingungen erreichten dagegen die SozialarbeiterInnen höhere Werte. (vgl. Tabelle 15)

Der Berufsgruppenvergleich hinsichtlich der Entlastungsfaktoren erbrachte andere Ergebnisse als bei NOLTING (2001). Während die Sozialarbeiter in den Faktoren Handlungsspielraum, Soziale Rückendeckung und Information höhere Werte erzielten, erzielten die Krankenschwestern/-pfleger in den Faktoren Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Zusammenarbeit und Fortbildung höhere Werte. Das Bild scheint hier zwischen den Berufsgruppen ausgeglichener zu sein.

Die Be- und Entlastungsskalen des KFZA wurden mit verschiedenen Personenmerkmalen und Merkmalen der Arbeitssituation in Beziehung gesetzt.

Hinsichtlich des *Alters* ergaben sich positive Korrelationen zu den Faktoren Handlungsspielraum und Ganzheitlichkeit. Signifikante negative Zusammenhänge ergaben sich dagegen zu den Faktoren soziale Rückendeckung und Zusammenarbeit. Mit zunehmendem Alter erleben die Befragten demnach zwar einen größeren Handlungsspielraum bzw. ihre Arbeit als ganzheitlicher, schätzten aber die soziale Rückendeckung und die Zusammenarbeit als schlechter ein.

Signifikante *Geschlechtsunterschiede* ergaben sich nur hinsichtlich der Beurteilung der Umgebungsbedingungen, die die Männer schlechter beurteilten als die Frauen.

Zwischen der *Betriebsgröße* und dem Faktor Ganzheitlichkeit zeigte sich eine positive Korrelation. Zwischen der Teamgröße und den Faktoren Information, Zusammenarbeit und Fortbildung zeigte sich eine positive Korrelation; zu dem Faktor Handlungsspielraum ergab sich dagegen eine negative Korrelation.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass kaum Unterschiede hinsichtlich der Belastungsfaktoren festgestellt werden konnten. Unterschiedlich wurden aber die Entlastungsfaktoren je nach Alter und Teamgröße beurteilt.

3. Belastungsfolgen

Folgen unverarbeiteter psychischer Belastungen zeigen sich sowohl auf individueller Ebene als auch auf Teamebene.

Auf individueller Ebene werden beschrieben:

- Distanzierungsbedürfnisse gegenüber PatientenInnen und Problemen
- Verminderte Motivation und geringeres Engagement
- Selbstzweifel und Kompetenzprobleme
- Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Resignation
- Gestörtes emotionales Gleichgewicht
- Nervosität und Depressivität
- Psychosomatische Beschwerden

In diesem Zusammenhang ist auch der von FREUDENBERG (1974) geprägte Begriff „Burnout“ zu nennen, womit ein Zustand schwerer physischer, psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung gemeint ist, der insbesondere in Berufen des psychosozialen und medizinischen Bereichs gehäuft auftritt. Typische Burnoutsymptome sind Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Infektanfälligkeit und Müdigkeit. Langfristig kann es zum Rückzug aus dem Beruf kommen.

Individuelle Auswirkungen sind mit teambezogenen Auswirkungen verschränkt. Erhöhte Reizbarkeit einzelner wirkt sich auf das Teamklima aus, krankheitsbedingte Abwesenheit einzelner führt zu erhöhtem Arbeitsdruck für das Restteam. Beides kann zu verminderter Kooperation und Kohäsion führen.

In der Stressmonitoring-Studie haben NOLTING e.a. (2001) bei unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen Daten zur Belastetheit, zu psychosomatischen Beschwerden, zur physischen und psychischen Gesundheit sowie zu Arbeitsunfällen erhoben. Dabei war es Hauptziel der Untersuchung, Berufsgruppen mit „vergleichsweise ausgeprägten Stressreaktionen“ zu ermitteln. (NOLTING e.a. 2001, S. 17)

Dargestellt wurden die Ergebnisse in Form von sog. standardisierten Morbiditätskoeffizienten (SMQ). Dabei entspricht der Wert 100 dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung. Werte unter 100 sind Abweichungen nach unten, Werte über 100 Abweichungen nach oben.

Insgesamt wurden 23 unterschiedliche Berufsgruppen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, untersucht. Im Folgenden werden aber nur die Ergebnisse, die sich auf die Berufsgruppen der Krankenschwestern/ -pfleger, SozialpädagogenInnen und der ÄrzteInnen beziehen, dargestellt.

Tabelle 17: SMQ nach NOLTING e.a. (2001, S. 18 ff.)

| | Spanne aller Berufe | Krankenschwestern/ -pfleger | SozialarbeiterInnen | ÄrztInnen |
|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------|
| Belastetheit | 106 – 133 | 129 | 126 | 118 |
| Psychosomatische Beschwerden | 75 – 152 | 126 | 124 | 81 |
| Psychische Gesundheit | 88 - 102 | 95 | 90 | 95 |
| Physische Gesundheit | 96 - 110 | 99 | 102 | 108 |

Aus der Übersicht wird deutlich, dass bei der Belastetheit alle hier untersuchten Berufsgruppen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich höhere Werte aufweisen. Die Krankenschwestern/ -pfleger erreichen hier mit 129 den höchsten Wert.

Bei den psychosomatischen Beschwerden erreichen sie ebenfalls den höchsten Wert der drei Berufsgruppen. Einen ähnlich hohen Wert weisen die SozialarbeiterInnen auf. Der Wert der ÄrzteInnen ist dagegen deutlich niedriger und liegt mit 81 auch unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

Bei der psychischen Gesundheit erreichen alle drei Berufsgruppen Werte unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts, d.h., sie beschreiben ihren psychischen Gesundheitszustand als schlechter in Bezug auf die Gesamtbevölkerung.

Bei der physischen Gesundheit erreichen die Krankenschwestern/ -pfleger mit 99 den niedrigsten Wert, über dem Durchschnitt liegen hier die SozialarbeiterInnen und die ÄrzteInnen.

Tabelle 18: Unfallzahlen nach NOLTING e.a. (2001, S. 26 ff.)

| | Gesamtwert | Krankenschwestern/ -pfleger | SozialarbeiterInnen | ÄrztInnen |
|-------------------------|------------|-----------------------------|---------------------|-----------|
| Gesamtunfallzahlen | 24,2 % | + 4 % | - 8 % | - 12 % |
| Meldepflichtige Unfälle | 4 % | 0,0 % | - 1 % | - 3 % |

Die Tabelle zu den Unfallzahlen gibt getrennt nach nicht-meldepflichtigen und meldepflichtigen Unfallereignissen den prozentualen Anteil derjenigen an, die einen Unfall angegeben haben. Be-

rufsgruppenspezifisch ist zusätzlich angegeben, um wie viel Prozent der jeweilige Wert nach oben oder unten abweicht.

Bezogen auf die für uns relevanten Berufsgruppen zeigt sich, dass die Gesamtunfallzahlen lediglich bei den Krankenschwestern/ -pflegern nach oben abweichen. Die mitgeteilten Gesamtunfallzahlen weichen bei den SozialarbeiterInnen und ÄrztenInnen dagegen deutlich nach unten ab.

Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass insgesamt acht der im Gesundheitswesen vertretenen Berufsgruppen in besonderem Maße unter Stress leiden. Neben AltenpflegernInnen, KöchenInnen, HilfsarbeiternInnen/Reinigungskräften/PförtnerInnen, Büro- und Verwaltungskräften, ErzieherInnen und BerufsschullehrerInnen sind dies SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern/ -pfleger.

„Die SozialarbeiterInnen zeigen vor allem bei den Stress-Indikatoren im engeren Sinne (Belastetheit, psychosomatische Beschwerden, psychische Gesundheit) ungünstige Werte. (...) Bei den Krankenpflegekräften zeigen sich hohe Werte bei den Indikatoren Belastetheit und psychosomatische Beschwerden, die psychische Gesundheit ist etwas schlechter als der Bundesdurchschnitt.“ (NOLTING e.a. 2001, S. 30)

In der Untersuchung von NOLTING e.a. (2000) wurden als Indikatoren der Stressreaktion Belastetheit und Fähigkeit zur Erholung, psychosomatische Beschwerden erhoben. Außerdem wurde die Arbeits- und Berufszufriedenheit erhoben. Dabei zeigte sich, dass Müdigkeit, Erschöpfung und das Bedürfnis, früh schlafen zu gehen, bei mehr als der Hälfte der Befragten häufig auftrat. Ein Drittel der Befragten gaben an, nach der Arbeit nicht abschalten zu können. Psychosomatische Beschwerden traten vor allem am Stütz- und Bewegungsapparat auf. Als wichtigste Einflussfaktoren in Zusammenhang mit psychosomatischen Beschwerden konnten die AutorenInnen organisationsbedingte Belastungen, Belastungen durch Tod und Krankheit von PatientenInnen, Alter, hohe Wirbelsäulenbelastungen sowie die familiäre Situation (Alleinerziehende) identifizieren. Einen positiven Einfluss haben nach NOLTING e.a. ein hoher Handlungsspielraum und das Ausmaß der sozialen Unterstützung:

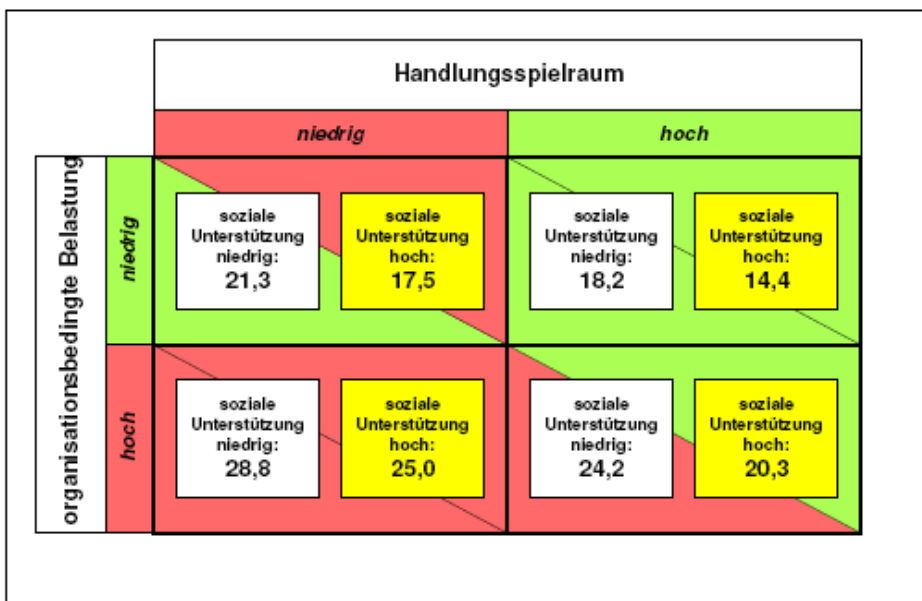


Abbildung 16: Durchschnittlicher Wert auf der Beschwerdeskala in Abhängigkeit von organisationsbedingter Belastung, Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung (aus: NOLTING e.a. 2005, S. 77)

Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit zeigte sich, dass trotz der sehr positiven Bewertung der eigenen Tätigkeit ca. 20 % der Befragten häufig über eine Berufsaufgabe und weitere 25 % manchmal darüber nachdachten. Nach NOLTING e.a. sind (neben körperlichen Belastungen) vor allem schlechte Sozialbeziehungen, ein hohes Maß an organisationsbedingten Belastungen sowie ein geringer Handlungsspielraum wichtige Einflussfaktoren in Hinblick auf eine mögliche Berufsaufgabe. Auch hier spielt das Pflegesystem eine wichtige Rolle, Befragte, die in einem ganzheitlich orientierten Pflegesystem arbeiteten, denken deutlich seltener über einen möglichen Wechsel nach als Befragte, die in einem funktionsorientierten System arbeiten.

Auch in der Nachfolgeuntersuchung im Jahr 2005 (GRABBE e.a. 2005) wurden verschiedene Daten zur Stressreaktion erhoben. Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden und der Allgemeinbeschwerden ergaben sich keine Unterschiede zur Vorgängeruntersuchung. Die wichtigsten (mit der Beschwerdenliste von ZERSSEN) erhobenen Beschwerden waren Kreuz- und Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, übermäßiges Schlafbedürfnis, Grübelei, Reizbarkeit, Schweregefühl in den Beinen, Mattigkeit und innere Unruhe. Der durchschnittliche Summenwert der Beschwerdenliste steigt mit zunehmendem Alter. Außerdem zeigte sich, dass Erschöpfungsgefühle in Zusammenhang mit der Arbeit in allen Altersgruppen mit höheren Werten bei der Beschwerdenliste einhergeht. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit konnten die Autoren eine deutliche Verschlechterung gegenüber 2000 feststellen, was sich aber nicht in verstärkten Berufs- oder Arbeitsplatzwechsellendenzen niederschlug.

In der Untersuchung zum ambulanten Bereich (GRABBE e.a. 2006) konnten die AutorenInnen trotz insgesamt als günstiger bewerteter Arbeitsbedingungen hinsichtlich der körperlichen Beschwerden und der Allgemeinbeschwerden keinen Unterschied zu den Befragten aus dem stationären Bereich feststellen. Auch hier werden vor allem Beschwerden hinsichtlich des Stütz- und Bewegungsapparats genannt. Etwas stärker ausgeprägt sind im Vergleich zum stationären Bereich Mattigkeit und innere Unruhe. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit zeigte sich, dass Beschäftigte im ambulanten Bereich insgesamt etwas zufriedener waren als ihre KollegenInnen im stationären Bereich, was sich allerdings nicht in den Berufsaufgabe- bzw. Arbeitsplatzwechsellendenzen niederschlug. Diese waren im ambulanten und stationären Bereich gleich groß ausgeprägt.

Aus dem ambulanten psychiatrischen Bereich liefert die Untersuchung von EICHERT (2005) Werte zu den Bereichen Arbeitszufriedenheit, Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Belastetheit sowie zu den psychosomatischen Beschwerden. Bei den Werten handelt es sich um unstandardisierte Skalenwerte.

Im Einzelnen wurden folgende Werte gefunden:

Tabelle 19: Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand nach EICHERT (2005)

| | Ambulante Psychiatrie insgesamt | SozialarbeiterInnen | Krankenschwestern/ -pfleger |
|--------------------------------------|--|----------------------------|------------------------------------|
| Arbeitszufriedenheit (1-5) | 3,9 | 3,8 | 3,9 |
| Allgemeiner Gesundheitszustand (1-5) | 3,2 | 3,0 | 3,3 |
| Nachgedanken (1-4) | 2,5 | 2,6 | 2,6 |
| Erschöpfung (1-4) | 3,2 | 3,2 | 3,3 |
| Bedrückung (1-4) | 2,2 | 2,2 | 2,3 |
| Müdigkeit (1-4) | 2,7 | 2,6 | 2,7 |
| Psychosomatische Beschwerden (0-72) | 15,2 | 14,9 | 14,6 |

Insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen zeigten sich in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, Allgemeinen Gesundheitszustand sowie auf die Belastetheitsskalen Nachgedanken, Bedrückung und Müdigkeit eher Werte am bzw. über dem Skalendurchschnitt.

Lediglich für Erschöpfung fanden sich für alle Befragten sowie für die SozialarbeiterInnen und die Krankenschwestern/ -pfleger Werte über dem Skalendurchschnitt.

Dagegen lagen in der Gesamtgruppe und in den einzelnen Berufsgruppen die Werte für psychosomatische Beschwerden deutlich unter dem Skalenmittelwert.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Gesundheitsindikatoren und Aspekten der Arbeitssituation zeigten sich signifikante schwache bis mittlere Korrelationen zwischen den Belastungsfaktoren (qualitative und quantitative Anforderungen, Arbeitsunterbrechungen und Umgebungsbedingungen) und allen Gesundheitsfaktoren. Außerdem zeigten sich signifikante schwache negative Korrelationen zwischen einigen Gesundheitsindikatoren und den Faktoren Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit. Außerdem ergaben sich eine Reihe von Zusammenhängen zwischen der Arbeitszufriedenheit und einigen Gesundheitsindikatoren, die nahelegen, dass der eigene Gesundheitszustand und die Belastetheit um so besser eingeschätzt werden, je höher die Arbeitszufriedenheit ist. (EICHERT 2005, S. 89)

Zum Zusammenhang von Merkmalen der Arbeitssituation (Stressoren und Ressourcen) und dem Beanspruchungserleben bzw. der Stressreaktion im Gesundheitsbereich sollen hier weitere Untersuchungsergebnisse von HACKER (1997), HACKER & REINHOLD (1998) und MÖLTNER (2005) vorgestellt werden.

In einer Untersuchung zum Einfluss der Arbeitsorganisation auf die psychischen Anforderungen, Beanspruchung und das Wohlbefinden von Pflegepersonal hat HACKER (1997) sowohl objektive als auch subjektive Daten zur Arbeitsbelastung sowie Daten zum Beanspruchungserleben erhoben. Für fast alle Merkmale des Arbeitserlebens konnten Beziehungen zum Erleben psychischer Beanspruchung gefunden werden. Als Bedingungen, die bei positiver Ausprägung besonders gesundheitsförderlich seien, benennt HACKER (1997, S. 188):

- ein angemessenes Qualifikationsniveau des Pflegedienstes in Bezug auf die stationsspezifischen Pflegeanforderungen,
- behinderungsfreie Arbeitsmöglichkeiten,
- eine gute, relativ gleichmäßige Verteilung der Arbeitsaufgaben über eine Arbeitsschicht,
- die Vorhersehbarkeit des Arbeitsablaufs,
- widerspruchsfreie Arbeitsanweisungen durch verschiedene Personen,
- eine ausreichende Informationsübermittlung,
- die gegenseitige Unterstützung in der Arbeitsgruppe, insbesondere in Stresssituationen,
- Kooperation bei körperlich schweren Tätigkeiten,
- ein kooperativ-kollegialer Führungsstil,
- die Unterstützung durch andere Personen in schwierigen verantwortungsvollen Entscheidungssituationen,
- ein Arbeiten ohne Zeitdruck und mit normaler Arbeitsintensität sowie
- ausreichende Zeit für Patientengespräche mit dem vordergründigen Ziel der sozialen Zuwendung.

Zusammenhänge zwischen physischer Gesundheit und soziodemographischen Merkmalen konnten nicht festgestellt werden. Bezüglich der psychischen Gesundheit und Berufs- und Lebensalter

sowie Familienstand konnten dagegen Zusammenhänge festgestellt werden. Jüngere MitarbeiterInnen und BerufsanfängerInnen erlebten im Gegensatz zu den älteren KollegenInnen eine stärkere negativ ausgeprägte psychische Beanspruchung:

„Eine wichtige Schlussfolgerung daraus ist, den Ausbildungsprozess der Schwestern-/Pflege-SchülerInnen gerade in Bezug auf die Besonderheiten des Sozialverhaltens im Pflegedienst entschieden zu verbessern, eventuell durch Supervision.“ (HACKER 1997, S. 195)

Vor einem austauschtheoretischen Hintergrund untersuchten HACKER & REINHOLD (1998) an 189 Pflegenden aus 30 Stationen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen den Einfluss von Organisations- und Arbeitsmerkmalen auf die erlebte Beanspruchung. Die betriebs- und arbeitsorganisatorischen Bedingungen wurden mit Fragebögen, Beobachtungsinterviews und Führungskräftebefragungen erhoben. Als Beanspruchungsmerkmale wurden mit dem BHD-Fragebogen (HACKER, REINHOLD 1998) die Skalen emotionale Erschöpfung, arbeitsbedingte intrinsische Motivation, Arbeitszufriedenheit, Zuneigung/Abneigung gegenüber Patienten und reaktives Abschirmen als Coping-Strategie erhoben. Zusätzlich wurden psychosomatische Beschwerden erfasst.

Zwischen der FIT-Skala, die den Grad der Nutzung der Qualifikation in der Arbeit darstellt, und allen Beanspruchungsmerkmalen ergaben sich deutliche negative Korrelationen, von denen nur die Korrelation zu intrinsischer Motivierung nicht signifikant war. Die Autoren konnten bei den „objektiven“ Tätigkeitsmerkmalen schwache bis mittelstarke Beziehungen zwischen Merkmalen der Arbeitsteilung, der Besetzung und der Ausstattung der Dienste einerseits und der Arbeitszufriedenheit, der arbeitsbedingten Motivation und dem reaktiven Abschirmen andererseits feststellen. Die Pflegebedürftigkeit der Patienten stand mit emotionaler Erschöpfung und Aversion gegen Patienten in Zusammenhang.

MÖLTNER (2005) untersuchte mit einer MitarbeiterInnenbefragung in zwei Institutionen des Gesundheitswesens auf der Grundlage eines Belastungs – Beanspruchungskonzeptes den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Beanspruchungsfolgen unter dem Blickwinkel der Moderatorwirkung externer Ressourcen. In dem eingesetzten Fragebogen wurden Arbeitsbelastungen (Zeitdruck, Unterbrechungen, hohe Verantwortung, Überstunden und hoher Arbeitsumfang), externale Ressourcen (MitarbeiterInnenorientierung, Attraktivität und Bindung, Planung und Kommunikation/Betriebsklima, Anerkennung und Entscheidungsumsetzung) sowie Beanspruchungsfolgen (Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Verausgabung, Gesundheit) erhoben.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigten signifikante hohe Varianzaufklärungen der Werte für Verausgabung, Arbeitszufriedenheit durch die Variable „Dienstliche Anforderungen“. Geringer, aber dennoch signifikant, war die Varianzaufklärung durch die für die Variablen Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Generelle signifikante Moderatoreffekte der externen Ressourcen auf den Zusammenhang der Skalen Dienstliche Anforderungen und Beanspruchungsfolgen konnten hingegen nicht gefunden werden, lediglich Anerkennung konnte als signifikanter Moderator der Beziehung zwischen den Skalen Dienstliche Anforderung und Arbeitszufriedenheit identifiziert werden. Außerdem fungierte der Faktor Geschlecht als Moderator zwischen Dienstlichen Anforderungen und Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

Statt der vermuteten Moderatoreffekte konnten aber Haupteffekte aller Bereiche der externen Ressourcen auf die Arbeitszufriedenheit und z.T. auf die Lebenszufriedenheit, Gesundheit und Verausgabung gefunden werden. Die Autorin kommt diesbezüglich zu dem Schluss:

„Organisationale Faktoren können als Stressoren fungieren: Mangelhafte Bewertungen des Betriebsklimas, der Kommunikation, Partizipation, Strukturen der Entscheidungsfindung und der Organisationspolitik sind nachgewie-

senermaßen mit negativen Beanspruchungsfolgen assoziiert (vgl. im Überblick Cooper et al., 2001). Im Sinne der salutogenetischen Frage nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (Antonovsky, 1997) kann im Umkehrschluss angenommen werden, dass positive Bewertungen der Führung und des Managements direkt förderlich auf Indikatoren der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens auswirken. Belastungs- und Ressourcenforschung können aus diesem Blickwinkel als zwei Seiten einer Münze verstanden werden, bei der es um die Frage der Persönlichkeits- und Gesundheitsförderlichkeit von Arbeit geht (Wieland-Eckelmann, 1992a).“ (MOELTNER 2005, S. 34)

4. Zusammenfassung

Im Licht der hier dargestellten Ergebnisse zum arbeitsbedingten Stress im Gesundheitswesen kann man feststellen, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt ihre Arbeits- und Gesundheitssituation relativ positiv einschätzen: Mit Ausnahme des Faktors Quantitative Anforderungen werden die Belastungsfaktoren in Bezug auf die Skalenmittelwerte niedriger eingeschätzt, Entlastungsfaktoren dagegen eher höher.

Bei dieser Einschätzung wie auch bei dem in der Literatur festgestellten Ausmaß der Stressreaktion gibt es aber sowohl berufsgruppenspezifisch als auch bereichsspezifisch bedeutende Unterschiede.

Während bei den ÄrztInnen und (etwas eingeschränkt) bei den SozialarbeiterInnen im Vergleich zur Gesamtstichprobe starke wahrgenommene Belastungen (insbesondere bei den quantitativen Anforderungen) gekoppelt sind mit einer hohen Bewertung beruflicher Ressourcen, bewerten die Krankenschwestern/-pfleger ihre Ressourcen bei ebenfalls hoher Belastung (insbesondere Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen) eher schlechter. Dies betrifft insbesondere den Handlungsspielraum und die Vielseitigkeit. Die Berufsgruppen der SozialarbeiterInnen und vor allem der Krankenschwestern/-pfleger gehören gleichzeitig zu den 10 Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die die höchste Stressreaktion zeigten.

Hinsichtlich verschiedener Arbeitsbereiche und Sektoren kann man vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse feststellen, dass die wahrgenommene Belastung von Pflegepersonen in der stationären Chirurgie, in der Kinderklinik und insbesondere in der Psychiatrie deutlich über dem Gesamtdurchschnitt zu liegen scheinen. Im einzelnen tragen hierzu vor allem Probleme in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und im Pflorgeteam sowie Probleme mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis bei. Zudem scheint im stationären Bereich die Art des Pflegesystems (funktional vs. ganzheitlich) eine Rolle dabei zu spielen, wie die Arbeitssituation eingeschätzt wird. Dabei scheinen ganzheitlich orientierte Systeme in Hinblick auf den Handlungsspielraum anderen Systemen überlegen zu sein.

Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass die Arbeitssituation im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären Bereich als weniger belastend erlebt wird. Gleichzeitig scheinen im ambulanten Bereich die Ressourcenfaktoren insgesamt besser bewertet zu sein.

Zusätzlich zu den Unterschieden zwischen Berufsgruppen und Bereichen konnten in verschiedenen Studien Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung der Arbeitssituation und Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und Funktion festgestellt werden. Dabei scheint mit zunehmendem Alter das Belastungserleben eher abzunehmen. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass mit zunehmendem Alter der Handlungsspielraum und die Ganzheitlichkeit der Arbeit besser eingeschätzt werden, nicht aber die soziale Rückendeckung.

Bei der Untersuchung arbeitsbedingter Stressfolgen werden neben dem allgemeinen Gesundheitszustand in der Regel die Belastetheit, psychosomatische Beschwerden sowie Indikatoren der

physischen und psychischen Gesundheit untersucht. Zudem werden oft Merkmale der Arbeits- und Berufszufriedenheit erhoben. Gemessen an den Standardmorbiditykoeffizienten erreichten vor allem die Berufsgruppen der Krankenschwestern/ -pfleger und der SozialarbeiterInnen teils deutlich erhöhte Werte bei der Belastetheit und bei psychosomatischen Beschwerden. Deutlich weniger beeinträchtigt waren diesbezüglich die ÄrztInnen. Etwas günstigere Werte für das Pflegepersonal und die SozialarbeiterInnen zeigten sich lediglich im ambulanten psychiatrischen Bereich, wobei ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlich aufbereiteten Daten nicht möglich ist.

Neben den wahrgenommenen beruflichen Ressourcen wie sie z.B. mit dem KFZA erfasst werden (Handlungsspielraum, Ganzheitlichkeit, Vielseitigkeit, Soziale Rückendeckung, Information Mitarbeiter, Zusammenarbeit und Fortbildung) wurden als Einflussfaktoren Konzepte des Handlungsspielraumes, des Pflegesystems, externe Ressourcenkonzepte sowie Person-Environment-Fit-Konzepte (PE-Fit z.B. bezüglich des Grads der Nutzung der Qualifikation in der Arbeit) untersucht.

Es zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen, dass das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden in engem Zusammenhang steht mit der Arbeitsbelastung, dem Handlungsspielraum und dem Ausmaß sozialer Unterstützung bzw. externaler Ressourcen. Je höher die Faktoren Handlungsspielraum und soziale Unterstützung ausgeprägt waren, desto geringer war bei gleich bewerteter Belastung das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden. Ebenfalls konnten positive Effekte des Grades der Nutzung von Qualifikationen in der Arbeit festgestellt werden.

3.3. Zusammenfassung: Supervision als Ressourcenentwicklung

Supervision, wie wir sie heute verstehen, hat historisch gesehen verschiedene, teils sehr lange zurückreichende Wurzeln. Dabei ist ein sehr früher Aspekt, der sich aus dem mittelalterlichen kirchlichen Bereich über die elisabethanischen Armengesetzgebung bis heute zieht, der Kontrollaspekt durch „Aufseher“. Erst später mit der Einführung von sozialarbeiterischer Supervision im 19. Jahrhundert in den USA und den weiteren auch durch die Psychoanalyse beeinflussten Entwicklungen wurden weitere Elemente einbezogen und es differenzierten sich als Grundformen neben der administrativ geprägten Supervision Formen der Ausbildungssupervision und der supportiven Supervision. Diese entwickelten sich durch die Integration von sozialwissenschaftlichen und psychotherapeutischen Methoden zu den heute gängigen Formen und Ansätzen von Supervision.

Definitiv kann man Supervision als Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, als Prozess zur Kompetenz- und Performanzsteigerung, als Praxisstrategie zur Diagnose und Handhabung gegebener Strukturen und Prozesse und als sozialphilosophisch fundierte Disziplin verstehen. Im Zentrum steht dabei das Basiskonzept der Supervision als Anleitung zur Selbstreflexion, das durch spezielle Ausprägungen, die durch das jeweilige Konzept, die jeweiligen Anwendungsfelder und die jeweilige SupervisorInnenposition bestimmt werden, differenziert wird. Auf diese Weise können verschiedene Supervisionsformen, Supervisionsansätze, Methoden und Supervisionszielsetzungen differenziert werden. Supervision kann z.B. in der Therapieausbildung der Professionalisierung dienen, als Fall- oder Prozesssupervision durchgeführt werden, kann Fortbildungsfunktionen erfüllen, Supervision kann aber auch den Schwerpunkt der Teamentwicklung haben. Entsprechend kann Supervision mit sehr unterschiedlich zusammengesetzten Gruppen arbeiten (Team, Berufsgruppen) oder als Einzelsupervision durchgeführt werden. Je nach Setting sind auch die Anforderungen an den/die SupervisorIn unterschiedlich. Beratungskompetenz, Feldkompetenz und Fachkompetenz spielen eine

unterschiedliche Rolle. Man kann an dieser Stelle als Zwischenfazit festhalten, dass es bei der Untersuchung von Supervision nicht um „die Supervision“ geht, sondern immer um eine Vielzahl verschiedener Supervisionen, die sich im Spannungsfeld von Supervisionsauftrag, SupervisionsteilnehmernInnen und -setting, Supervisionsfeld und SupervisorIn unterschiedlich positionieren und nur schwer vergleichbar sind.

Aufgrund dieser Voraussetzungen ergeben sich bei der Untersuchung von Supervision und ihrer möglichen Effekte verschiedene Probleme. Zum einen gibt sich eine Vielzahl von möglicherweise relevanten Variablen, die im Rahmen des Supervisionsprozesses eine Rolle spielen, die kaum alle kontrolliert werden können. Um zu gesicherten Aussagen kommen zu können, müssten Effekte, Wirkfaktoren und Wirkweisen von Supervision im Rahmen von randomisierten Kontrollgruppendesigns untersucht werden, was wiederum mit erheblichen praktischen und ethischen Problemen verbunden wäre, die bei der zufälligen Gruppenzuweisung von SupervisorenInnen und SupervisandenInnen entstehen würden. Weiter ergeben sich Probleme bei der Bedingungsherstellung, eine Abgrenzung von Supervisionsansätzen ist teils sehr schwierig. Auch bei der Festlegung von Wirkungsebenen und Erfolgskriterien ergeben sich aufgrund der Mehrebenenstruktur von Supervision Probleme: Effekte können sowohl auf der SupervisandenInnenebene als auch auf der KlientenInnenebene und dort jeweils bei verschiedenen Personen erwartet werden. Durch Interaktionseffekte und konkurrierende Effekte reduziert sich das Maß möglicher Effekte, insbesondere auf der KlientenInnenebene, auf ein sehr kleines Maß. Ideale Forschungslösungen sind in einem dermaßen komplexen Feld daher problematisch und kaum umsetzbar.

Entsprechend dominieren in der Forschungspraxis einerseits Fragebogenuntersuchungen, die die SupervisandenInnen nach den wahrgenommenen Wirkungen von Supervision befragen, oft handelt es sich dabei auch um (Selbst-)Evaluationsstudien. Andererseits gibt es verschiedene qualitativ orientierte Studien, hier insbesondere Untersuchungen, die sich auf ExpertenInnenansätze beziehen. Längsschnittuntersuchungen, die mit mehreren Messzeitpunkten arbeiten, oder gar Mehrebenenstudien sind die Ausnahme. Schon aus diesem Grund ist es problematisch, von Supervisionswirkungen zu sprechen, in der Regel geht es eher um wahrgenommene Effekte, die auf Supervision zurückgeführt werden.

Die Untersuchungen, die sich mit sehr unterschiedlichen Anwendungsfeldern von Supervision (Sozialer Bereich, Krankenhaus, Psychotherapie, Altenpflege sowie Vergleichsuntersuchungen) befassen, kommen zu relativ ähnlichen Ergebnissen: Es werden vor allem wahrgenommene Effekte auf die eigene Person und die KollegenInnen berichtet, weniger auf die KlientenInnen oder die Institution. Einzel- und Gruppensupervision scheinen dabei eher mit wahrgenommenen Effekten auf die Person, Teamsupervision eher mit wahrgenommenen Effekten auf die KollegenInnen verbunden zu sein, d.h. die Zusammensetzung der jeweiligen Supervisionsgruppe scheint sich auf die Art der wahrgenommenen Effekte auszuwirken. Außerdem scheint ein Zusammenhang zwischen diesen Effekten und der wahrgenommenen Problemlöse-, Beratungs-, und Beziehungskompetenz des/der SupervisorsIn zu bestehen. Hinsichtlich der Effekte auf KlientenInnen gibt es kaum empirische Untersuchungen. Die Ergebnisse von SIPOS (2001) legen nahe, dass Supervision mit der Prozessqualität der Therapie in Zusammenhang steht, diese wiederum mit der Ergebnisqualität. Supervision hätte demnach indirekte Effekte. Neben erwünschten Effekten werden in einer Reihe von Untersuchungen auf unerwünschte Effekte und Risiken untersucht. Genannt werden in diesem Zusammenhang Grenzüberschreitung, Kränkung, Entwertung, Eskalation oder Kündigung von MitarbeiternInnen als Supervisionsfolge. Der Anteil der SupervisandenInnen, die von solchen negativen Erfahrungen berichten, schwankt zwar je nach Studie sehr stark, trotzdem sind die Ergebnisse sehr problematisch für eine Methode, deren Ziel die Unterstützung und Entwicklung professioneller Arbeit im psychosozialen Bereich ist.

Auskunft über mögliche Wirkfaktoren in der Supervision geben einerseits Ergebnisse aus den Evaluationsstudien, andererseits gibt es hier eine Reihe von Ergebnissen aus dem anglo-amerikanischen Raum und der dortigen Forschung zur Supervision in der Psychotherapieausbildung. Als relevante Faktoren werden Merkmale des/der SupervisorsIn (Feldkompetenz, Fachkompetenz, Beziehungskompetenz, Triangulierungskompetenz, Supervisionsstil, Beziehungsorientierung, Aufgabenorientierung), Merkmale der Arbeitsbeziehung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn, Settingsmerkmale (Auftragsklärung/Zielsetzung, Arbeitsfeld und Belastungserleben, Form und Supervisionsteilnehmer, Inhaltlicher Fokus) sowie verschiedene Elemente des Prozesses (Lernen in der Supervision, Umgang mit Übertragung/Gegenübertragung, Parallelprozess, Methoden und Techniken) genannt.

Das Arbeitsfeld der Psychiatrie ist mit speziellen Anforderungen an die dort Beschäftigten verbunden, die aus historischen Entwicklungen, aktuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen, institutionellen Aspekten und Aspekten der PatientenInnenstruktur erwachsen. Aufgrund ihrer historischen Entwicklung, die im übrigen auch verschiedene Berührungspunkte mit den Wurzeln der Supervision hat, ist die Psychiatrie auch heute noch sehr stark von der Ambivalenz zwischen Kontrolle und Behandlung/Hilfe geprägt, was im Alltag immer wieder zu problematischen Situationen mit PatientenInnen führen kann. Darüber hinaus haben Entwicklungen und Reformen der letzten Jahre zu Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen geführt, die mit starken, nicht selten negativen, Auswirkungen auf die Institutionen und deren Beschäftigte verbunden waren. Deutliche finanzielle Einsparungen und Kürzungen waren oft gleichzeitig mit steigenden Anforderungen an die Qualität der Arbeit verbunden. Auch aus der institutionellen Struktur des Einrichtungsträgers (Personalstruktur, Arbeitsorganisation eines psychiatrischen Krankenhauses, die Weite des Versorgungsauftrages, die Rechtsform, weltanschauliche Ausrichtung sowie organisationskulturelle Aspekte) und deren Veränderungen und aus der jeweiligen PatientenInnenstruktur erwachsen spezifische Anforderungen und Belastungen: Je nach Schwerpunkt einer Klinik oder einer Station ergeben sich für die Beschäftigten starke affektive Belastungen aus der Interaktion mit den PatientenInnen, die auf unterschiedliche Reaktionstendenzen treffen können. Neben den Krankheitsbildern spielen hier auch das Ausmaß der Freiwilligkeit der Behandlung sowie die soziale Einbindung der PatientenInnen eine wichtige Rolle. Diese spezifischen Aspekte und Entwicklungen des Arbeitsfeldes sind für Supervision in der Psychiatrie relevant und machen neben supervisorischer Fachkompetenz auch psychiatrische Feldkompetenz wünschenswert.

Supervision wird in der Psychiatrie schon fast traditionell als Methode der Qualitätssicherung und auch Teamentwicklung angewandt. Im Vergleich zur praktischen Bedeutung ist der Umfang der empirischen Forschung zur Supervision in der Psychiatrie jedoch eher gering. Die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen zudem viele Parallelen zu anderen Bereichen. Die vorliegenden Studien beschäftigen sich hauptsächlich mit wahrgenommenem Nutzen und wahrgenommenen Wirkungen von Supervision. Als Determinanten von in diesem Sinne wirkungsvoller Supervision für Person, Team und PatientenInnen spielen die Supervisionsform, Eigenschaften des/der SupervisorsIn sowie der thematischer Schwerpunkt der Supervision eine Rolle. Sowohl Supervisionserwartungen als auch wahrgenommene Supervisionserwartungen scheinen sich in erster Linie auf die Verbesserung professioneller Ressourcen (Fachkenntnisse, Feldkenntnisse) zu beziehen. Soziale und materielle bzw. organisatorische Aspekte der Arbeitssituation scheinen sowohl bei den Supervisionserwartungen und –wirkungen eine geringere Rolle zu spielen. Auch für das Ausmaß wahrgenommener Verbesserung der Arbeitssituation, sowie der Kontrollmöglichkeiten und der Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen scheinen vor allem wahrgenommene Verbesserungen bei den professionellen Ressourcen eine Rolle zu spielen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es gute Gründe für die Annahme gibt, dass Supervision mit positiven (und leider auch negativen) Effekten auf SupervisandenInnen verbunden ist, und dass hierfür verschiedene Aspekte des/der SupervisorsIn, des Settings bedeutsam sind. In Hinblick auf KlientenInnen und die Organisation ist dies nicht unbedingt der Fall.

Problematisch an vielen Untersuchungen zu Supervisionseffekten ist der mangelnde Theoriebezug und die fehlende Hypothesenorientierung – jedenfalls soweit es aus den Veröffentlichungen hervorgeht. In der deutschsprachigen Literatur werden recht wenige Versuche unternommen, postulierte und gefundene Supervisionseffekte auch theoretisch zu untermauern. Dies mag auch mit dem Legitimitätsdruck, dem die Methode Supervision unterworfen ist zusammenhängen. Hier sind in erster Linie positive Ergebnisse gefragt, weniger theoriebezogene Überlegungen zu den Wirkungsweisen. Trotzdem ist – wenn man mittel- und langfristig Supervision als Qualitätssicherungsmethode weiterentwickeln möchte – die Klärung der Wirkungsweise von zentraler Bedeutung, denn nur so ist eine kontrollierte Weiterentwicklung und Optimierung von Supervision möglich.

Supervision erhebt den Anspruch, durch Praxisreflexion und Beratung die Arbeitssituation und Aufgabenerfüllung von MitarbeiternInnen einer Organisation dergestalt zu optimieren, dass sowohl die PatientenInnen, als auch die MitarbeiterInnen und deren Team sowie die Organisationen Nutzen daraus ziehen und Verbesserungen in Hinblick auf die Aufgabenerfüllung wahrnehmen. Bezogen auf MitarbeiterInnen ist es somit das Ziel, die Voraussetzungen für die Bewältigung beruflicher Anforderungen sicherzustellen und zu verbessern, um so deren Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge von nicht zu bewältigenden Anforderungen zu vermeiden. Es geht also um die Entwicklung von beruflich relevanten Ressourcen.

Damit sind stress- und ressourcentheoretische Ansätze angesprochen, die sich genau mit dieser Fragestellung beschäftigen.

In der psychologischen Stressforschung kann man reizorientierte, reaktionsorientierte und relationale bzw. transaktionale Konzepte unterscheiden. Während sich reaktionsorientierte Modelle wie das Modell des Allgemeinen Adaptionssyndroms von SELYE vor allem auf die Stressreaktion beziehen, konzentrieren sich situations- bzw. reizbezogene Konzepte (z.B. Social Readjustment Rating Scale von HOLMES & RAHE) in erster Linie auf potentiell stressauslösende Bedingungen, und versuchen die Stressrelevanz kritischer Lebensereignisse zu messen. Während SELYE's Ansatz wegen seiner Reizunspezifität kritisiert wurde, werden Ansätze der Life-Event-Forschung wegen der Nichtberücksichtigung der Stressrelevanz von „daily-hazzels“ kritisiert und weil in ihnen subjektive Bewertungsprozesse nur unzureichend berücksichtigt seien.

Letztere werden vor allem in relationalen bzw. transaktionalen Konzepten explizit berücksichtigt. Im Rahmen dieser Forschungsrichtung hat das transaktionale Stressmodell der Gruppe um LAZARUS eine zentrale Bedeutung. Stress wird hier verstanden als jedes Ereignis, bei dem äußere oder innere Anforderungen die adaptiven Ressourcen eines Individuums beanspruchen oder übersteigen. Der allgemeine Ablaufprozess des Modells sieht eine Folge von subjektiven Einschätzungsprozessen vor, in dem zum einen die Situation (primary appraisal) bewertet wird und zum anderen die darauf bezogenen eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (secondary appraisal) mit dem Ziel der Auswahl von Bewältigungsverhalten (coping). In einer Neubewertung (reappraisal) wird dann die neue Situation bewertet und ggfs. beginnt der Prozess von vorne. Die Bewertungsprozesse sind jeweils interaktiv konzeptualisiert, die Bewertung der Situation ist immer von Personenaspekten abhängig e.v.v. In der transaktional umformulierten Theorie werden Person-Umwelt-Transaktionen zu Analyseeinheiten, dies betrifft insbesondere die Situationska-

tegorien Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung. Wesentlich differenzierter ist im reformulierten Modell schließlich auch die Sichtweise von Bewältigungsverhalten. Unterschieden wird nach Funktionen, zeitlicher Orientierung, der instrumentellen Orientierung und nach Bewältigungsklassen, insgesamt hat das Bewältigungsverhalten eine größere Bedeutung als Stress.

Eine Weiterentwicklung dieses Modells stellen ressourcentheoretische Überlegungen dar (HOBFOLL, ANTONOVSKY, KOBASA, FRESE etc.). Ressourcen werden verstanden als eigene oder fremde Mittel, die zur Bewältigung von (Stress)-Situationen oder Anforderungen eingesetzt werden können. Ob, zu welchem Ziel und in welchem Maß Ressourcen eingesetzt werden, entscheiden Menschen in einem aktiven Prozess. Ressourcen können sich durch Ressourcenverbrauch vermindern und ggfs. mit dem Verlust weiterer Ressourcen verbunden sein. Ressourcen können aber auch hinzugewonnen werden. Unterschieden werden üblicherweise personale Ressourcen (Gesundheit, Vitalität, Intelligenz etc.), soziale Ressourcen (Familie, Freunde, KollegenInnen etc.), materielle Ressourcen (Besitz, Geld etc.) und professionelle Ressourcen (berufliche Position, Fachwissen, Erfahrung etc.). Als personales Ressourcenkonzept wurde neben dem Kohärenzerleben, Hardiness, Locus of control und seelischer Gesundheit als Eigenschaft vor allem das Selbstwirksamkeitskonzept von BANDURA untersucht. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung fühlen sich demnach auch schwierigen Aufgaben gewachsen. Weitere Aspekte sind der Allgemeinheitsgrad der Selbstwirksamkeitserwartung und die Gewissheit über die Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeitserwartungen scheinen bei intentionalen und volitionalen Stressbewältigungsaspekten eine Rolle zu spielen. Neben personalen Ressourcen sind in der Stressforschung auch soziale Ressourcen insbesondere unter der Perspektive des „Social support“ untersucht worden. Man kann hier zwischen sozialer Integration (quantitativ-strukturelle Perspektive) und erhaltener sowie erwarteter sozialer Unterstützung differenzieren. Die beiden qualitativ-funktionalen Arten lassen sich jeweils in emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung differenzieren. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass erwartete soziale Unterstützung mit positiven Effekten auf das Stresserleben verbunden ist, nicht aber erhaltene soziale Unterstützung. Es handelt sich offensichtlich um unabhängige Dimensionen, wobei erwartete soziale Unterstützung eher dispositional und erhaltene soziale Unterstützung eher situational bedingt ist. Hinsichtlich der Effekte von Ressourcen werden Mediatorenmodelle (Präventivannahme, Direkteffektannahme) und Moderatorenmodelle (Puffermodell) diskutiert. Während bei den Mediatorenmodellen direkte Effekte auf die Belastung oder die Gesundheit angenommen werden, geht das Moderatorenmodell davon aus, dass durch Ressourcen die Wirkung von Stress auf die Gesundheit abgepuffert wird.

Vor dem Hintergrund kontroll- und handlungstheoretischer Überlegungen kann man im Zusammenhang mit dem Selbstmodell (sec. appraisal) vom Aufbau einer aktuellen Kontrollmeinung sprechen. Dabei kann man davon ausgehen, dass das Ausmaß prinzipiell wahrgenommener Kontrollierbarkeit von Anforderungen (i.S. von Handlungsmöglichkeiten) von den wahrgenommenen Ressourcen bestimmt wird. Das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (i.S. von Kompetenzbeurteilung) ist abhängig von der wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen. Die Einschätzung und Bedeutung von Ressourcen und deren Nutzbarkeit dürfte kontext-, bereichs-, und situationspezifisch variieren. Entsprechend variiert natürlich das Selbstmodell.

Bei der Auswahl von konkreten Bewältigungsmöglichkeiten spielt das Selbstmodell eine zentrale Rolle. Ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit begünstigt dabei zunächst direkte Bewältigungsversuche, erst im weiteren Verlauf spielen sekundäre Bewältigungsversuche eine Rolle. Zusätzlich spielt bei der Auswahl von Bewältigungsverhalten auch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (i.S. der Fähigkeit, ein Verhalten auch ausfüh-

ren zu können) eine wichtige Rolle. Nach BAGOZZI spielen instrumentelle Erwartungen, Kompetenzerwartungen und Emotionen gegenüber Bewältigungsmitteln bei der Auswahl eine Rolle.

Auch in der arbeitspsychologischen Stressforschung werden neben belastenden Aspekten der Arbeit (Arbeitskontextfaktoren, Aspekte des Arbeitsinhaltes) entlastende Faktoren bzw. Ressourcenaspekte der Arbeit berücksichtigt. Dabei werden organisationale Aspekte (Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum, Qualifikationspotential, Partizipationsmöglichkeiten), soziale Ressourcenaspekte (Vorgesetzte, ArbeitskollegenInnen, LebenspartnerIn, andere Personen) und personale Ressourcenaspekte (kognitive Kontrollüberzeugungen, Handlungsmuster) unterschieden.

Bezogen auf die Belastungs- und Stressforschung im Gesundheitsbereich kann man feststellen, dass dort Beschäftigte ihre Arbeitssituation zwar insgesamt als gut einschätzen. Dabei gibt es allerdings sowohl bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Stress- und Ressourcenaspekte) als auch bei dem in der Literatur festgestellten Ausmaß der Stressreaktion erhebliche berufsgruppenspezifische und bereichsspezifische Unterschiede gibt.

ÄrzteInnen und SozialarbeiterInnen sind ähnlich wie das Pflegepersonal starken Belastungen ausgesetzt. Im Gegensatz zum Pflegepersonal ist die Belastung bei ihnen aber mit einem größeren Maß an beruflichen Ressourcen (Handlungsspielraum und Vielseitigkeit) verbunden. Die Berufsgruppen der Krankenschwestern/-pfleger und der SozialarbeiterInnen gehören gleichzeitig zu den 10 Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die die höchste Stressreaktion (Belastetheit, psychosomatische Beschwerden) zeigten.

Die wahrgenommene Belastung liegt bei Pflegepersonen in der Psychiatrie deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Fachbereiche. Im Einzelnen tragen hierzu vor allem Probleme in der Zusammenarbeit mit ÄrztenInnen und im Pflgeteam sowie Probleme mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis bei. Insbesondere im stationären Bereich spielt die Art des Pflegesystems (funktional vs. ganzheitlich) eine Rolle dabei, wie die Arbeitssituation eingeschätzt wird. Ganzheitlich orientierte Systeme scheinen in Hinblick auf den Handlungsspielraum anderen Systemen überlegen zu sein. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass die Arbeitssituation im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären Bereich als weniger belastend erlebt wird. Gleichzeitig scheinen im ambulanten Bereich die Ressourcenfaktoren insgesamt besser bewertet zu sein.

Deutlich wird bei der Zusammenschau der Forschungsergebnisse, dass Entlastungs- und Ressourcenfaktoren einen wesentlichen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und Stressreaktion haben. Untersuchungen vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte (Handlungsspielraumes, Pflegesystems, externale Ressourcenkonzepte, PE-Fit-Konzepte) zeigen diesen Zusammenhang konsistent: Je höher der Handlungsspielraum, der Grad der Nutzbarkeit von Qualifikationen in der Arbeit und die soziale Unterstützung ausgeprägt sind, desto geringer ist bei gleich bewerteter Belastung das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden.

Betrachtet man die hier referierten Theorien und Ergebnisse aus der Supervisionsforschung und der Stressforschung, so kann man verschiedene Annahmen zum möglichen Zusammenhang von Supervision, Stress und Ressourcen und der gesundheitlichen Situation machen:

1. Es liegt nahe, zu vermuten, dass die berufsrelevanten Ressourcen einer Person durch Supervision beeinflusst werden können. Supervision kann verschiedene Funktionen annehmen: Sie kann teamzentriert sein und Konflikte und Zusammenarbeit im Team bearbeiten. Sie kann professionell orientiert sein und über ihre Weiterbildungsfunktion Fachwis-

sen und Feldkompetenz sowie professionelle Handlungsmöglichkeiten verbessern. Sie kann auch organisationszentriert an der Verbesserung materieller Rahmenbedingungen der Auftragserfüllung arbeiten. Supervisionseinflüsse sind dabei sowohl auf die Ressourcen und deren Nutzbarkeit denkbar als auch auf deren Wahrnehmung und Bewertung durch die Person. Demnach müssten - bei gleichen sonstigen Voraussetzungen - in Bezug auf wahrgenommene Ressourcen und deren wahrgenommene Nutzbarkeit Unterschiede zwischen Personen, die an Supervision teilgenommen haben und solchen, die nicht an Supervision teilgenommen haben, feststellbar sein.

2. Weiter liegt es nahe, zu vermuten, dass sich dieser Einfluss je nach Supervisionsform und Supervisionsschwerpunkt unterschiedlich bemerkbar macht. Während Gruppensupervisionsformen sowie Einzelsupervisionsformen eher Fragen der Professionalisierung bearbeiten, stehen bei Teamsupervisionen eher Fragen der Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung im Vordergrund und können dort eher bearbeitet werden. Es kann also angenommen werden, dass mit Teamsupervision eher Verbesserungen in den sozialen Ressourcen einhergehen, während mit Einzel- und Gruppensupervisionsformen eher Verbesserungen der professionellen Ressourcen einhergehen.
3. Verbesserungen bei Ressourcen und deren Nutzbarkeit sollten sich positiv auf die aktuelle Kontrollmeinung (Selbstmodell, sec. appraisal) auswirken, und somit die Bewältigung beruflicher Anforderungen positiv beeinflussen. Personen mit Supervision sollten ihre Kontrolle und Selbstwirksamkeit höher einschätzen als Personen ohne Supervision.
4. Schließlich wäre anzunehmen, dass sich der Einfluss von Supervision auf die wahrgenommenen Ressourcen und die wahrgenommene Nutzbarkeit von Ressourcen (und damit auf das Selbstmodell) positiv bei der Arbeitszufriedenheit, Belastetheit sowie die gesundheitliche Situation bemerkbar macht.

Es gibt Hinweise auf solche Zusammenhänge aus Untersuchungen, bei denen Personen nach den wahrgenommenen Wirkungen von Supervision gefragt wurden. Die Hauptfrage dieser Untersuchung ist jetzt, ob sich zwischen zwei Befragungszeitpunkten auch tatsächlich Unterschiede hinsichtlich der relevanten Parameter finden lassen.

4. Modell der Untersuchung und Hypothesen

4.1. Modellannahmen

Im Folgenden soll das hinter der Untersuchung stehende Modell noch einmal zusammenfassend dargestellt werden, bevor die darauf bezogenen Hypothesen aufgestellt werden. Dabei wird das in Abbildung 17 dargestellte transaktionale Stressmodell aufgegriffen und erweitert:

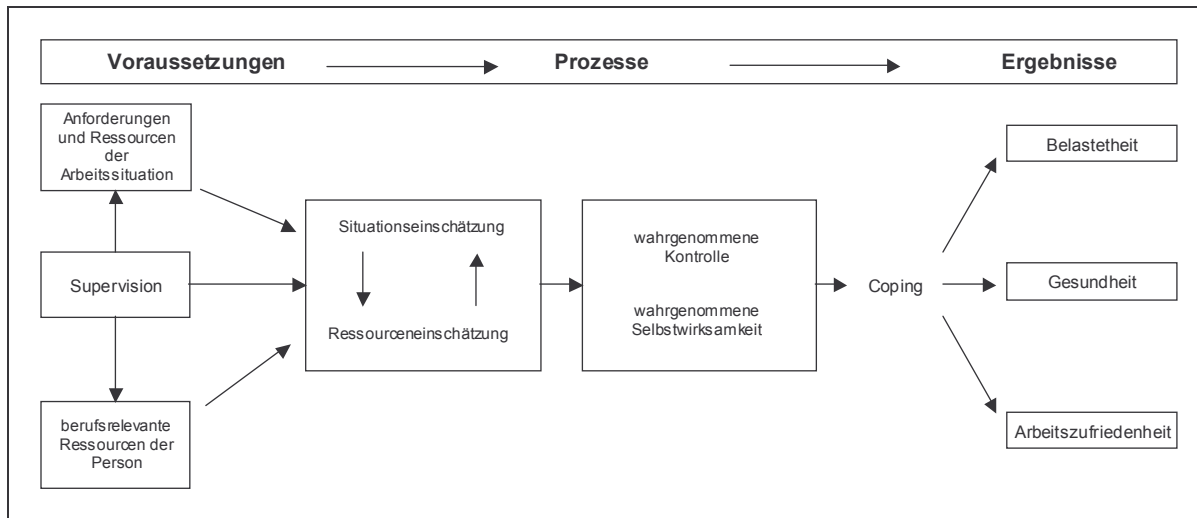


Abbildung 17: Modell der Untersuchung

Das Modell geht von folgenden stress- und ressourcentheoretischen Grundannahmen aus:

Die Person nimmt ihre Arbeitssituation wahr und bewertet sie in Hinblick auf die daraus erwachsenden Anforderungen. Gleichzeitig bewertet die Person ihre eigenen und die ihr zur Verfügung stehenden fremden Mittel zur Bewältigung dieser Situation. Die wahrgenommenen Ressourcen und deren Nutzbarkeit beeinflussen das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber den Belastungen der Arbeitssituation, es entsteht eine auf die Arbeitssituation bezogene aktuelle Kontrollmeinung. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die wahrgenommenen beruflich relevanten Ressourcen und deren Nutzbarkeit, insbesondere die professionellen, sozialen und materiellen Ressourcen.

Je nach Verhältnis zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten antwortet die Person mit unterschiedlichem Bewältigungsverhalten. Bei einem hohen Maß an wahrgenommener Kontrolle bzw. wahrgenommener Selbstwirksamkeit ist eher mit aktiven Kontrollversuchen i.S. von Bewältigung zu rechnen, ein niedriges Ausmaß ist eher mit indirekten Kontrollversuchen verbunden.

Ein dauerhaftes Missverhältnis zwischen wahrgenommenen Anforderungen und wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten trägt zu Beeinträchtigungen der Arbeitszufriedenheit, zu einem höheren Maß an Belastetheit sowie zu Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Wohlbefindens bei.

Supervision kann den Stressprozess durch die Entwicklung beruflich relevanter Ressourcen und ihrer Nutzbarkeit beeinflussen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere professionelle Ressourcen (Fachkenntnisse, Feldkenntnisse, berufliche Fertigkeiten, Wahrnehmungsfähigkeit, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, Sicherheit, Einfühlungsvermögen und Abgren-

zungsfähigkeit) und soziale Ressourcen i.S. von sozialer Unterstützung (emotionale, instrumentelle, informationelle Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte) von Bedeutung. Darüber hinaus sind materielle Ressourcen (materielle Ausstattung, Einfluss auf die Arbeitsgestaltung, Fortbildungsmöglichkeiten) bedeutsam. Die Ressourcenbeeinflussung kann durch pädagogische Intervention (Verbesserung von Kenntnissen und Fertigkeiten), durch Interventionen auf der Ebene der Zusammenarbeit im Team und mit Vorgesetzten sowie auf der organisatorischen Ebene erfolgen. Sie kann in der Verbesserung der Ressourcen und in der Verbesserung der Ressourcennutzbarkeit selbst liegen. Supervision kann sich aber auch auf die ressourcenbezogenen Wahrnehmungsprozesse beziehen, indem sie die Wahrnehmung vorhandener Ressourcen und deren Nutzbarkeit verbessert.

Je nach Supervisionsart können schwerpunktmäßig unterschiedliche Ressourcenbereiche beeinflusst werden. Einzelsupervision und (Berufs-)Gruppensupervision beeinflussen dabei vermutlich eher professionelle Ressourcen während Teamsupervision eher soziale Ressourcen beeinflusst. Darüber hinaus spielen vermutlich Aspekte des/der SupervisorsIn (Kompetenzstruktur, pädagogische Fähigkeiten) sowie des Inhalts der Supervisionssitzungen (Arbeitsfocus) eine Rolle.

Sofern die positive Beeinflussung der Ressourcen und ihrer Nutzbarkeit durch Supervision gelingt, müsste sich dies in einem verbesserten Selbstmodell (sec. appraisal) bemerkbar machen, die wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen müsste zunehmen. Das verbesserte Verhältnis zwischen beruflichen Anforderungen und beruflichen Bewältigungsmöglichkeiten wiederum sollte mit höherer Arbeitszufriedenheit, geringeren Belastetheitsgefühlen und einem verbesserten gesundheitlichen Wohlbefinden einhergehen.

4.2. Hypothesen

Auf der Grundlage des im letzten Abschnitt dargestellten Modells wurden 16 Forschungshypothesen aufgestellt. Der Übersichtlichkeit halber werden sie in fünf Blöcken aufgeteilt:

1. Allgemeine Hypothesen zur Supervision
2. Hypothesen zur Gruppensupervision
3. Hypothesen zur Teamsupervision
4. Hypothesen zum Zusammenhang von Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit
5. Hypothesen zum Zusammenhang von Kontrolle / Selbstwirksamkeit und gesundheitlicher Situation / Arbeitszufriedenheit

Vor den Hypothesengruppen 2 – 5 werden die theoretisch erwarteten Ergebnismuster zunächst grafisch dargestellt. Die einzelnen Hypothesen werden dann sowohl in Aussagesatzform als auch als statistische Hypothesen formuliert. Jede Hypothese wird schließlich in einer kurzen Erläuterung in den Zusammenhang der Forschung und des der Untersuchung zu Grunde liegenden Modells gestellt.

1. Allgemeine Hypothesen zur Supervision

Hypothese 1:

SupervisionsteilnehmerInnen schätzen ihre berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{SV}(R2) \leq M_{SV}(R1)$

H1: $M_{SV}(R2) > M_{SV}(R1)$

Aus der Supervisionsforschung gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass Supervision für SupervisandenInnen mit wahrgenommenen Effekten bzw. wahrgenommenem Nutzen auf verschiedenen Ebenen verbunden ist. In der Regel handelt es sich aber um Untersuchungen mit nur einem Erhebungszeitpunkt, in dem die UntersuchungsteilnehmerInnen gebeten wurden, Supervisionseffekte einzuschätzen. Ob solche Veränderungen auch als Differenz zweier Messungen mit zwischenzeitlicher Supervision feststellbar sind, ist bislang unklar.

Hier wird weitergehend angenommen, dass SupervisionsteilnehmerInnen im Gegensatz zu Personen einer Kontrollgruppe ohne Supervision ihre berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten besser einschätzen als vorher. Diese Hypothese basiert auf der Modell-Annahme, dass Supervision mit einer Verbesserung berufsrelevanter Ressourcen verbunden ist.

Hypothese 2:

SupervisionsteilnehmerInnen schätzen die Nutzbarkeit ihrer berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{SV}(NR2) \leq M_{SV}(NR1)$

H1: $M_{SV}(NR2) > M_{SV}(NR1)$

Kontroll- und handlungstheoretische Überlegungen und Forschungsergebnisse legen nahe, dass nicht nur das Wissen über Mittel zum Erreichen eines Zieles wichtig ist, sondern auch die Überzeugung, diese Mittel auch selbst einsetzen zu können. Auch hier gibt es Hinweise, dass SupervisandenInnen der Ansicht sind, dass Supervision mit einer Verbesserung der Nutzbarkeit berufsrelevanter Ressourcen einhergeht.

Deshalb wird in der Hypothese angenommen, dass SupervisionsteilnehmerInnen im Gegensatz zu Personen ohne Supervision die Nutzbarkeit ihrer berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten besser einschätzen als vorher.

2. Hypothesen zu Gruppen-Supervision

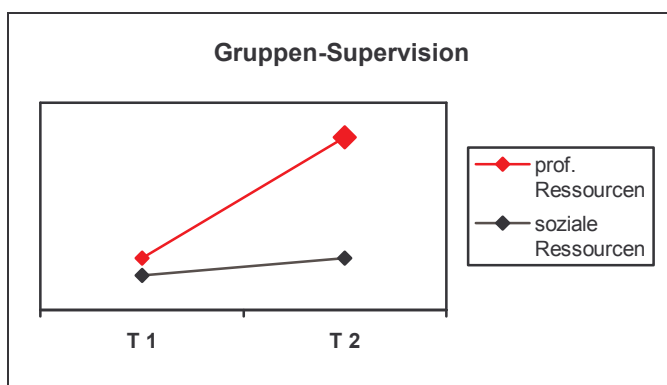


Abbildung 18: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 3 - 4

Hypothese 3:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen größer als bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{GS} (PR2-PR1) \leq M_{GS} (SR2-SR1)$$

$$H1: M_{GS} (PR2-PR1) > M_{GS} (SR2-SR1)$$

Diese Hypothese zielt auf settingspezifische Supervisionseffekte ab, und zwar speziell auf das „Effektprofil“ von Gruppensupervision. Aus den oben erörterten Forschungsergebnissen geht hervor, dass unterschiedliche Supervisionsformen mit unterschiedlichen Effekten verbunden sein können. Während Teamsupervision aufgrund der Gruppenzusammensetzung und der Zielsetzung eher mit wahrgenommenen Effekten auf das Team und Vorgesetzte (Zusammenarbeit, Konflikte) verbunden zu sein scheint, scheint Gruppensupervision (und Einzelsupervision) eher mit Effekten auf die eigene Person und Profession verbunden.

Die Hypothese geht also davon aus, dass bei GruppensupervisionsteilnehmernInnen nach 10 Monaten die positiven Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen (Fachkenntnisse, Feldkenntnisse, berufliche Fertigkeiten etc.) größer sind als bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen (Soziale Unterstützung KollegenInnen, Vorgesetzte).

Hypothese 4:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen größer als bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{GS} (NPR2-NPR1) \leq M_{GS} (NSR2-NSR1)$$

$$H1: M_{GS} (NPR2-NPR1) > M_{GS} (NSR2-NSR1)$$

Auch bei dieser Hypothese geht es um das spezifische Effektprofil von Gruppensupervision, diesmal allerdings bezogen auf die wahrgenommene Nutzbarkeit von Ressourcen. Auch hier kann man im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen davon ausgehen, dass Gruppensupervision eher mit wahrgenommenen Effekten auf die Nutzbarkeit professioneller Ressourcen einhergeht als mit solchen auf die Nutzbarkeit sozialer Ressourcen.

In der Hypothese wird also konform mit dem Modell der Untersuchung angenommen, dass nach 10 Monaten Gruppensupervision die positive Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen größer ist als die positive Differenz bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen.

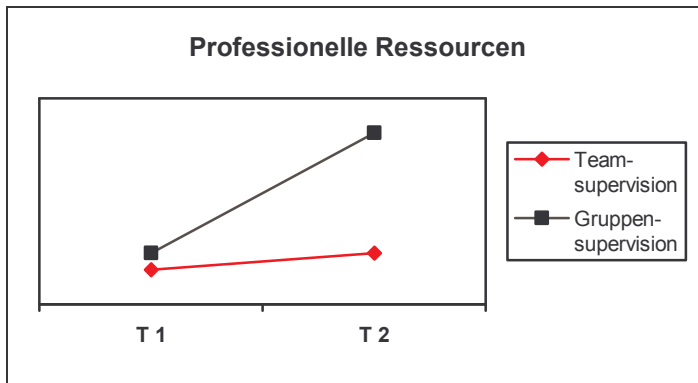


Abbildung 19: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 5 - 6

Hypothese 5:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{GS} (PR2-PR1) \leq M_{TS} (PR2-PR1)$$

$$H1: M_{GS} (PR2-PR1) > M_{TS} (PR2-PR1)$$

Diese Hypothese bezieht sich ebenfalls auf settingspezifische Unterschiede bei Supervisionseffekten, hier allerdings im Vergleich zwischen Teamsupervision und Gruppensupervision. Wie oben bereits erwähnt, kann man aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse annehmen, dass verschiedene Supervisionsarten mit unterschiedlichen wahrgenommenen Effekten verbunden sind. Dies müsste sich auch in unterschiedlich „starken“ Effekten bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen über die Zeit bemerkbar machen.

Es wird somit angenommen, dass hinsichtlich der wahrgenommenen professionellen Ressourcen in der Gruppensupervisionsgruppe ein stärkerer Anstieg zwischen den beiden Messzeitpunkten zu verzeichnen ist als in der Teamsupervisionsgruppe.

Hypothese 6:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{GS} (NPR2-NPR1) \leq M_{TS} (NPR2-NPR1)$$

$$H1: M_{GS} (NPR2-NPR1) > M_{TS} (NPR2-NPR1)$$

Auch diese Hypothese bezieht sich auf den Vergleich zwischen Gruppen- und Teamsupervision, diesmal hinsichtlich der Veränderung bei der Variable Nutzbarkeit professioneller Ressourcen. Ähnlich wie bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen kann man auch hier aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse vermuten, dass unterschiedliche Supervisionsformen mit unterschiedlich starken Veränderungen bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen einhergehen.

Es wird somit angenommen, dass in der Gruppensupervisionsgruppe der Anstieg bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen stärker ist als bei der Teamsupervisionsgruppe.

3. Hypothesen zu Team-Supervision

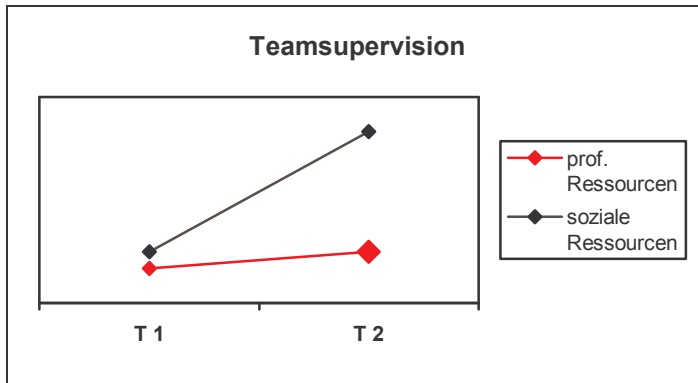


Abbildung 20: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 7 - 8

Hypothese 7:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen größer als bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{TS} (SR2-SR1) \leq M_{TS} (PR2-PR1)$$

$$H1: M_{TS} (SR2-SR1) > M_{TS} (PR2-PR1)$$

Diese Hypothese bezieht sich auf das spezifische „Effektprofil“ von Teamsupervision. Wie bei der Gruppensupervision, so gibt es auch für Teamsupervision Hinweise auf spezifische Effektwahrnehmungen der TeilnehmerInnen. Demnach sind mit Teamsupervision eher wahrgenommene Effekte auf die Zusammenarbeit mit KollegenInnen und Vorgesetzten verbunden und weniger mit wahrgenommenen Effekten auf die eigene Person.

In der Hypothese wird weitergehend angenommen, dass sich dies in unterschiedlich starken Messwertdifferenzen bei den Ressourcenarten ausdrückt. In Übereinstimmung mit dem Untersuchungsmodell müssten in der Teamsupervisionsgruppe die Messwertdifferenzen zwischen den beiden Messzeitpunkten bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen größer sein als bei den professionellen Ressourcen.

Hypothese 8:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: M_{TS} (NSR2-NSR1) \leq M_{TS} (NPR2-NPR1)$$

$$H1: M_{TS} (NSR2-NSR1) > M_{TS} (NPR2-NPR1)$$

Auch bei dieser Hypothese geht es um das spezifische Effektprofil der Teamsupervision. Analog zur Hypothese 7 gibt es auch hier Hinweise, dass wahrgenommene Effekte auf die Nutzbarkeit von sozialen Ressourcen von Teamsupervision größer sind als wahrgenommene Effekte auf die Nutzbarkeit professioneller Ressourcen.

Analog zur Hypothese 7 wird hier ebenfalls modellkonform angenommen, dass in der Teamsupervisionsgruppe die Messwertdifferenz bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer ist als bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen.

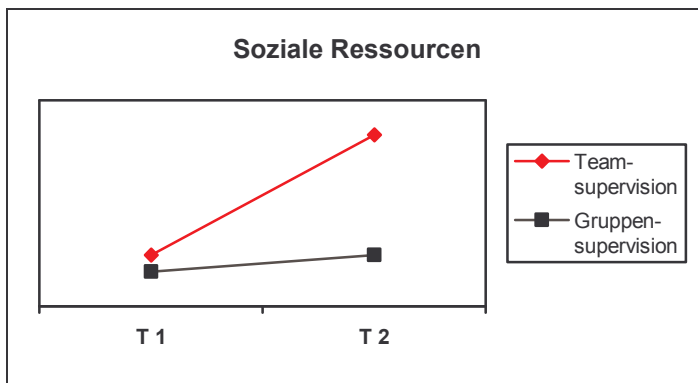


Abbildung 21: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 9 - 10

Hypothese 9:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz der wahrgenommenen sozialen Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{TS} (SR_2 - SR_1) \leq M_{GS} (SR_2 - SR_1)$$

$$H_1: M_{TS} (SR_2 - SR_1) > M_{GS} (SR_2 - SR_1)$$

Diese Hypothese bezieht sich auf den Vergleich der Supervisionsbedingungen hinsichtlich der sozialen Ressourcen. In der Literatur finden sich häufig Ergebnisse dahingehend, dass wahrgenommene Effekte auf das Team bzw. Vorgesetzte stärker mit Teamsupervision verbunden sind als mit Gruppen- oder Einzelsupervision.

In der Hypothese wird angenommen, dass auch die Messwertdifferenz nach 10 Monaten bezüglich der wahrgenommenen sozialen Ressourcen in der Teamsupervisionsgruppe größer ist als in der Gruppensupervisionsgruppe.

Hypothese 10:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{TS} (NSR_2 - NSR_1) \leq M_{GS} (NSR_2 - NSR_1)$$

$$H_1: M_{TS} (NSR_2 - NSR_1) > M_{GS} (NSR_2 - NSR_1)$$

Auch diese Hypothese bezieht sich auf den Vergleich von Team- und Gruppensupervision, diesmal in Hinblick auf die wahrgenommene Nutzbarkeit sozialer Ressourcen. Auch hier legen Untersuchungsergebnisse die Annahme nahe, dass TeilnehmerInnen von Teamsupervision eher Effekte in Hinblick auf die Nutzbarkeit sozialer Ressourcen wahrnehmen als TeilnehmerInnen von Gruppensupervision.

Die Hypothese geht somit auch davon aus, dass die Messwertdifferenzen hinsichtlich der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen in der Teamsupervisionsgruppe größer sind als in der Gruppensupervisionsgruppe.

4. Hypothesen zum Zusammenhang von Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit

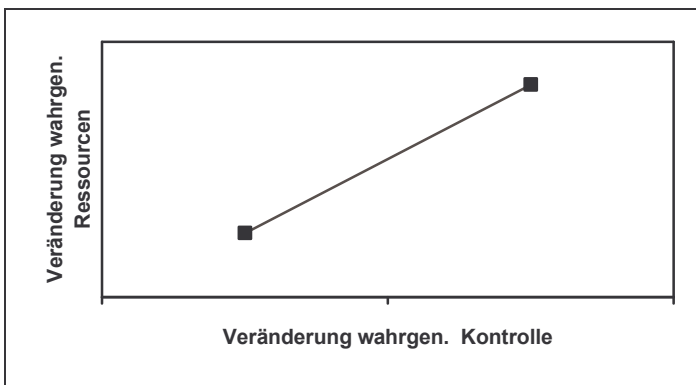


Abbildung 22: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 11¹⁸

Hypothese 11:

Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen und sozialen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(PR2-PR1), (K2-K1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(PR2-PR1), (K2-K1)} > 0$$

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten kontroll- und handlungstheoretischen Überlegungen kann man annehmen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen wahrgenommenen beruflichen Ressourcen und wahrgenommener Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen (i.S. von Kontingenztwissen). Je besser berufsrelevante Ressourcen eingeschätzt werden, desto größer ist das Ausmaß wahrgenommener Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen.

Entsprechend dem Untersuchungsmodell wird daher in der Hypothese angenommen, dass Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen und sozialen Ressourcen positiv mit Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korreliert sind.

¹⁸ Die Abbildungen 41 bis 44 sollen korrelative Beziehungen darstellen. Korrekterweise müsste dies mit einer Punktwolke mit erkennbarer Tendenz veranschaulicht werden. Da dies mit dem zur Verfügung stehenden Programm nicht darstellbar ist, stellt eine Linie die Beziehung der beiden Variablen zueinander dar.

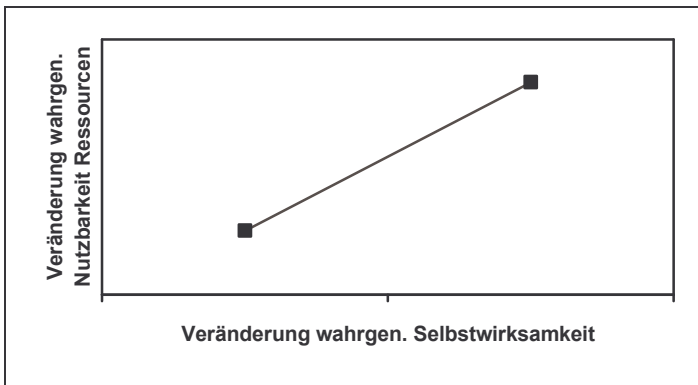


Abbildung 23: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 12

Hypothese 12:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(NPR2-NPR1), (SW2-SW1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(NPR2-NPR1), (SW2-SW1)} > 0$$

Neben dem Kontingenzwissen ist auch Kompetenzwissen zum Aufbau einer Kontrollmeinung i.S. des Selbstmodells bzw. sec. Appraisals von Bedeutung. Zum Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist entsprechend dem Modell der Untersuchung die Einschätzung, dass Ressourcen auch nutzbar sind, von Bedeutung. Je besser die Nutzbarkeit berufsrelevanter Ressourcen eingeschätzt wird, desto größer sollte die wahrgenommene Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen sein.

Entsprechend der Fragestellung wird in dieser Hypothese angenommen, dass Veränderungen bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen positiv mit Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren.

5. Hypothesen zum Zusammenhang von Kontrolle / Selbstwirksamkeit und gesundheitlicher Situation / Arbeitszufriedenheit

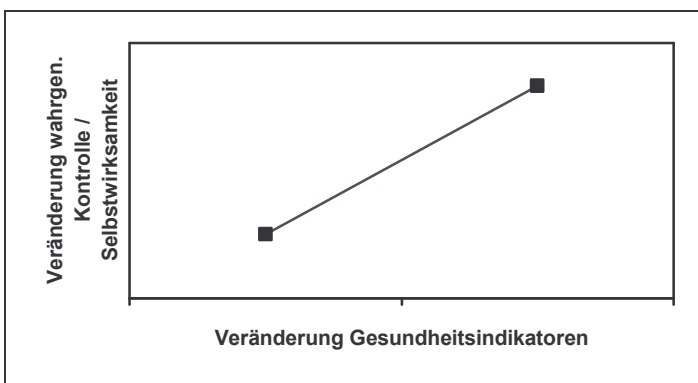


Abbildung 24: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 13 - 14

Hypothese 13:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(K_2-K_1), (G_2-G_1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(K_2-K_1), (G_2-G_1)} > 0$$

In der oben dargestellten arbeitspsychologischen Stressforschung wird in verschiedenen Ansätzen davon ausgegangen, dass neben der Belastungsrelevanz einer Situation auch die wahrgenommene Kontrolle einer Person (i.S. des Selbstmodells) bedeutsam ist für die gesundheitlichen Folgen. Belastungen, die die Person nicht beeinflussen kann bzw. von der die Person glaubt, sie seien nicht beeinflussbar, wirken sich negativer auf die Gesundheit (Belastetheit, psychosomatische Beschwerden und allgemeiner Gesundheitszustand) aus als solche, die kontrollierbar sind bzw. für kontrollierbar gehalten werden.

Die Hypothese geht davon aus, dass auch Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle mit Veränderungen bei der gesundheitlichen Situation einhergehen. Es wird von einer positiven Korrelation von Veränderungen beider Variablen ausgegangen.

Hypothese 14:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SW_2-SW_1), (G_2-G_1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SW_2-SW_1), (G_2-G_1)} > 0$$

Auch die wahrgenommene Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen wird in der Literatur als ein Einflussfaktor auf den Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit gesehen.

Entsprechend wird in der Hypothese davon ausgegangen, dass eine positive Korrelation zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation aufgefunden wird.

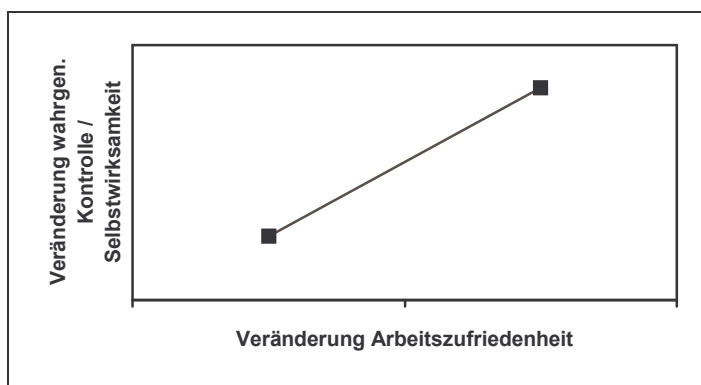


Abbildung 25: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 15 - 16

Hypothese 15:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(K2-K1), (AZ2-AZ1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(K2-K1), (AZ2-AZ1)} > 0$$

Als durch Stress beeinflusste Variable wird in der arbeitspsychologischen Stressforschung häufig die Arbeitszufriedenheit untersucht. Auch hier wird davon ausgegangen, dass die wahrgenommene prinzipielle Kontrollierbarkeit von Belastungen in der Arbeitssituation neben dem Ausmaß der wahrgenommenen Belastung einen relevanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Arbeit hat. Je höher die Kontrollierbarkeit (Beherrschbarkeit) belastender Situationen eingeschätzt wird, desto größer ist die Arbeitszufriedenheit und umgekehrt.

In der Hypothese wird davon ausgegangen, dass Veränderungen über die Zeit bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und der Arbeitszufriedenheit positiv miteinander korreliert sind.

Hypothese 16:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SW2-SW1), (AZ2-AZ1)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SW2-SW1), (AZ2-AZ1)} > 0$$

Auch die wahrgenommene Selbstwirksamkeit kann als Einflussfaktor in Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit gesehen werden. Je stärker die Überzeugung ausgeprägt ist, berufliche Belastungen wirksam selbst zu meistern, desto höher ist wahrscheinlich die Arbeitszufriedenheit.

Die letzte Hypothese geht davon aus, dass auch hier Veränderungen beider Variablen (wahrgenommene Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheit) positiv miteinander korreliert sind.

5. Untersuchungsplanung

5.1. Design

Die Untersuchung der Fragestellung mit einem experimentellen Design, was unter Gesichtspunkten der internen Validität der optimale Weg wäre, scheidet aus mehreren Gründen aus:

1. Die Fragestellung der Untersuchung bezieht sich explizit auf die Arbeitssituation von Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken und die Rolle von Supervision in dieser Arbeitssituation. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Untersuchung auch in diesem Arbeitsfeld vorzunehmen. Ein laborexperimentelles Vorgehen etwa kann die Arbeitssituation (die ja Gegenstand der Supervision ist) nicht annähernd abbilden und wäre extern nicht valide.
2. Die verschiedenen Treatments (Teamsupervision, Gruppensupervision) können aus demselben Grund auch nicht hergestellt werden, wie es ein experimentelles Vorgehen verlangen würde, da dies massiv in die jeweilige Arbeitssituation eingreifen würde. Es können nur Personen untersucht werden, die im Rahmen ihrer Arbeitssituation bereits an unterschiedlichen Supervisionsformen teilnehmen.
3. Ein experimentelles Design würde es zudem erforderlich machen, die Versuchspersonen zufällig zu den einzelnen Gruppen zuzuordnen. Das ist schon aufgrund des Untersuchungsfeldes und der Eigenart von Supervision nicht möglich. Auch die Kontrolle möglicher Störvariablen durch Parallelisierung der Untersuchungsgruppen hinsichtlich bestimmter Merkmale scheidet deswegen aus. Lediglich die Kontrolle möglicherweise relevanter Merkmale durch Einführung von Kovariaten in den Untersuchungsplan wäre möglich.

Um eine möglichst große Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit im Sinne der externen und ökologischen Validität zu gewährleisten, trotzdem aber auch eine den Umständen entsprechend möglichst hohe interne Validität zu erreichen, sollte die Untersuchung der Fragestellung und Hypothesen daher als Feldstudie im Rahmen eines faktoriellen multivariaten varianzanalytischen Designs mit Messwiederholung vorgenommen werden.

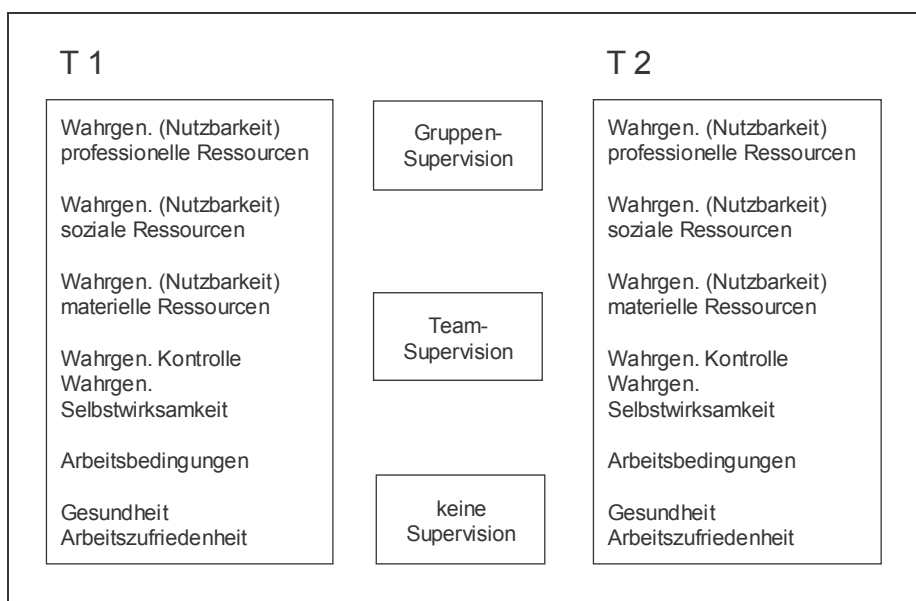


Abbildung 26: Untersuchungsdesign

Geplant war eine Fragebogenuntersuchung von SupervisandenInnen und MitarbeiternInnen in stationären psychiatrischen Einrichtungen (psychiatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen). Es sollten drei Untersuchungsgruppen an zwei Messzeitpunkten untersucht werden. Der Abstand zwischen den beiden Erhebungen sollte 10 Monate betragen.

Untersucht werden sollten die Gruppen:

- Gruppensupervision
- Teamsupervision
- Kontrollgruppe (keine Supervision)

Als abhängige Variablen sollten an den beiden Messzeitpunkten folgende Variablen erhoben werden:

- wahrgenommene (Nutzbarkeit) professionelle Ressourcen
- wahrgenommene (Nutzbarkeit) soziale Ressourcen
- wahrgenommene (Nutzbarkeit) materielle Ressourcen
- wahrgenommene Kontrolle
- wahrgenommene Selbstwirksamkeit
- Arbeitszufriedenheit
- Belastetheitsindikatoren / Gesundheitsindikatoren

Als Kontrollvariablen sollten erhoben werden:

- Einschätzung der Arbeitsbedingungen (KFZA)
- Umfang der Teilnahme an beruflichen Weiterbildungen
- Gesamtumfang der Supervisionsteilnahme
- Einschätzung von Supervisionsthemen (nur in Gruppe 1 und 2)
- Einschätzung von SupervisorenInnenmerkmalen (nur in Gruppe 1 und 2)

Die optimale Stichprobengröße wurde anhand einer a-priori-Power-Analyse nach BUCHNER, ERDFELDER & FAUL (1997) ermittelt. Dabei wurde von einer mittleren Effektgröße bei einer Power von mindestens 0,8 ausgegangen. Für die mittlere Korrelation der Messwertreihen wurde nach BORTZ und DÖRING (2006, S.630 f.) ein Wert von $r = 0,5$ angenommen. Für die Effektgruppen (Messwiederholungsfaktor, Treatmentfaktor und Interaktionsfaktor) ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 20: Ermittlung der Stichprobengröße für Varianzanalyse mit Messwiederholung

| | | | |
|-------------------------|--------|--------------------|--------|
| Anzahl der Gruppen | 3 | Messwiederholungen | 2 |
| Treatmentfaktor | | | |
| Effektgröße f^2 | 0,0850 | | |
| α -Fehler | 0,05 | $1 - \alpha$ | 0,95 |
| β -Fehler | 0,1870 | $1 - \beta$ | 0,8130 |
| Stichprobengröße | 120 | | |
| Messwiederholungsfaktor | | | |
| Effektgröße f^2 | 0,2552 | | |
| α -Fehler | 0,05 | $1 - \alpha$ | 0,95 |
| β -Fehler | 0,0002 | $1 - \beta$ | 0,9998 |
| Stichprobengröße | 120 | | |
| Interaktion | | | |
| Effektgröße f^2 | 0,2552 | | |
| α -Fehler | 0,05 | $1 - \alpha$ | 0,95 |
| β -Fehler | 0,0008 | $1 - \beta$ | 0,9992 |
| Stichprobengröße | 120 | | |

Bei den oben genannten Annahmen ergibt sich für die Gesamtstichprobe als optimale Stichprobengröße $N = 120$, die für den Interaktionseffekt sowie für den Messwiederholungsfaktor noch hätte reduziert werden können.

Alternativ wurde die Stichprobengröße für eine einfache Varianzanalyse ohne Messwiederholung geschätzt. Auch hier wurde von einer mittleren Effektgröße ausgegangen:

Tabelle 21: Ermittlung der Stichprobengröße für Varianzanalyse ohne Messwiederholung

| | | | |
|--------------------|--------|--------------|--------|
| Anzahl der Gruppen | 3 | | |
| Effektgröße f | 0,25 | | |
| α -Fehler | 0,05 | $1 - \alpha$ | 0,95 |
| β -Fehler | 0,1951 | $1 - \beta$ | 0,8049 |
| Stichprobengröße | 159 | | |

Bei einer Varianzanalyse ohne Messwiederholung, die bei Verletzung der Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet würde, wäre eine Gesamtstichprobengröße von $N = 159$ erforderlich.

Bei Fragebogenuntersuchungen mit Messwiederholung im klinischen Bereich ist aufgrund von Stellenwechseln erfahrungsgemäß mit einem deutlichen Ausfall von Versuchspersonen bei dem zweiten Befragungszeitpunkt zu rechnen. Zudem war aufgrund der Befragungsanlage vorab nicht einschätzbar, wie viele Personen von jeder der drei Untersuchungsgruppen befragt werden könnten.

Um den sich daraus möglicherweise ergebenden Problemen (insgesamt zu kleinen Stichprobengröße, fehlende Gruppen) zu begegnen, wurde die Mindestgröße der Stichprobe daher für die erste Befragung auf insgesamt $N = 300$ festgelegt.

5.2. Erhebungsinstrumente

Die Operationalisierung der Variablen sollte über Fragebogenitems erfolgen. Für die Befragung an den beiden Erhebungszeitpunkten wurden daher zwei Fragebögen entwickelt, mit denen an den Befragungszeitpunkten Daten zu folgenden Bereiche erhoben werden sollten:

Tabelle 22: Inhalte der Fragebögen

| Zeitpunkt 1 (Fragebogen A) | Zeitpunkt 2 (Fragebogen B) |
|--|--|
| Allgemeine Fragen zur Person (Teil 1.) | |
| Arbeitsituation, KFZA (Teil 2) | Arbeitsituation, KFZA (Teil 1) |
| Arbeitszufriedenheit (Teil 2) | Arbeitszufriedenheit (Teil 1) |
| Gesundheitliche Situation (Teil 3) | Gesundheitliche Situation (Teil 2) |
| Ressourceneinschätzung (Teil 4) | Ressourceneinschätzung (Teil 3) |
| | Einschätzung der Veränderung (Teil 3) |
| Einschätzung Kontrolle, Selbstwirksamkeit (Teil 4) | Einschätzung Kontrolle, Selbstwirksamkeit (Teil 3) |
| | Einschätzung der Veränderung (Teil 3) |
| | Fortbildung seit letzter Befragung (Teil 4) |
| | Fragen zur Supervision (Setting) (Teil 4) |
| | Fragen zum/zur SupervisorIn (Teil 4) |
| | Fragen zu den Supervisionsthemen (Teil 4) |

Die Fragebögen für beide Erhebungszeitpunkte wurden auf der Basis des Fragebogens von EICHERT (2005)¹⁹ entwickelt und an die aktuelle Befragung angepasst. Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile der Fragebögen, die in der Anlage vollständig dokumentiert sind, beschrieben:

Eingeleitet werden beide Fragebögen mit einem **Anschreiben**, in dem in groben Zügen der Untersuchungszweck und das Vorgehen beim Ausfüllen des Fragebogens erläutert werden. Darin werden die Untersuchungsteilnehmer zunächst gebeten, auf der ersten Seite des Fragebogens eine Code-Nummer bestehend aus den ersten beiden Buchstaben des Vornamens und aus dem Geburtstag und Geburtsmonat einzutragen. Durch diese Nummernzusammensetzung sollte einerseits später die eindeutige Zuordnung der Fragebögen A und B zueinander ermöglicht werden. Andererseits war die Nummer so gewählt, dass ein Rückschluss auf einzelne Personen nicht möglich war. Da absehbar war, dass trotzdem nicht alle Untersuchungsteilnehmer diese Code-Nummer eintragen würden, wurden in Fragebogen B die Fragen zum Arbeitsbereich, zum Alter und zum Beruf wiederholt. Auf diese Weise sollte eine Zuordnung auch ohne Codenummer ermöglicht werden.

Wie aus Tabelle 22 hervorgeht, gliedern sich beide Fragebögen inhaltlich in jeweils vier Abschnitte, von denen drei in beiden Fragebögen weitgehend deckungsgleich sind:

- Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit
- Gesundheitliche Situation,
- Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Zusätzlich enthält Fragebogen A allgemeine Fragen zur Person und zum Arbeitsplatz und Fragebogen B Fragen zu Supervision und Fortbildung.

Die Einschätzung der **Arbeitssituation** wird mit dem Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) von PRÜMPER e.a. (1995) sowie mit einem Item zur Einschätzung der Arbeitszufriedenheit erfasst. Der KFZA ist ein Verfahren, das aus mehreren umfassenderen Verfahren zur

¹⁹ Dieser Fragebogen wurde auf der Grundlage des Fragebogens von NOLTING e.a. (2001) entwickelt

Arbeitsanalyse²⁰ mit dem Ziel einer ökonomischen Erfassung von Arbeitsbedingungen entwickelt wurde. Insgesamt 26 Items müssen auf einer 5-stufigen Likertskala beantwortet werden. Nach der Umrechnung gibt das Verfahren Auskunft über folgende Dimensionen:

- Handlungsspielraum
- Vielseitigkeit
- Ganzheitlichkeit
- Soziale Rückendeckung
- Zusammenarbeit
- Qualitative Arbeitsbelastung
- Quantitative Arbeitsbelastung
- Arbeitsunterbrechungen
- Umgebungsbelastungen
- Information und Mitsprache
- Betriebliche Leistungen (Fortbildung, Aufstieg)

Das Verfahren verfügt über zufriedenstellende Item- und Skalenwerte und ist wegen seiner Kürze sehr gut im Rahmen von umfassenderen Fragebogenuntersuchungen einsetzbar.

In Anschluss an den KFZA enthält der Fragebogen ein Item zur Einschätzung der derzeitigen Arbeitszufriedenheit, dessen Zutreffen auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt werden sollte.

Die **gesundheitliche Situation** wird mit einem Item zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie mit Items zur Belastetheit erfasst. Erstere soll von den UntersuchungsteilnehmernInnen auf einer 5-stufigen Skala beurteilt werden, die Items zur Belastetheit (Nachgedanken, Erschöpfung, Bedrückung, Ermüdung) werden auf einer 4-stufigen Skala eingeschätzt.

Außerdem dient die Beschwerdenliste von ZERSSSEN (1976) zur Erfassung der gesundheitlichen Situation (psychosomatische Beschwerden). Bei der Beschwerdeliste von ZERSSSEN handelt es sich um einen Fragebogen zur quantitativen Abschätzung der subjektiven Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und Allgemeinbeschwerden. Über die Auswertung der Einzelitems können individuelle Beschwerdekompexe erfasst werden. Darüber hinaus kann über alle Items ein Summenscore berechnet werden. Die Skala ist insgesamt gut validiert. Allgemein wird davon ausgegangen, dass der Summenscore ein guter Gradmesser der psychischen Überforderung ist. Die BL besteht aus 24 Items, die auf einer vierstufigen Skala von gar nicht (0) bis stark (3) beantwortet werden. Die Summe der Antwortpunkte ergeben den Summenscore.

Mit insgesamt 34 Items werden die **Ressourcen und die Nutzbarkeit der Ressourcen** erfasst. Dieser Teil des Fragebogens basiert auf dem Fragebogen von EICHERT (2005). Da dessen Items ursprünglich der Erfassung wahrgenommener Änderungen durch Supervision dienten, mussten die Items so umformuliert werden, dass damit die derzeitige Einschätzung der Ressourcen erhoben werden kann. Außerdem wurden einige Fragen ergänzt. Dies betraf insbesondere den Bereich der sozialen Ressourcen. Hier wurden die zwei Items zur Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte durch sechs Items ersetzt, mit denen jeweils für KollegenInnen und Vor-

²⁰ISTA (SEMMER 1984), ISTA-C (ZAPF e.a. 1991), „Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz“ (FRESE 1992), „Fragebogen zur sozialen Unterstützung“ (FRESE 1989a), JDS (HACKMAN & OLDHAM 1975), SAA (UDRIS & ALIOTH 1980), „Erhebungsbogen zur Erfassung des Betriebsklimas“ (v.ROSENSTIEL e.a. 1982)

gesetzte die wahrgenommene informationelle, instrumentelle und emotionale soziale Unterstützung erfasst werden sollte. Ebenso wurde bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Unterstützung verfahren. Die Items des Fragebogens müssen von den Befragten jeweils auf einer 5-stufigen Skala hinsichtlich ihres Zutreffens eingeschätzt werden. Nach der Umrechnung der einzelnen Items in Skalen ergeben sich Aussagen über folgende Dimensionen:

- professionelle Ressourcen
- Nutzbarkeit professionelle Ressourcen
- soziale Ressourcen
- Nutzbarkeit soziale Ressourcen
- materielle Ressourcen
- Nutzbarkeit materielle Ressourcen

In der ursprünglichen Version verfügte das Verfahren, das über eine ExpertenInnenbefragung validiert wurde, über zufrieden stellende Item- und Skalenkennwerte.

Zusätzlich enthält der Fragebogen B zu jedem Item bezüglich der Ressourcen und der Nutzbarkeit der Ressourcen eine Frage zu den wahrgenommenen Veränderungen seit der letzten Befragung enthält, die auf einer Skala von - 2 (Verschlechterung) bis + 2 (Verbesserung) eingeschätzt werden soll.

Die veränderten und ergänzten Items der Ressourcenskalen wurden getrennt nach Items zur den wahrgenommenen Ressourcen sowie zu der wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen einer Faktorenanalyse auf der Basis der Daten der Befragung 1 unterzogen. Die Ergebnisse werden an dieser Stelle dargestellt:

Die Faktorenanalyse der Items zu den wahrgenommenen Ressourcen wurde nach der Hauptkomponentenmethode mit orthogonaler Rotation (VARIMAX-Methode) durchgeführt. Als Kriterium für die Faktorenextraktion wurde gemäß den theoretischen Überlegungen von einer Vier-Faktoren-Lösung ausgegangen. Der KMO-Wert betrug 0,859 und war somit als recht gut zu bezeichnen. Der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ($\chi^2 = 2521,013$, $df = 136$, $p < 0,001$), womit die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse gegeben waren. Insgesamt konnten 62,293 % der Varianz aufgeklärt werden. Der Scree-Plot ergibt folgendes Bild:

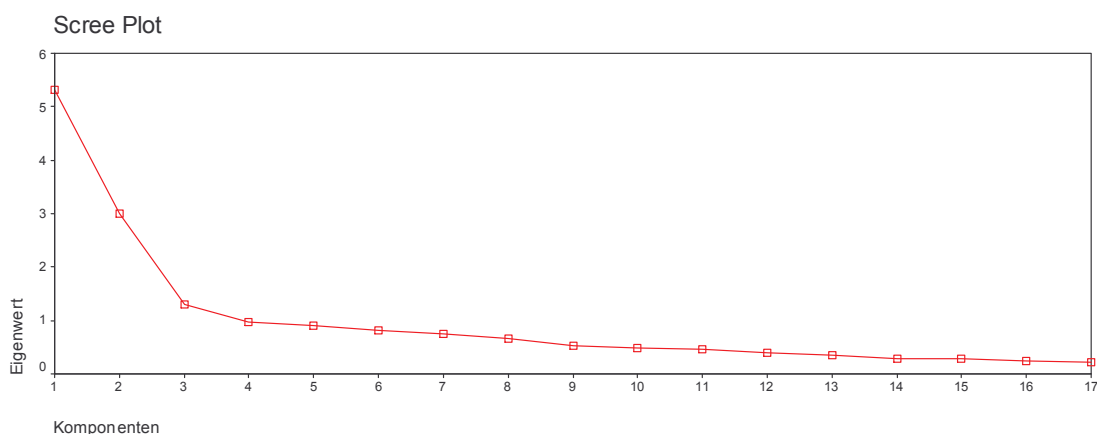


Abbildung 27: Scree-Plot Eigenwerte der wahrgenommene Ressourcen

Die in der rotierten Komponentenmatrix (nur Ladungen > 0,40) dargestellte Lösung entspricht weitgehend den Vorüberlegungen:

Tabelle 23: Komponentenmatrix zur FA der Items zu den wahrgenommenen Ressourcen (rotiert)

| | Komponente | | | |
|---|------------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Fachkenntnisse | ,776 | | | |
| Feldkompetenz | ,793 | | | |
| Sicherheit | ,772 | | | |
| Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | ,747 | | | |
| Berufliche Fertigkeiten | ,776 | | | |
| Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten | ,473 | | | ,508 |
| Abgrenzungsfähigkeit | ,413 | ,420 | | |
| Einfühlungsvermögen | ,579 | | | |
| Information Kollegen | | ,784 | | |
| Praktische Unterstützung Kollegen | | ,838 | | |
| Emotionale Unterstützung Kollegen | | ,787 | | |
| Information Vorgesetzte | | | ,846 | |
| Praktische Unterstützung Vorgesetzte | | | ,849 | |
| Emotionale Unterstützung Vorgesetzte | | | ,824 | |
| Einflussmöglichkeiten | | | | ,605 |
| Fortbildungsmöglichkeiten | | | | ,738 |
| Materielle Ausstattung | | | | ,640 |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Auf dem ersten Faktor laden Items hoch, die sich auf die professionellen Ressourcen beziehen. Auf dem zweiten Faktor laden Items hoch, die sich auf die soziale Unterstützung von KollegenInnen beziehen. Hier lädt auch das Item zur Abgrenzungsfähigkeit, allerdings deutlich geringer als die anderen Items. Auf dem dritten Faktor laden Items zur sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte hoch. Der vierte Faktor schließlich wird bestimmt durch die Items Einfluss, Fortbildung und materielle Ausstattung. Hier lädt zusätzlich das Item Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, allerdings geringer als die anderen Items.

Die Faktorenanalyse der Items zur wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen wurde unter den gleichen Voraussetzungen durchgeführt.. Der KMO-Wert betrug 0,899 und war somit recht gut. Der Bartlett-Test auf Sphärizität erbrachte ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 3083,132$, $df = 136$, $p < 0,001$). Somit waren auch hier die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse gegeben. Insgesamt konnten 66,697 % der Varianz aufgeklärt werden. Der Scree-Plot der Eigenwerte ergibt folgendes Bild:

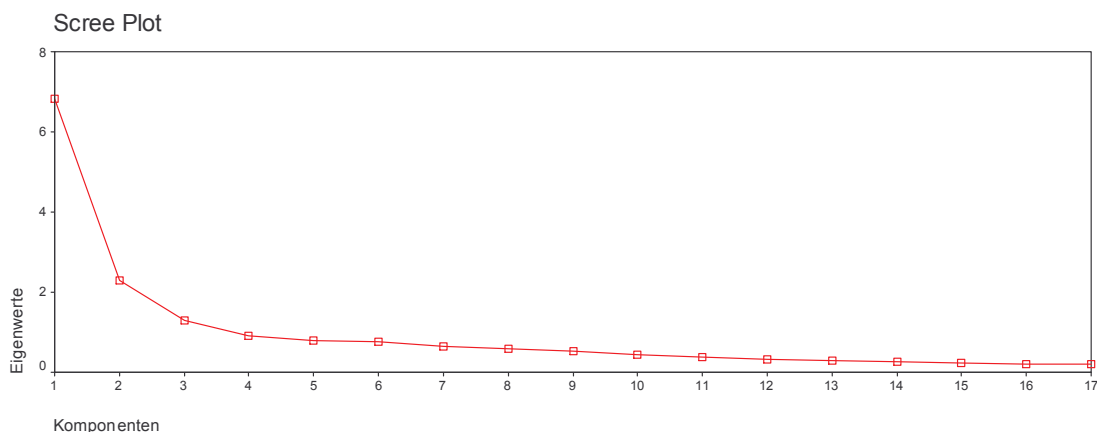


Abbildung 28: Scree-Plot Eigenwerte wahrgenommene Nutzbarkeit von Ressourcen

Auch die rotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse der wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen entspricht weitgehend den Vorüberlegungen:

Tabelle 24: Komponentenmatrix zur FA der Items zur wahrgenommene Nutzbarkeit von Ressourcen (rotiert)

| | Komponente | | | |
|---|------------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nutzbarkeit Fachkenntnisse | ,657 | | | ,414 |
| Nutzbarkeit Feldkompetenz | ,751 | | | |
| Nutzbarkeit Sicherheit | ,765 | | | |
| Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | ,771 | | | |
| Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten | ,783 | | | |
| Nutzbarkeit Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten | ,638 | | | |
| Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit | ,431 | | | |
| Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen | ,669 | | ,436 | |
| Nutzbarkeit Information Kollegen | | | ,820 | |
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollegen | | | ,808 | |
| Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen | | | ,803 | |
| Nutzbarkeit Information Vorgesetzte | | ,833 | | |
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | | ,864 | | |
| Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte | | ,841 | | |
| Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten | | | | ,470 |
| Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten | | | | ,710 |
| Nutzbarkeit materielle Ausstattung | | | | ,729 |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

In der rotierten Komponentenmatrix (nur Ladungen > 0,40) laden auf dem ersten Faktor Items hoch die mit der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen verbunden sind. Auf dem zweiten Faktor laden Items hoch, die mit der Nutzbarkeit von sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte verbunden sind. Der dritte Faktor sammelt Items, die mit der Nutzbarkeit von sozialer Unterstützung von KollegenInnen verbunden sind. Hier lädt auch ein Item zur Nutzbarkeit von Einfühlungsvermögen hoch, allerdings deutlich geringer als die anderen Items. Der vierte Faktor wird schließlich von Items von den Items Nutzbarkeit von Einfluss, Nutzbarkeit von materiellen Ressourcen und Nutzbarkeit von Fortbildungsmöglichkeiten sowie dem Item Nutzbarkeit von Fachkenntnissen bestimmt. Letzteres lädt allerdings deutlich höher auf Faktor 1 und wird deshalb dort zugeordnet.

In der endgültigen Fassung wurden die Items zur sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte und zur Nutzbarkeit sozialer Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte jeweils in einer Skala zusammengefasst, sodass die oben beschriebenen Skalen beibehalten wurden. Zu beachten ist dabei, dass die Skalen zu den Ressourcen und die Skalen zur Nutzbarkeit der Ressourcen hoch miteinander korreliert sind, und vor allem aus theoretischen Erwägungen getrennt bleiben.

Wahrgenommene **Kontrolle und Selbstwirksamkeit** gegenüber Belastungen in der Arbeit werden jeweils mit einem Item erfasst, das die Befragten auf einer 5-stufigen Skala einschätzen sollen. Auch diese Fragen wurden im Fragebogen B durch Fragen zu wahrgenommenen Veränderungen ergänzt.

Im Fragebogen B, der der Datenerhebung am zweiten Erhebungszeitraum diente, waren zusätzlich Fragen zur **Supervision und Fortbildung** enthalten, die sich in folgende Bereiche aufgliederten:

- Fragen zum Umfang und Inhalt zwischenzeitlicher Fortbildungen
- Fragen zum Supervisionssetting
- Items zu SupervisorenInneneigenschaften
- Items zu Supervisionsthemen
- Items zur Supervisionszufriedenheit

Bei den Items zu SupervisorenInneneigenschaften, Supervisionsthemen und zur Supervisionszufriedenheit sollen die Befragten das Zutreffen jeweils auf einer 5-stufigen Skala einschätzen.

5.3. Auswertungsmethodik

Für die statistische Auswertung sollten die Fragebögen in SPSS erfasst werden. Nach der Errechnung von Summen- und Durchschnittswerten sollte zunächst die Reliabilität und die Validität der eingesetzten Verfahren berechnet werden. Hierfür waren Cronbachs Alpha, Item-Gesamttestkorrelationen sowie die faktorenanalytische Untersuchung der Daten vorgesehen.

Die weitere statistische Auswertung sollte für die Differenzhypothesen anhand varianzanalytischer Verfahren bzw. mit T-Tests erfolgen. Zur Absicherung sollten zusätzlich nicht-parametrische Verfahren zum Einsatz kommen.

Für die Zusammenhangshypothesen sollte der Pearsonsche Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient bzw. Rechenverfahren zur Errechnung partieller Korrelationen eingesetzt werden. Darüber hinaus war der Einsatz von Regressionsanalysen vorgesehen.

Im Folgenden werden die Grundannahmen der genannten Verfahren kurz dargestellt:

Die **Varianzanalyse** ist ein mittelwertbasiertes Verfahren, bei dem die Varianz innerhalb der Gruppen mit der Varianz der Mittelwerte zwischen den Gruppen verglichen wird. Der F-Bruch als zentraler Kennwert berechnet sich wie folgt:

$$F = \frac{\frac{1}{K-1} \cdot \sum_{i=1}^k N_i (X_i - \bar{X})^2}{\frac{1}{N-K} \cdot \sum_{i=1}^k (N_i - 1) \cdot S_i^2}$$

Im Zähler ist die Varianz zwischen den Gruppen und im Nenner die Varianz innerhalb der Gruppen. Im Rahmen des Allgemeinen linearen Modells lässt sich die Varianzanalyse auch auf multivariate und mehrfaktorielle Designs verallgemeinern. Auf diese Weise kann auch ein Messwiederholungsfaktor definiert werden, was in Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung relevant ist. Neben Haupteffekten können dann auch entsprechende Interaktionseffekte getestet werden. Die Varianzanalyse setzt Intervallskalenniveau, Normalverteilung und Varianzhomogenität voraus.

Der **T-Test für eine Stichprobe** betrachtet einen Mittelwert und testet, ob aus den Stichprobenergebnissen geschlossen werden kann, dass der Mittelwert in der Grundgesamtheit von einem vorgegebenen Testwert signifikant verschieden ist.

$$t_{df} = \frac{\bar{x} - \mu}{\hat{\sigma}_{\bar{x}}}$$

Alle T-Testverfahren setzen Intervallskalenniveau voraus sowie annähernde Normalverteilung in der Grundgesamtheit.

Der **T-Test für unabhängige Stichproben** ist im Grunde genommen ein Spezialfall der Varianzanalyse. Er betrachtet die Mittelwerte einer Variable zweier verschiedener Gruppen und testet, ob die Werte signifikant unterschiedlich sind, und ob aus diesen Werten geschlossen werden kann, dass auch in der Grundgesamtheit die Mittelwerte signifikant unterschiedlich sind. Der T-Wert berechnet sich in diesem Fall folgendermaßen:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{N_1} + \frac{s_2^2}{N_2}}}$$

Der **T-Test für abhängige Stichproben** betrachtet die Mittelwerte verschiedener Variablen derselben Gruppe bzw. Personen und testet, ob die Werte signifikant unterschiedlich sind, und ob aus diesen Werten geschlossen werden kann, dass auch in der Grundgesamtheit die Mittelwerte signifikant unterschiedlich sind. Der T-Wert berechnet sich in diesem Fall folgendermaßen:

$$t = \frac{\bar{D}}{\sqrt{\frac{s_p^2}{N}}}$$

Der **Kruskal-Wallis-Test** für k unabhängige Stichproben ermöglicht den Vergleich von Werten einer Variable in verschiedenen Fallgruppen.

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum \frac{R^2}{n} - 3(N+1)$$

Der Test überprüft die Nullhypothese, dass die Stichproben derselben Grundgesamtheit entstammen. Er greift dabei auf Rangwerte zurück. Mittels eines Chi-quadrat-Tests wird verglichen, ob die durchschnittlichen Rangwerte in den einzelnen Stichproben gleich groß sind. Er setzt Ordinalskalenniveau, nicht aber Normalverteilung voraus.

Bei dem **Pearson'schen Korrelationskoeffizienten** handelt es sich um ein parametrisches Zusammenhangsmaß. Er berechnet sich aus der Kovarianz zweier Variablen, die durch das Produkt der Varianzen geteilt wird:

$$r = \frac{\frac{1}{N-1} \cdot \sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X}) \cdot (Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{1}{N-1} \cdot \sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2} \cdot \sqrt{\frac{1}{N-1} \cdot \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}}$$

Er kann Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen. Das Vorzeichen des Koeffizienten gibt die Richtung und der Betrag gibt die Stärke des Zusammenhangs an. Voraussetzung für die Berechnung ist, dass die Daten Intervallskalenniveau besitzen. Für Signifikanztests ist darüber hinaus Voraussetzung, dass die Variablen in der Grundgesamtheit annähernd normalverteilt sind.

Die **Partielle Korrelation** ist ein Spezialfall des Korrelationskoeffizienten und ermöglicht es, den linearen Zusammenhang zweier Variablen anzugeben, aus dem der lineare Einfluss einer dritten (oder weiterer) Variablen eliminiert wurde. Die Grundidee des Verfahrens besteht darin, dass zwischen den Korrelationsvariablen und der zu kontrollierenden Variablen jeweils eine Regression berechnet wird. Die Residuen zwischen den jeweils vorhergesagten Werten der Korrelationsvariablen und den tatsächlichen Werten dienen dann als Grundlage für die Berechnung der partiellen Korrelation, die so um den Einfluss der Kontrollvariablen bereinigt ist.

$$r_{xy.z} = r_{x-\bar{x},y-\bar{y}} = \frac{CoV_{x^*y^*}}{s_{x^*} \cdot s_{y^*}} = \frac{r_{xy} - r_{xz} \cdot r_{yz}}{\sqrt{1 - r_{xz}^2} \cdot \sqrt{1 - r_{yz}^2}}$$

Für die Anwendung gelten dieselben Voraussetzungen hinsichtlich der Datenqualität wie beim Pearson'schen Korrelationskoeffizienten.

Durch die Berechnung einer **Regression** soll die Vorhersage der Werte einer abhängigen Variable durch die bekannten Werte einer oder mehrerer unabhängiger Variablen ermöglicht werden. Das Modell geht von linearen Zusammenhängen aus. Die allgemeine Form einer Regressionsgleichung lautet

$$Y = a + b \cdot X$$

Dabei bezeichnet Y die abhängige Variable, a den Achsenabschnitt, auf dem die Regressionsgerade die Y-Achse schneidet und b die Steigung der Geraden bzw. den Regressionskoeffizienten. Die Güte der Anpassung der Geraden kann über das Bestimmtheitsmaß R^2 , das die erklärte Streuung zur gesamten Streuung in Beziehung setzt. SPSS erlaubt verschiedene Methoden der Regressionsberechnung. Voraussetzung für die Berechnung einfacher und multipler linearer Regressionen ist Intervallskalenniveau mit Ausnahme von Dummy-Variablen. Darüber hinaus sind Normalverteilung, Varianzhomogenität (Homoskedasizität) und Unabhängigkeit der Residuen (keine Autokorrelationen) Voraussetzungen. Bei multiplen linearen Regressionen ist eine zusätzliche Voraussetzung, dass keine Multikollinearität vorliegt, d.h., daß zwischen den verschiedenen Regressoren keine vollkommene lineare Abhängigkeit vorliegt. Normalverteilung und Homoskedasizität können visuell anhand von Plots überprüft werden. Autokorrelationen

können mit dem Durbin-Watson-Koeffizienten und Multikollinearität mit der Toleranz, dem Varianzinflationsfaktor (VIF) und dem Konditionsindex überprüft werden.

Eine Erweiterung der multiplen linearen Regressionsanalyse stellt die moderierte Regressionsanalyse dar, mit der Effekte von Moderatorvariablen untersucht werden können. Hierfür werden Prädiktor- und Moderatorvariable in Z-Werte transformiert und zusätzlich ein Produktterm aufgestellt. Direkte Effekte können im ersten Schritt einer hierarchischen Regressionsanalyse, Moderatoreffekte im zweiten Schritt untersucht werden.

Faktorenanalysen dienen der Datenreduktion bzw. der Klärung der faktoriellen Validität von Skalen. Die Grundannahmen faktorenanalytischer Modelle lauten:

$$X_i = A_{i1}F_1 + A_{i2}F_2 + \dots + A_{ik}F_k + U_i$$

$$F_j = W_{j1}X_1 + W_{j2}X_2 + \dots + W_{jp}X_p$$

Ziel der Faktorenanalyse ist es, eine Vielzahl von Variablen durch eine möglichst geringe Anzahl von Faktoren zu repräsentieren. Hierfür stehen eine Reihe verschiedener Methoden zur Verfügung. In dieser Arbeit wurde die Hauptkomponentenmethode ausgewählt. Dabei wurde die Zahl der Faktoren nicht vorgegeben. Kriterium für die Extraktion waren Eigenwerte größer als eins. Die erhaltenen Faktoren wurden nach der VARIMAX-Methode orthogonal rotiert, um eine möglichst gute Interpretierbarkeit zu erhalten. Zur weiteren Verarbeitung wurden die Faktorausprägungen in Regressionswerten als Variablen gespeichert.

Vor der eigentlichen Faktorenanalyse wurde die Korrelationsmatrix auf ihre Eignung für die Faktorenanalyse mit dem Kaiser-Meyer-Olkin Maß (KMO) und dem Bartlett-Test auf Sphärizität getestet.

$$KMO = \frac{\sum \sum r_{ij}^2}{\sum \sum r_{ij}^2 + \sum \sum a_{ij}^2}$$

Das KMO-Maß liegt zwischen 0 und 1, wobei der Wert 1 eine optimale Zusammenstellung der Variablen für eine Faktorenanalyse bezeichnet. Der Bartlett-Test auf Sphärizität testet auf der Basis eines Chi-quadrat-Tests, ob die Korrelationen der Korrelationsmatrix auch in der Grundgesamtheit bestehen.

Die Signifikanzniveaus wurden folgendermaßen festgelegt: Ein Ergebnis wird mit sehr signifikant bewertet, wenn das 1 % Niveau erreicht ist, Ergebnisse auf dem 5 % Niveau werden als signifikant bezeichnet. Von einer statistischen Tendenz soll gesprochen werden, wenn eine Signifikanz von 10 % erreicht wurde.

Die folgende Übersicht zeigt noch einmal abschließend die Hypothesen zusammen mit den dazugehörigen Untersuchungsmethoden, statistischen Hypothesen und den möglichen Auswertungsmethoden. Dabei beziehen sich die in der Spalte Methode aufgeführten Bereiche auf den oben dargestellten Fragebogen.

Tabelle 25: Hypothesen und Untersuchungsmethodik

| Hypothese | Methode und statistische Hypothesen | Testverfahren |
|--|---|--|
| Hypothese 1: SupervisionsteilnehmerInnen schätzen ihre berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher. | Vergleich der Nachtest – Vortestwerte über alle Ressourcenbereiche H0: MSV (R2) ≤ MSV (R1) H1: MSV (R2) > MSV (R1) | Varianzanalyse T-Test abhängige Gruppen ALM mit Messwiederholung |
| Hypothese 2: SupervisionsteilnehmerInnen schätzen die Nutzbarkeit ihrer berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher. | Vergleich der Nachtest – Vortestwerte über alle Ressourcenbereiche H0: MSV (NR2) ≤ MSV (NR1) H1: MSV (NR2) > MSV (NR1) | Varianzanalyse T-Test abhängige Gruppen ALM mit Messwiederholung |
| Hypothese 3: Bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgen. professionellen Ressourcen größer als bei den wahrgen. sozialen Ressourcen. | Vergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen in den Ressourcenbereichen H0: MGS (PR2-PR1) ≤ MGS (SR2-SR1) H1: MGS (PR2-PR1) > MGS (SR2-SR1) | T-Test abhängige Gruppen |
| Hypothese 4: Bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgen. Nutzbarkeit professionellen Ressourcen größer als bei der wahrgen. Nutzbarkeit sozialer Ressourcen. | Vergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen in den Ressourcenbereichen H0: MGS (NPR2-NPR1) ≤ MGS (NSR2-NSR1) H1: MGS (NPR2-NPR1) > MGS (NSR2-NSR1) | T-Test abhängige Gruppen |
| Hypothese 5: Bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgen. professionellen Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision. | Gruppenvergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen bei prof. Ressourcen H0: MGS (PR2-PR1) ≤ MTS (PR2-PR1) H1: MGS (PR2-PR1) > MTS (PR2-PR1) | Varianzanalyse ALM mit Messwiederholung |
| Hypothese 6: Bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgen. Nutzbarkeit professioneller Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision. | Gruppenvergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen bei prof. Ressourcen H0: MGS (NPR2-NPR1) ≤ MTS (NPR2-NPR1) H1: MGS (NPR2-NPR1) > MTS (NPR2-NPR1) | Varianzanalyse ALM mit Messwiederholung |
| Hypothese 7: Bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgen. sozialen Ressourcen größer als bei den wahrgen. professionellen Ressourcen. | Vergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen in den Ressourcenbereichen H0: MTS (SR2-SR1) ≤ MTS (PR2-PR1) H1: MTS (SR2-SR1) > MTS (PR2-PR1) | T-Test abhängige Gruppen |
| Hypothese 8: Bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgen. Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei der wahrgen. Nutzbarkeit professioneller Ressourcen. | Vergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen in den Ressourcenbereichen H0: MTS (NSR2-NSR1) ≤ MTS (NPR2-NPR1) H1: MTS (NSR2-NSR1) > MTS (NPR2-NPR1) | T-Test abhängige Gruppen |
| Hypothese 9: Bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz der wahrgen. sozialen Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision. | Gruppenvergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen bei prof. Ressourcen H0: MTS (SR2-SR1) ≤ MGS (SR2-SR1) H1: MTS (SR2-SR1) > MGS (SR2-SR1) | Varianzanalyse ALM mit Messwiederholung |
| Hypothese 10: Bei TeilnehmerInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgen. Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen von Gruppensupervision. | Gruppenvergleich der Nachtest – Vortestdifferenzen bei prof. Ressourcen H0: MTS (NSR2-NSR1) ≤ MGS (NSR2-NSR1) H1: MTS (NSR2-NSR1) > MGS (NSR2-NSR1) | Varianzanalyse ALM mit Messwiederholung |

| Hypothese | Methode und statistische Hypothesen | Testverfahren |
|--|--|---|
| Hypothese 11: Veränderungen bei den wahrgen. professionellen und sozialen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen. | Korrelation Veränderung Ressourceneinschätzung / Veränderung Kontrolleinschätzung H0: $R (PR2-PR1), (K2-K1) \leq 0$ H1: $R (PR2-PR1), (K2-K1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |
| Hypothese 12: Veränderungen bei der wahrgen. Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen | Korrelation Veränderung Nutzbarkeitseinschätzung Ressourcen / Veränderung Selbstwirksamkeitsschätzung H0: $R (NPR2-NPR1), (SW2-SW1) \leq 0$ H1: $R (NPR2-NPR1), (SW2-SW1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |
| Hypothese 13: Veränderungen bei der wahrgen. Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation | Korrelation Veränderung wahrgenommene Kontrolle / Veränderung Einschätzung gesundheitliche Situation H0: $R (K2-K1), (G2-G1) \leq 0$ H1: $R (K2-K1), (G2-G1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |
| Hypothese 14: Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation | Korrelation Veränderung wahrgenommene Selbstwirksamkeit / Veränderung Einschätzung gesundheitliche Situation H0: $R (SW2-SW1), (G2-G1) \leq 0$ H1: $R (SW2-SW1), (G2-G1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |
| Hypothese 15: Veränderungen bei der wahrgen. Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit | Korrelation Veränderung wahrgenommene Kontrolle / Veränderung der Arbeitszufriedenheit H0: $R (K2-K1), (AZ2-AZ1) \leq 0$ H1: $R (K2-K1), (AZ2-AZ1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |
| Hypothese 16: Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit | Korrelation Veränderung wahrgenommene Selbstwirksamkeit / Veränderung Einschätzung der Arbeitszufriedenheit H0: $R (SW2-SW1), (AZ2-AZ1) \leq 0$ H1: $R (SW2-SW1), (AZ2-AZ1) > 0$ | Pearson Korrelationskoeffizient Regressionsanalyse |

5.4. Zeitplanung

Für das Gesamtprojekt war der folgende zeitliche Ablauf geplant:

Tabelle 26: Zeitplanung des Projekts

| Zeitraum | Projektabschnitt |
|-------------------|--|
| 06/2005 – 09/2005 | Vorbereitende Arbeiten und Entwicklung des Erhebungsinstrumentes |
| 10/2005 – 12/2005 | Kontaktaufnahme mit Kliniken und Stichprobenbeschaffung |
| 01/2006 – 02/2006 | Datenerhebung Teil 1 |
| 11/2006 – 12/2006 | Datenerhebung Teil 2 |
| 01/2007 – 03/2007 | Datenerfassung und –auswertung |
| 04/2007 – 06/2007 | Abfassung des Abschlußberichtes |

Das Projekt sollte im Sommer 2005 mit vorbereitenden Arbeiten beginnen. Bis zum Herbst sollte zunächst das Erhebungsinstrument entwickelt werden.

Die weitere Zeitplanung sah vor, dass im Herbst 2005 zunächst Kontakt zu den ärztlichen Leitungen psychiatrischer Kliniken im Gebiet der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe aufgenommen werden sollte, mit dem Ziel, diese für die Untersuchung zu gewinnen. Diese wurden gebeten, die Bereitschaft der MitarbeiterInnen zur Teilnahme an der Untersuchung zu klären, und die Anzahl der benötigten Fragebögen zurückzumelden.

Die erste Untersuchung sollte dann im Frühjahr 2006 durchgeführt werden. Hierfür sollten dann die Fragebögen an die jeweils verantwortlichen MitarbeiterInnen geschickt werden. Der Rücklauf der anonym auszufüllenden Fragebögen sollte dann spätestens nach einem Monat erfolgen.

Nach einem Zeitraum von 10 Monaten soll dann in allen Gruppen eine zweite Befragung stattfinden, die nach dem gleichen Prinzip wie die erste Befragung ablaufen sollte. Um die Fragebögen jeweils zuordnen zu können, sollten die Befragten einen Code auf beiden Fragebögen anbringen. Zur Sicherheit wurden zusätzlich Fragen aufgenommen, die eine Identifizierung auch ohne den Code ermöglichen sollten.

Die Datenerfassung und Datenauswertung sollte im Frühjahr 2007 erfolgen, sodass das Projekt mit der Abfassung des Abschlussberichts im Sommer 2007 abgeschlossen werden sollte.

6. Untersuchungsverlauf

6.1. Zeitlicher Verlauf

Der tatsächliche Verlauf des Projekts gliederte sich schließlich in folgende Phasen:

Tabelle 27: Zeitlicher Verlauf des Projekts

| Zeitraum | Projektabschnitt |
|-------------------|--|
| 06/2005 – 09/2005 | Vorbereitende Arbeiten und Entwicklung des Erhebungsinstrumentes |
| 12/2005 – 11/2006 | Kontaktaufnahme mit Kliniken und Stichprobenbeschaffung |
| 02/2006 – 12/2006 | Datenerhebung Teil 1 |
| 11/2006 – 10/2007 | Datenerhebung Teil 2 |
| 10/2007 – 12/2007 | Datenerfassung und –auswertung |
| 12/2007 – 01/2008 | Abfassung des Abschlußberichtes |

Zu wesentlichen Abweichungen im Vergleich zur Planung kam es vor allem durch die deutlich längere Phase der Stichprobengewinnung, die sich nahezu über ein Jahr erstreckte (geplant waren ursprünglich drei Monate).

Diese Verzögerung wurde dadurch relativiert, dass die Datenerhebungsphasen zeitlich versetzt waren und daher teilweise parallel verliefen. Insgesamt verlängerte sich die Gesamtdauer des Projektes im Vergleich zur Planung um acht Monate.

6.2. Stichprobengewinnung

Ende Dezember 2005 wurden die medizinischen LeiterInnen aller psychiatrischen Kliniken der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen (Pflichtversorgungsbereich, dreier psychosomatische Kliniken und ein Weiterbildungsinstitut in der Pflege mit der Bitte angeschrieben, die Untersuchung in ihrer Einrichtung zu ermöglichen. Dem Anschreiben war ein Exposé des Projektes sowie ein Empfehlungsschreiben des Betreuers der Arbeit beigelegt. (siehe Anlage)

Die Resonanz auf die Anfragen war sehr unterschiedlich. Teils wurde spontan die Mitarbeit zugesagt, teils wurde die Mitarbeit von weiteren Informationen und internen Besprechungen abhängig gemacht. In manchen Kliniken wurde zudem die Mitarbeit von der Unterstützung durch den Personalrat abhängig gemacht. Andere Kliniken reagierten gar nicht bzw. erst auf eine erneute Nachfrage hin. Als problematisch stellte sich heraus, dass viele der Leitungen nicht darüber informiert waren, ob, in welcher Art und in welchem Umfang Supervision in ihrer Klinik durchgeführt wird. Von daher erwies sich die ursprüngliche Idee, in jeder Klinik möglichst alle drei Untersuchungsgruppen (Teamsupervision, Gruppensupervision, keine Supervision) zu erfassen, als kaum planbar und wurde in dieser Form nicht weiter verfolgt.

Da darüber hinaus absehbar war, dass die angestrebte Stichprobengröße mit den bisher einbezogenen Kliniken nur schwer erreichbar sein würde, wurden in der Folgezeit sukzessive weitere Kliniken und Einrichtungen in Hessen und Rheinland-Pfalz sowie eine schweizerische Klinik angeschrieben.

Beeinflusst wurde die Stichprobengewinnung möglicherweise durch den ÄrzteInnenstreik (1.3.2006 – 16.5.2006), der in den deutschen Kliniken Entscheidungsprozesse bezüglich der Teilnahme an dem Forschungsprojekt beeinflusst haben könnte.

Insgesamt erklärten sich schließlich 17 der insgesamt 42 angeschriebenen Kliniken und Einrichtungen bereit, die Untersuchung in ihrem Haus zu unterstützen und benannten AnsprechpartnernInnen für die Durchführung der Untersuchung vor Ort. Entgegen der ursprünglichen Planung (Oktober bis Dezember 2005) erstreckte sich dieser Teil der Stichprobengewinnung von Dezember 2005 bis September 2006 und fand teilweise parallel mit der ersten Befragung statt.

6.3. Datenerhebung

1. Messzeitpunkt 1

Mit den AnsprechpartnernInnen der Kliniken wurde jeweils direkt nach der Zusage die weiteren technischen Details der Befragung abgesprochen. Da die Befragung auf freiwilliger Basis stattfinden sollte, wurde von den AnsprechpartnernInnen zunächst vor Ort (in der Regel über Konferenzen) die Bereitschaft und das Interesse der MitarbeiterInnen an der Teilnahme geklärt. Dabei stellte sich heraus, dass der Teilnahmeumfang recht unterschiedlich sein würde. Die Anzahl der angeforderten Fragebögen schwankte zwischen 10 und 270.

Sobald die voraussichtliche Teilnehmeranzahl geklärt war, wurde den AnsprechpartnernInnen die entsprechende Fragebogenanzahl für die erste Befragung mit der Bitte zugeschickt, sie möglichst umgehend zu verteilen und die ausgefüllten Fragebögen gesammelt zurückzuschicken.

Ein Fragebogensatz (siehe Anlage) bestand aus einem Anschreiben, einem Rückgabeumschlag und dem Fragebogen A selbst (s.o.). In dem Anschreiben wurden die MitarbeiterInnen gebeten, die ausgefüllten Fragebögen an den/die AnsprechpartnerIn in dem verschlossenen Umschlag an den/die jeweilige/n AnsprechpartnerIn zurückzugeben, der die gesammelten Umschläge schließlich an den Autor zurückschicken würde, wofür ein frankierter Rückumschlag zur Verfügung gestellt wurde.

Die erste Befragung fand schließlich zwischen Februar 2006 und Dezember 2006 statt. In der ersten Befragung wurden insgesamt 840 Fragebögen verschickt, von denen 366 (43,75 %) ausgefüllt zurückgeschickt wurden. Bei der ersten Befragung zeigten sich folgende Probleme:

- Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte in einigen Einrichtungen verspätet und erst auf mehrfache Rückfrage, was in der Regel arbeitsorganisatorische Gründe (Urlaub, Krankheit, Überlastung) hatte. Möglicherweise hat sich in den deutschen Kliniken hierbei auch der oben bereits erwähnte ÄrzteInnenstreik ausgewirkt. Teilweise schickten MitarbeiterInnen die ausgefüllten Fragebögen direkt zurück, was möglicherweise durch die Sorge begründet war, die Fragebögen könnten in der Klinik geöffnet werden.

- Die Rücklaufquote (bezogen auf die übersandten Fragebögen) schwankte je nach Klinik zwischen 20 % und 100 % (siehe Tabelle 28). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die AnsprechpartnerInnen in den Kliniken die Mitarbeitsbereitschaft der MitarbeiterInnen nicht genau einschätzen konnten, und bisweilen zu viele Fragebögen anforderten.
- Eine Reihe von zurückgeschickten Fragebögen (ca. 15 %) waren nicht wie vorgesehen mit einer Codenummer versehen. Da dies eine Zuordnung des jeweiligen zweiten Fragebogen unmöglich gemacht hätte, wurden in den Fragebogen für die zweite Erhebung zusätzliche Fragen (Alter, Geschlecht, Beruf, Arbeitsbereich) eingefügt, die eine eindeutige Zuordnung auch ohne Codenummer ermöglichen sollte.
- Eine erste Auswertung der Fragen zu den Ressourcen zeigte schließlich, dass die Item- und Skalenmittelwerte insgesamt recht hoch waren, so dass Deckeneffekte nicht ausgeschlossen werden konnten. Daher wurde in Fragebogen B zu jedem Item in den Bereichen Ressourcen, Nutzbarkeit von Ressourcen sowie Kontrolle und Selbstwirksamkeit ein Item zur wahrgenommenen Veränderung seit der letzten Befragung aufgenommen. (siehe hierzu auch Kapitel 5.2.)

2. Messzeitpunkt 2

Die zweite Befragung fand mit Fragebogen B jeweils 10 Monate nach der ersten Befragung statt. Hierfür wurden den AnsprechpartnernInnen in den Kliniken die gleiche Anzahl an Fragebögen zugesandt, die sie bereits für die erste Befragung erhalten hatten. In einem Begleitschreiben wurden sie gebeten, diese Fragebögen an dieselben MitarbeiterInnen weiterzugeben, die bereits bei der ersten Datenerhebung befragt wurden. Die Fragebogensätze bestanden wie bei der ersten Befragung aus einem Anschreiben, dem Fragebogen B selbst (s.o.) sowie einem Rückgabeumschlag.

Die Befragung fand schließlich zwischen November 2006 und Oktober 2007 statt. Insgesamt wurden wiederum 840 Fragebögen verschickt, von denen 240 (65,57 % bezogen auf dem Fragebogenrücklauf der ersten Befragung) ausgefüllt zurückgeschickt wurden. Bei der zweiten Befragung ergaben sich folgende Probleme:

- Nicht in jedem Fall waren die AnsprechpartnerInnen der ersten Befragung auch bei der zweiten Befragung noch erreichbar bzw. zuständig. Da sich die neuen Kontaktpersonen erst mit dem Projekt befassen mussten, führte dies zu Verzögerungen beim Fragebogenrücklauf.
- Die Rücklaufquote bezogen auf den Fragebogenrücklauf aus der ersten Befragung schwankte zwischen 12,5 % und 120 %. Hierin kommt zum einen die klinikübliche Personalfluktuaton zum Ausdruck, wie sie auch in anderen Untersuchungen festgestellt werden konnte (z.B. WERNER & HENNCH 1998): Vielfach waren Personen, die bei der ersten Erhebung noch befragt werden konnten, nicht mehr auf der gleichen Station oder in der Klinik beschäftigt, was insbesondere auf ÄrztInnen zutreffen könnte. Zum anderen beteiligten sich bei der zweiten Befragung eine Reihe von Personen, die bei der ersten Befragung nicht teilgenommen haben, was zu erhöhten Rücklaufquoten (in einem Fall 120 %) führte.

- In zwei Kliniken gab es schließlich bei der zweiten Erhebung keinen Fragebogenrücklauf, was in einem Fall auf organisatorische Mängel in der Umsetzung der Befragung zurückzuführen war.
- Wie bei der ersten Erhebung gab es auch bei der zweiten Erhebung einige Fragebögen, die ohne Codenummer zurückgeschickt wurden. Aufgrund der Fragenwiederholung in Fragebogen B konnten jedoch eine Reihe von Fragebögen eindeutig zugeordnet werden.

Die folgende Tabelle fasst den Rücklauf aus der ersten und der zweiten Befragung zusammen:

Tabelle 28: Fragebogenrücklauf

| Einrichtungsnummer | Anzahl der Fragebögen | Rücklauf Fragebogen 1 | Prozent | Rücklauf Fragebogen 2 | Prozent |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|
| 1 | 15 | 13 | 86,67 | 10 | 76,92 |
| 2 | 16 | 16 | 100,00 | 16 | 100,00 |
| 3 | 9 | 7 | 77,78 | 6 | 85,71 |
| 4 | 65 | 43 | 66,15 | 26 | 60,47 |
| 5 | 45 | 31 | 68,89 | 7 | 22,58 |
| 6 | 40 | 22 | 55,00 | 8 | 36,36 |
| 7 | 60 | 16 | 26,67 | 6 | 37,5 |
| 8 | 10 | 8 | 80,00 | 1 | 12,5 |
| 9 | 80 | 30 | 37,50 | 20 | 66,67 |
| 10 | 25 | 5 | 20,00 | | |
| 11 | 10 | 5 | 50,00 | 6 | 120,00 |
| 12 | 30 | 18 | 60,00 | | |
| 13 | 35 | 27 | 77,14 | 19 | 70,37 |
| 14 | 20 | 6 | 30,00 | | |
| 15 | 50 | 16 | 32,00 | 17 | 106,25 |
| 16 | 80 | 19 | 23,75 | 11 | 57,89 |
| 17 | 270 | 84 | 31,11 | 76 | 90,48 |
| Gesamt | 840 | 366 | 43,75 | 241 | 65,85 |

6.4. Auswertung

Die Auswertung der Daten begann nach Abschluss der zweiten Datenerhebungsphase im Oktober 2007 und erstreckte sich bis Ende 2007. Sie konnte weitgehend entsprechend der Planung (siehe 5.3.) durchgeführt werden. Die Grundannahmen der eingesetzten Verfahren wurden in Kapitel 5.3. bereits erläutert.

Aufgrund des Fragebogenrücklaufes ergaben sich aber zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten, denn neben Personen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, gab es Personen, die nur an Befragung 1 oder Befragung 2 teilgenommen haben. Hieraus ergibt sich folgende theoretische Gruppeneinteilung:

Tabelle 29: Differenzierte Untersuchungsgruppen

| Gruppe | t 1 | Supervision | t 2 |
|----------|-----------|--------------------|-----------|
| Gruppe 1 | Messung 1 | Teamsupervision | |
| | Messung 1 | Gruppensupervision | |
| | Messung 1 | Keine Supervision | |
| Gruppe 2 | Messung 1 | Teamsupervision | Messung 2 |
| | Messung 1 | Gruppensupervision | Messung 2 |
| | Messung 1 | Keine Supervision | Messung 2 |
| Gruppe 3 | | Teamsupervision | Messung 2 |
| | | Gruppensupervision | Messung 2 |
| | | Keine Supervision | Messung 2 |

Durch Vergleich der Gruppen 1 und 2 (Messung 1) lassen sich möglicher Selektionseffekte erfassen. Durch Vergleich der Gruppen 2 und 3 (Messung 2) lassen sich dagegen mögliche Regressionseffekte bei der Messung 2 erfassen.

Die Daten wurden zunächst in SPSS erfasst. Daraufhin wurden die Skalenwerte (KFZA, Ressourcenskalen) aus den Einzelitems errechnet. Die Daten wurden dann deskriptiv ausgewertet (Häufigkeiten, Durchschnittswerte).

In einem weiteren Schritt wurden die Gütekriterien der eingesetzten Skalen berechnet. Für die Reliabilitätsberechnung wurde Cronbachs Alpha eingesetzt. Für die Validitätsabschätzung wurden Korrelations- und Faktorenanalysen berechnet.

Für die Hypothesenüberprüfung wurden varianzanalytische Verfahren, t-Tests sowie der Pearson'sche Korrelationskoeffizient genutzt. Zur Absicherung wurden darüber hinaus auch nicht-parametrische Verfahren parallel eingesetzt.

Für weitergehende Analysen wurden außerdem partielle Korrelationen sowie multiple Regressionsanalysen und moderierte Regressionsanalysen berechnet.

Bei der Ergebnisdarstellung wurden wegen der Einheitlichkeit in erster Linie die Ergebnisse von Varianzanalysen und T-Tests dargestellt. Nur wenn die Erfüllung der Voraussetzungen problematisch war, wurden die Ergebnisse der nicht-parametrischen Verfahren zusätzlich dargestellt.

Bei der Darstellung der Ergebnisse habe ich mich dafür entschieden, die Tabellen in den laufenden Text zu übernehmen, dadurch ist m.E. die schnelle Orientierung für den/die LeserIn einfacher.

In den Ergebnistabellen sind die jeweils erreichten Signifikanzniveaus exact ausgegeben. Auf eine zusätzliche Markierung habe ich verzichtet.

7. Ergebnisse

7.1. Deskriptive Ergebnisse

Die Daten zu den Merkmalen der Befragten, der Arbeitssituation und der Supervision werden zunächst für die Gesamtgruppe dargestellt und dann auf mögliche Unterschiede zwischen den beteiligten Kliniken hin untersucht.

Bei der Darstellung der deskriptiven Daten wird außerdem berücksichtigt, dass sich die GesamtteilnehmerInnenzahl wie oben dargestellt in drei Gruppen aufteilt, die sich in unterschiedlicher Weise an der Untersuchung beteiligt haben:

- Personen, die sich nur an Befragung 1 beteiligt haben (213 Personen)
- Personen, die sich an Befragung 1 und Befragung 2 beteiligt haben (147 Personen)
- Personen, die sich nur an Befragung 2 beteiligt haben (91 Personen).

In der Darstellung der deskriptiven Merkmale werden diese Gruppen auf mögliche Unterschiede in der Zusammensetzung miteinander verglichen.

Da bei den Merkmalen der Befragten und bei den Merkmalen der Arbeitssituation fast ausschließlich Daten in der ersten Befragung erhoben wurden, ist allerdings ein Vergleich mit wenigen Ausnahmen nur zwischen den Gruppen 1 und 2 möglich. Lediglich hinsichtlich der Variablen Klinik, Geschlecht, Alter und Arbeitsbereich liegen auch Ergebnisse in der dritten Gruppe vor. Hinsichtlich dieser Variablen können alle Gruppen miteinander verglichen werden.

Bezüglich der Supervisionsmerkmale wurden nur in der zweiten Befragung Daten erhoben. Daher ist hier nur ein Vergleich zwischen den Gruppen zwei und drei möglich.

Abschließend werden in Kapitel 7.1.4. die Untersuchungsgruppen auf Unterschiede hinsichtlich der deskriptiven Merkmale hin untersucht.

7.1.1. Merkmale der Befragten

1. Daten für die Gesamtstichprobe

Insgesamt haben 451 ProbandenInnen an der Untersuchung teilgenommen. Ein Teil von Ihnen hat aber lediglich an der zweiten Befragung teilgenommen (s.o.). Für diese stehen nur Daten zum Geschlecht, Beruf, Alter, zur Einrichtung und zum Arbeitsbereich zur Verfügung. Die Daten zur Familiensituation sowie zur Schul- und Berufsausbildung beziehen sich nur auf TeilnehmerInnen der ersten Befragung.

Tabelle 30: Geschlecht

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|----------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | männlich | 165 | 36,6 | 36,8 | 36,8 |
| | weiblich | 283 | 62,7 | 63,2 | 100,0 |
| | Total | 448 | 99,3 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 3 | ,7 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Tabelle 31: Alter

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|-----------------------|-----------|----------------|----------------|-------------------|------------------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Alter | 439 | 17,00 | 63,00 | 40,7995 | 9,7323 |
| Gültige N (list-wise) | 439 | | | | |

Fast zwei Drittel der UntersuchungsteilnehmerInnen waren Frauen. Das Alter der ProbandenInnen schwankte zwischen 17 Jahren und 63 Jahren und betrug durchschnittlich 40,8 Jahre.

Tabelle 32: Beruf

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---------------------------------|---------------|----------------|------------------------|---------------------------|
| Gültig | Krankenschwester/Krankenpfleger | 315 | 69,8 | 70,3 | 70,3 |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 10 | 2,2 | 2,2 | 72,5 |
| | ErzieherIn | 14 | 3,1 | 3,1 | 75,7 |
| | SozialpädagogIn | 17 | 3,8 | 3,8 | 79,5 |
| | PsychologIn | 23 | 5,1 | 5,1 | 84,6 |
| | Arzt/Ärztin | 44 | 9,8 | 9,8 | 94,4 |
| | KrankenpflegehelferIn | 11 | 2,4 | 2,5 | 96,9 |
| | Auszubildender Pflege | 8 | 1,8 | 1,8 | 98,7 |
| | Sonstige | 6 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 448 | 99,3 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 3 | ,7 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Mehr als zwei Drittel der UntersuchungsteilnehmerInnen (70,3 %) waren Krankenschwestern/pfleger. Rechnet man noch die Krankenpflegeauszubildenden und die KrankenpflegehelferInnen hinzu, so ist der Pflegebereich mit fast 75 % vertreten. Mit einigem Abstand folgen ÄrztInnen (9,8 %), PsychologInnen (5,1 %) und SozialpädagogenInnen (3,8 %). Alle anderen Berufsgruppen sind mit jeweils unter 3 % vertreten. Die Dominanz der medizinischen Berufsgruppen i.e.S. in der Stichprobe dürfte ihre tatsächliche Verteilung in den psychiatrischen Einrichtungen weitgehend widerspiegeln.

Tabelle 33: Partnerschaft

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---------------------------|---------------|----------------|------------------------|---------------------------|
| Gültig | feste Partnerschaft | 230 | 51,0 | 64,8 | 64,8 |
| | keine feste Partnerschaft | 125 | 27,7 | 35,2 | 100,0 |
| | Total | 355 | 78,7 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 96 | 21,3 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Fast zwei Drittel der ProbandenInnen gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben. Dabei war für die Untersuchung unerheblich, ob es sich um einfache Partnerschaften, Ehen oder eingetragene Lebenspartnerschaften handelte. Einen möglichen Informationswert in Zusammenhang mit dieser Untersuchung hat die Frage ausschließlich in Hinblick auf den Rückhalt durch eine feste Partnerschaft im privaten Bereich und seine Bedeutung als stressreduzierendes Moment.

Tabelle 34: Anzahl der Kinder

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|--------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | keine Kinder | 156 | 34,6 | 43,7 | 43,7 |
| | 1 Kind | 78 | 17,3 | 21,8 | 65,5 |
| | 2 Kinder | 92 | 20,4 | 25,8 | 91,3 |
| | 3 Kinder | 26 | 5,8 | 7,3 | 98,6 |
| | 4 Kinder | 4 | ,9 | 1,1 | 99,7 |
| | 6 Kinder | 1 | ,2 | ,3 | 100,0 |
| | Total | 357 | 79,2 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 94 | 20,8 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Mehr als die Hälfte der ProbandenInnen hatte ein oder mehrere Kinder, 43,7 % der Probanden hatten zum Zeitpunkt der ersten Befragung keine Kinder.

Allein erziehend waren 11,1 % der ProbandenInnen.

Tabelle 35: Alleinerziehend

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|-----------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | nicht alleinerziehend | 313 | 69,4 | 88,9 | 88,9 |
| | alleinerziehend | 39 | 8,6 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 352 | 78,0 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 99 | 22,0 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Hinsichtlich der schulischen und beruflichen Bildung ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 36: Schulabschluss

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | kein Schulabschluss | 2 | ,4 | ,6 | ,6 |
| | Hauptschulabschluss | 43 | 9,5 | 12,3 | 12,8 |
| | mittlere Reife | 133 | 29,5 | 37,9 | 50,7 |
| | Abitur | 173 | 38,4 | 49,3 | 100,0 |
| | Total | 351 | 77,8 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 100 | 22,2 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die Stichprobe ist geprägt von einem recht hohen Allgemeinbildungsgrad. Fast die Hälfte der ProbandenInnen hat das Abitur (49,3 %), 37,9 % haben die mittlere Reife. Den Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss haben 12,3 %. Keinen Schulabschluss hatten lediglich zwei ProbandenInnen (0,6 %).

Tabelle 37: Berufsausbildung

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | ohne Berufsabschluss | 9 | 2,0 | 2,5 | 2,5 |
| | Ausbildungsabschluss | 252 | 55,9 | 71,4 | 73,9 |
| | Fachhochschulabschluss | 20 | 4,4 | 5,7 | 79,6 |
| | Universitätsabschluss | 72 | 16,0 | 20,4 | 100,0 |
| | Total | 353 | 78,3 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 98 | 21,7 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Nur ein kleiner Teil der ProbandenInnen verfügte bei der Befragung über keinen Berufsabschluss (2,5 %). Einen Fachhochschulabschluss hatten 5,7 %, einen Hochschulabschluss 20,4 %. Mit 71,4 % sind ProbandenInnen mit einem einfachen Berufsabschluss deutlich am häufigsten vertreten. Die Verteilung entspricht etwa der Verteilung der ausgeübten Berufe (s. Tabelle 32).

2. Vergleich der Einrichtungen

Beim Vergleich der Stichprobenzusammensetzung in den einzelnen Kliniken ist zu berücksichtigen, dass in den Kreuztabellenvergleichen die erwartete Häufigkeit einzelner Zellen bei einer Reihe von Variablen unter fünf liegt. Damit ist ein Kriterium für die Berechnung von Chi-Quadrat-Tests nicht erfüllt, diesbezügliche Ergebnisse sind nur eingeschränkt aussagefähig. Die Zusammenlegung von Untergruppen könnte das Problem lösen, was allerdings ebenfalls die Nutzbarkeit der Ergebnisse einschränken würde. Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Berechnungen werden daher unter diesem Vorbehalt trotzdem dargestellt.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich zwischen den Kliniken hinsichtlich der Geschlechtsverteilung ($\chi^2 = 25,081$, $p = 0,068$). Deutliche Abweichungen von der Gesamtverteilung ergeben sich aber in Klinik 11, in der alle Probandinnen Frauen waren, sowie in den Kliniken 5, 13 und 16, in denen der Anteil der Männer unter 30 % lag. Umgekehrt lag der Anteil der Männer in den Kliniken 2, 3, 8, 14 mit 50 % und mehr über dem zu erwartenden Wert.

Signifikant unterschiedlich war das Durchschnittsalter der Probanden in den einzelnen Einrichtungen. Es schwankte zwischen 36,25 (Klinik 15) und 48,06 (Klinik 7) Jahren ($f = 4,279$, $p < 0,001$).

Ebenfalls deutliche Unterschiede gab es in den einzelnen Kliniken hinsichtlich des ausgeübten Berufs der ProbandenInnen ($\chi^2 = 445,326$, $p = < 0,001$). In den Kliniken 1 und 2 haben ausschließlich Krankenschwestern/pfleger an der Untersuchung teilgenommen, in der Klinik 8 haben keine Krankenschwestern/-pfleger teilgenommen. Auch bei den anderen Berufsgruppe unterscheidet sich der Anteil je nach Klinik sehr stark.

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich zwischen den Kliniken hinsichtlich der Partnerschaften der ProbandenInnen ($\chi^2 = 21,122$, $p = 0,174$). Allerdings wird bei der Betrachtung der Einzelergebnisse deutlich, dass in den Kliniken 4, 6, 8 und 17 der Anteil der ProbandenInnen, die nicht in einer festen Partnerschaft lebten, erhöht war. Insgesamt schwankte der Anteil zwischen 14,3 % und 50 %.

Deutliche Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen den ProbandenInnen der Kliniken ($f = 4,696$, $p < 0,001$), sie lag zwischen 0,38 und 1,83..

Hinsichtlich der Erziehungssituation zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken ($\chi^2 = 19,809$, $p = 0,229$).

Die Verteilung der Schulabschlüsse war zwischen den einzelnen Kliniken signifikant unterschiedlich ($\chi^2 = 77,509$, $p = 0,004$). In den Kliniken 9, 12, 13, 16 und 17 waren dabei die AbiturientenInnen eher unterrepräsentiert. ProbandenInnen ohne Schulabschluss waren nur in Klinik 17 vertreten.

Auch hinsichtlich der Berufsausbildung bestanden signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken ($\chi^2 = 159,191$, $p = < 0,001$). Hier zeigten sich insbesondere Unterschiede hinsichtlich der Universitätsabschlüsse und hinsichtlich der ProbandenInnen ohne Berufsabschluss.

3. Vergleich der Teilnahmegruppen

Zwischen den drei Teilnahmegruppen gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Geschlechtsverteilung.

Hinsichtlich des Durchschnittsalters unterschieden sich die drei Teilnahmegruppen signifikant ($f = 3,522$, $p = 0,030$). Das Durchschnittsalter der Gruppe 2 (Teilnahme an beiden Zeitpunkten) war mit 42,15 Jahren deutlich höher als das Durchschnittsalter der Gruppe 1 (Teilnahme an Zeitpunkt 1) mit 40,75 Jahren und der Gruppe 3 (Teilnahme an Zeitpunkt 2) mit 38,65 Jahren.

Tabelle 38: Teilnahmegruppe und Beruf

| | | TNUS | | | Total | |
|-------|---------------------------------|------------|----------|----------|--------|--------|
| | | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | | |
| Beruf | Krankenschwester/Krankenpfleger | Anzahl | 143 | 100 | 72 | 315 |
| | | % von TNUS | 67,1% | 69,0% | 80,0% | 70,3% |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | Anzahl | 3 | 6 | 1 | 10 |
| | | % von TNUS | 1,4% | 4,1% | 1,1% | 2,2% |
| | ErzieherIn | Anzahl | 5 | 5 | 4 | 14 |
| | | % von TNUS | 2,3% | 3,4% | 4,4% | 3,1% |
| | SozialpädagogIn | Anzahl | 11 | 3 | 3 | 17 |
| | | % von TNUS | 5,2% | 2,1% | 3,3% | 3,8% |
| | PsychologIn | Anzahl | 12 | 11 | | 23 |
| | | % von TNUS | 5,6% | 7,6% | | 5,1% |
| | Arzt/Ärztin | Anzahl | 25 | 15 | 4 | 44 |
| | | % von TNUS | 11,7% | 10,3% | 4,4% | 9,8% |
| | KrankenpflegehelferIn | Anzahl | 4 | 2 | 5 | 11 |
| | | % von TNUS | 1,9% | 1,4% | 5,6% | 2,5% |
| | Auszubildender Pflege | Anzahl | 7 | 1 | | 8 |
| | | % von TNUS | 3,3% | ,7% | | 1,8% |
| | Sonstige | Anzahl | 3 | 2 | 1 | 6 |
| | | % von TNUS | 1,4% | 1,4% | 1,1% | 1,3% |
| Total | | Anzahl | 213 | 145 | 90 | 448 |
| | | % von TNUS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Abkürzungen: TNUS - Teilnahmegruppe

Auch hinsichtlich der Berufsverteilung unterschieden sich die drei Teilnahmegruppen signifikant ($\chi^2 = 29,979$, $p = 0,032$). Therapeutische MitarbeiterInnen waren in Gruppe 2 stärker vertreten als in den anderen Gruppen. SozialpädagogenInnen waren dagegen in der Gruppe 2 deutlich geringer vertreten als in den anderen Gruppen. In der Gruppe 3 ist der Anteil der Pflegeberufe deutlich höher als in den anderen Gruppen. Nicht vertreten sind in dieser Gruppe Auszubildende in der Pflege und PsychologInnen.

Hinsichtlich der weiteren Variablen können nur die Gruppen 1 und 2 verglichen werden, da für die Gruppe 3 keine Daten zur Verfügung stehen.

Der Anteil der TeilnehmerInnen in festen Partnerschaften war in Gruppe 2 mit 72,7 % deutlich höher als in Gruppe 1 mit 59,7 % ($\chi^2 = 5,868$, $p = 0,015$). Hinsichtlich der Kinderzahl und des

Anteils allein erziehender Eltern ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen.

Auch hinsichtlich der Verteilung der Schul- und Berufsabschlüsse zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Teilnahmegruppen.

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich Unterschiede zwischen den Kliniken hinsichtlich der Variablen Alter, Berufe, Kinderzahl, Schulabschluss sowie der Variable Berufsausbildung zeigten.

Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen zeigten sich hinsichtlich des Durchschnittsalters, das bei der Teilnahmegruppe 2 am höchsten war. Darüber hinaus unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der ausgeübten Berufe und der Partnerschaftssituation: In Teilnahmegruppe 2 war ein größeres Berufsspektrum vertreten als in den anderen Gruppen, auch der Anteil der TeilnehmerInnen, die in festen Partnerschaften lebten, war hier höher als in Gruppe 1.

7.1.2. Merkmale der Arbeitssituation

1. Daten für die Gesamtstichprobe

Bei der Frage nach der Anzahl der MitarbeiterInnen wurden die ProbandenInnen nach der Gesamtzahl der MitarbeiterInnen in der Klinik gefragt. Angaben hierzu wurden mit dem ersten Fragebogen erhoben, weswegen nur Daten aus den Teilnahmegruppen 1 und 2 vorliegen. Die Antworten entsprechen nicht unbedingt der tatsächlichen Klinikgröße. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 39: Anzahl der MitarbeiterInnen

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|-------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | unter 50 | 14 | 3,1 | 3,9 | 3,9 |
| | 50 bis 99 | 17 | 3,8 | 4,8 | 8,7 |
| | 100 bis 149 | 35 | 7,8 | 9,8 | 18,5 |
| | 150 bis 200 | 50 | 11,1 | 14,0 | 32,5 |
| | über 200 | 241 | 53,4 | 67,5 | 100,0 |
| | Total | 357 | 79,2 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 94 | 20,8 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die überwiegende Mehrzahl (67,5 %) gab an, in einer Klinik mit über 200 MitarbeiternInnen zu arbeiten, 14 % gaben an, in Kliniken mit 150 – 200 Mitarbeitern zu arbeiten. In Kliniken und Einrichtungen mit 100 – 149 MitarbeiternInnen arbeiteten 9,8 % der ProbandenInnen. Kleinere Kliniken und Einrichtungen (unter 100 MitarbeiterInnen) spielten mit zusammen 8,7 % dagegen keine wesentliche Rolle.

Tabelle 40: Arbeitsbereiche

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|-------------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Allgemeine Psychiatrie | 303 | 67,2 | 67,8 | 67,8 |
| | Psychosomatik | 37 | 8,2 | 8,3 | 76,1 |
| | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 31 | 6,9 | 6,9 | 83,0 |
| | Geriatric | 10 | 2,2 | 2,2 | 85,2 |
| | Sucht | 36 | 8,0 | 8,1 | 93,3 |
| | Rehabilitation | 17 | 3,8 | 3,8 | 97,1 |
| | Forensik | 11 | 2,4 | 2,5 | 99,6 |
| | Sonstiges | 2 | ,4 | ,4 | 100,0 |
| | Total | 447 | 99,1 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 4 | ,9 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Von den Arbeitsbereichen her dominierte eindeutig die Allgemeine Psychiatrie (67,2 %) in der Stichprobe. Alle anderen Arbeitsbereiche wurden deutlich seltener genannt. Unter diesen waren noch relativ häufig vertreten die Psychosomatik (8,3 %), der Suchtbereich (8,1 %) und die Kinder- und Jugendpsychiatrie (6,9 %). Rehabilitation (3,8 %), Forensische Psychiatrie (2,5 %) und Gerontopsychiatrie und Geriatric (2,2 %) waren dagegen kaum in der Gesamtstichprobe vertreten.

Tabelle 41: Dauer der Mitarbeit, Arbeitszeit, Teamgröße

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Dauer der Mitarbeit | 351 | ,00 | 39,00 | 12,0216 | 9,8060 |
| Wochenarbeitszeit | 348 | 8,5 | 80,00 | 36,651 | 8,0556 |
| Überstunden | 345 | ,00 | 46,50 | 1,3116 | 4,8950 |
| Anzahl KollegenInnen | 348 | ,00 | 80,00 | 12,3448 | 8,9250 |
| Gültige N (listwise) | 338 | | | | |

Die durchschnittliche Dauer der Mitarbeit schwankte bei den ProbandenInnen zwischen 0 und 39 Jahren und lag – durchaus psychiatriertypisch – bei durchschnittlich 12,02 Jahren und streute von 0 bis 39 Jahren.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit unter Einschluss der Überstunden lag bei 36,44 Wochenstunden. Die Anzahl der wöchentlichen Überstunden lag durchschnittlich bei 1,31 Stunden. Bei beiden Werten ist die Streuung sehr breit, möglicherweise ist es hier auch zu Fehlangaben gekommen.

Die Anzahl der direkten KollegenInnen (Teamgröße) lag bei den ProbandenInnen durchschnittlich bei 12,34, schwankte aber zwischen 0 und 80 KollegenInnen.

Tabelle 42: Position

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|--------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Angestellte/r | 262 | 58,1 | 74,9 | 74,9 |
| | Beamte/r | 2 | ,4 | ,6 | 75,4 |
| | leitende/r Angestellte/r | 84 | 18,6 | 24,0 | 99,4 |
| | leitende/r Beamte/r | 2 | ,4 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 350 | 77,6 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 101 | 22,4 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Mit wenigen Ausnahmen befanden sich fast alle Probanden in einem Angestelltenverhältnis, lediglich vier waren verbeamtet. Etwa ein Viertel der ProbandenInnen befand sich in einer leitenden Position.

2. Vergleich der Einrichtungen

Hinsichtlich der Berechnung statistischer Maßzahlen für Kreuztabellen gilt hier ähnliches, wie bereits beim Vergleich der Befragtenmerkmale. Aufgrund der teilweise geringen erwarteten Häufigkeiten sind die Werte nur eingeschränkt aussagefähig.

Mit Ausnahme der Einrichtungen 3 und 7 waren in allen Einrichtungen ProbandenInnen vertreten, die im Bereich allgemeine Psychiatrie arbeiteten. Ihr Anteil schwankte zwischen 10,7 % und 100 %. Auch der Anteil der Befragten aus den anderen Arbeitsbereichen schwankte sehr stark je nach Klinik, was mit unterschiedlichen Spezialisierungen zusammenhängt. Insofern ist die festgestellte signifikante Abweichung von der erwarteten Verteilung nicht verwunderlich ($\chi^2 = 956,464$, $p < 0,001$).

Signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigten sich hinsichtlich der Dauer der Mitarbeit ($f = 6,242$, $p < 0,001$), der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit ($f = 3,531$, $p < 0,001$), der durchschnittlichen Überstundenanzahl ($f = 4,145$, $p < 0,001$) sowie hinsichtlich der Teamgröße ($f = 2,130$, $p = 0,007$). Im Einzelnen schwankten die Mittelwerte in folgenden Bereichen:

Tabelle 43: Dauer der Mitarbeit, Arbeitszeit Teamgröße im Einrichtungsvergleich

| | Gesamtmittelwert | Minimum in den Einrichtungen | Maximum in den Einrichtungen | F | P |
|----------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|-------|-------|
| Dauer der Mitarbeit | 12,0216 | ,4,1 | 19,02 | 6,242 | 0,001 |
| Wochenarbeitszeit | 36,6510 | 24,350 | 54,10 | 3,531 | 0,001 |
| Überstunden | 1,3116 | 0,00 | 15,00 | 4,145 | 0,001 |
| Anzahl KollegenInnen | 12,3448 | 8,5 | 18 | 2,130 | 0,007 |

Der Anteil der in die Untersuchung einbezogenen leitenden Angestellten schwankte je nach Einrichtung sehr stark (0 – 91,7 %) ($\chi^2 = 104,442$, $p = 0,001$). Der ungewöhnlich hohe Anteil von Leitungspersonen in zwei Einrichtungen ist darauf zurückzuführen, dass die jeweilige Klinikleitung explizit diesen Bereich in die Untersuchung einbeziehen wollte.

3. Vergleich der Teilnahmegruppen

Hinsichtlich der Arbeitsbereiche unterschieden sich die Teilnehmergruppen signifikant ($\chi^2 = 38,663$, $p < 0,001$). Gegenüber den Gruppen 1 und 3 waren in Gruppe 2 TeilnehmerInnen aus der allgemeinen Psychiatrie unterrepräsentiert. In der Gruppe 2 waren TeilnehmerInnen aus allen Arbeitsbereichen vertreten. In der Gruppe 1 waren keine TeilnehmerInnen aus der Geriatrie vertreten, in Gruppe 3 waren keine TeilnehmerInnen aus der Psychosomatik vertreten.

Tabelle 44: Teilnahmegruppen und Arbeitsbereich

| Einrichtungsart | Arbeitsbereich | Anzahl | TNUS | | | Total |
|-------------------------------|----------------|--------|----------|----------|----------|--------|
| | | | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | |
| Allgemeine Psychiatrie | Anzahl | 147 | 147 | 84 | 72 | 303 |
| | % von TNUS | 69,0% | 69,0% | 58,7% | 79,1% | 67,8% |
| Psychosomatik | Anzahl | 22 | 22 | 15 | | 37 |
| | % von TNUS | 10,3% | 10,3% | 10,5% | | 8,3% |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | Anzahl | 12 | 12 | 14 | 5 | 31 |
| | % von TNUS | 5,6% | 5,6% | 9,8% | 5,5% | 6,9% |
| Geriatric | Anzahl | | | 4 | 6 | 10 |
| | % von TNUS | | | 2,8% | 6,6% | 2,2% |
| Sucht | Anzahl | 22 | 22 | 11 | 3 | 36 |
| | % von TNUS | 10,3% | 10,3% | 7,7% | 3,3% | 8,1% |
| Rehabilitation | Anzahl | 7 | 7 | 8 | 2 | 17 |
| | % von TNUS | 3,3% | 3,3% | 5,6% | 2,2% | 3,8% |
| Forensik | Anzahl | 2 | 2 | 6 | 3 | 11 |
| | % von TNUS | ,9% | ,9% | 4,2% | 3,3% | 2,5% |
| Sonstiges | Anzahl | 1 | 1 | 1 | | 2 |
| | % von TNUS | ,5% | ,5% | ,7% | | ,4% |
| Total | Anzahl | 213 | 213 | 143 | 91 | 447 |
| | % von TNUS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Abkürzungen: TNUS - Teilnahmegruppe

Signifikante Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen ergaben sich bei der Variable Dauer der Mitarbeit zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2. Die Dauer der Mitarbeit war bei den TeilnehmerInnen der Gruppe 2 mit 13,82 Jahren deutlich länger als bei Gruppe 1 mit 10,76 Jahren. ($f = 4,195, p = 0,016$).

Hinsichtlich Wochenarbeitszeit, Überstundenanzahl und Teamgröße unterschieden sich die Teilnahmegruppen nicht signifikant.

4. Zusammenfassung

Hinsichtlich der Merkmale der Arbeitssituation unterschieden sich die Kliniken bezüglich der Arbeitsbereiche, in denen die ProbandenInnen arbeiteten, der Dauer der Mitarbeit, der Wochenarbeitszeit, der Überstundenanzahl, der Teamgröße und der Position der ProbandenInnen.

Die Teilnahmegruppen unterschieden sich dagegen nur hinsichtlich der Arbeitsbereiche und der Dauer der Mitarbeit. In der Teilnahmegruppe 2 war ein breiteres Spektrum an Arbeitsbereichen vertreten und dafür weniger ProbandenInnen aus dem Bereich Allgemeine Psychiatrie. Außerdem war die durchschnittliche Dauer der Mitarbeit in dieser Gruppe höher.

7.1.3. Daten zur Supervision

1. Daten für die Gesamtstichprobe

Daten zur Supervision lagen in der Gesamtstichprobe für alle TeilnehmerInnen der zweiten Befragung vor. Die ProbandenInnen wurden zu folgenden Aspekten der Supervision befragt:

- Supervisionsteilnahme (Teilnahme allgemein, Sitzungsanzahl zwischen den Befragungszeitpunkten),

- Supervisionssetting (Supervisionsform, Sitzungsfrequenz, Sitzungsdauer, Prozessdauer),
- SupervisorsIn (Auswahl, Grundberuf, organisatorische Einbindung, Eigenschaften),
- Supervisionsthemen
- Supervisionszufriedenheit und Auswirkung auf die Arbeitssituation.

Darüber hinaus wurde erhoben, ob und in welchem Umfang die ProbandenInnen zwischen den Befragungen an berufsbezogener Fortbildung teilgenommen haben.

Tabelle 45: Supervisionsteilnahme

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | ja | 205 | 45,5 | 86,1 | 86,1 |
| | nein | 33 | 7,3 | 13,9 | 100,0 |
| | Total | 238 | 52,8 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 213 | 47,2 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die überwiegende Mehrzahl der UntersuchungsteilnehmerInnen hat zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten an Supervision teilgenommen, lediglich 33 Personen (13,9 %) haben nicht an Supervision teilgenommen.

Die durchschnittliche tatsächliche Sitzungszahl zwischen beiden Befragungszeitpunkten betrug 5,7 Sitzungen. Bemerkenswert ist auch hier die Schwankungsbreite von 0 bis 50 Sitzungen. Möglicherweise ist es hier zu Fehlangaben gekommen.

Tabelle 46: Anzahl der Sitzungen (Mittelwert)

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Anzahl Supervisionen | 183 | ,00 | 50,00 | 5,7322 | 5,3922 |

Von den 205 Personen, die an Supervision teilgenommen haben, haben 204 Personen Angaben zur Sitzungsdauer gemacht:

Tabelle 47: Sitzungsdauer

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | 60 Minuten | 15 | 3,3 | 7,4 | 7,4 |
| | 90 Minuten | 127 | 28,2 | 62,3 | 69,6 |
| | 120 Minuten | 35 | 7,8 | 17,2 | 86,8 |
| | länger als 120 Minuten | 27 | 6,0 | 13,2 | 100,0 |
| | Total | 204 | 45,2 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 247 | 54,8 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Aus der Tabelle wird deutlich, dass die Sitzungsdauer überwiegend 90 Minuten betrug. Sitzungsdauern von weniger als 90 Minuten bzw. 120 Minuten und länger wurden deutlich seltener angegeben.

Zur Sitzungsfrequenz haben 198 Personen Angaben gemacht:

Tabelle 48: Sitzungsfrequenz

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|----------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | wöchentlich | 2 | ,4 | 1,0 | 1,0 |
| | vierzehntäglich | 24 | 5,3 | 12,1 | 13,1 |
| | alle drei Wochen | 8 | 1,8 | 4,0 | 17,2 |
| | monatlich | 97 | 21,5 | 49,0 | 66,2 |
| | bis zu zweimonatlich | 67 | 14,9 | 33,8 | 100,0 |
| | Total | 198 | 43,9 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 253 | 56,1 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Fast die Hälfte der Befragten gaben als Sitzungsfrequenz monatliche Abstände an, etwas mehr als ein Drittel gaben weitere Abstände zwischen den Sitzungen an. Einen dreiwöchentlichen Rhythmus gaben 4 % an, ein 14-täglicher Rhythmus 12,1 %. Zwei Personen (1,0 %) gaben wöchentliche Sitzungen an.

Zur bisherigen Dauer des Supervisionsprozesses insgesamt machten 185 Personen Angaben:

Tabelle 49: Dauer des Supervisionsprozesses

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | bis 6 Monate | 73 | 16,2 | 39,2 | 39,2 |
| | bis 12 Monate | 7 | 1,6 | 3,8 | 43,0 |
| | bis 18 Monate | 17 | 3,8 | 9,1 | 52,2 |
| | bis 24 Monate | 89 | 19,7 | 47,8 | 100,0 |
| | Total | 186 | 41,2 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 265 | 58,8 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Bei 39,2 % dauerte der Supervisionsprozess zum Zeitpunkt der zweiten Befragung bereits seit sechs Monaten. 3,8 % der ProbandenInnen gaben eine Dauer von sieben bis 12 Monaten an. Bei 9,1 % dauerte der Supervisionsprozess 13 – 18 Monate. Über 18 bis 24 Monate dauerte der Supervisionsprozess bei 47,8 % der ProbandenInnen an.

Tabelle 50: Initiative zur Supervision

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|--------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Anordnung der Leitung | 92 | 20,4 | 47,4 | 47,4 |
| | eigenes Interesse | 45 | 10,0 | 23,2 | 70,6 |
| | Wunsch der KollegenInnen | 35 | 7,8 | 18,0 | 88,7 |
| | Ausbildungsrahmen | 22 | 4,9 | 11,3 | 100,0 |
| | Total | 194 | 43,0 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 257 | 57,0 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Mit 47,4 % gab der weit überwiegende Anteil der ProbandenInnen an, dass die Supervision hauptsächlich auf Anordnung der Leitung zustande gekommen sei. Am zweithäufigsten wurde mit 23,2 % eigenes Interesse genannt. Der Wunsch der KollegenInnen (18,0 %) bzw. der Ausbildungsrahmen (11,3 %) spielte dagegen eine geringere Rolle.

Angaben zur Supervisionsform machten 200 der 205 SupervisionsteilnehmerInnen.

Tabelle 51: Supervisionsform

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|----------------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Einzel-supervision | 1 | ,2 | ,5 | ,5 |
| | Gruppensupervision | 46 | 10,2 | 23,0 | 23,5 |
| | Teamsupervision ohne Vorgesetzte | 45 | 10,0 | 22,5 | 46,0 |
| | Teamsupervision mit Vorgesetzten | 105 | 23,3 | 52,5 | 98,5 |
| | Sonstiges | 3 | ,7 | 1,5 | 100,0 |
| | Total | 200 | 44,3 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 251 | 55,7 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Aus der Tabelle wird deutlich, dass Teamsupervisionsformen mit zusammen 75,0 % deutlich überwiegen. Teamsupervision mit Vorgesetzten ist mit 52,5 % doppelt so häufig vertreten wie Teamsupervision ohne Vorgesetzte (22,5 %). Gruppensupervision ist mit 23,0 % vertreten, Einzelsupervision (0,5 %) und sonstige Formen (1,5 %) sind dagegen nur marginal vertreten.

Tabelle 52: Auswahl SupervisorIn

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|-----------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Vorgesetzte/r | 65 | 14,4 | 33,0 | 33,0 |
| | selbst | 11 | 2,4 | 5,6 | 38,6 |
| | Team | 107 | 23,7 | 54,3 | 92,9 |
| | Vorgabe Ausbildungsinstitut | 14 | 3,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Total | 197 | 43,7 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 254 | 56,3 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die Auswahl des/der SupervisorsIn erfolgte überwiegend durch das Team (54,3 %) bzw. durch Vorgesetzte (33,0 %). Vorgaben durch ein Ausbildungsinstitut (7,1 %) oder die eigene Auswahl (5,6 %) spielten eher eine untergeordnete Rolle.

Mit sehr wenigen Ausnahmen handelte es sich um externe Supervision (93,9 %), lediglich 6,1 % gaben an, an einer internen Supervision teilzunehmen.

Tabelle 53: Grundberuf SupervisorIn

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---------------------------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Arzt/Ärztin | 60 | 13,3 | 34,5 | 34,5 |
| | PsychologIn | 67 | 14,9 | 38,5 | 73,0 |
| | SozialpädagogIn/PädagogIn | 28 | 6,2 | 16,1 | 89,1 |
| | Pflegeberufe | 15 | 3,3 | 8,6 | 97,7 |
| | Sonstige | 4 | ,9 | 2,3 | 100,0 |
| | Total | 174 | 38,6 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 277 | 61,4 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die SupervisorInnen waren von ihrem Grundberuf her überwiegend PsychologInnen (38,5 %) und ÄrztInnen (34,5 %). Als weitere Berufsgruppen wurden SozialpädagogInnen/PädagogInnen (16,1 %), Angehörige von Pflegeberufen (8,6 %) und sonstige Berufe (2,3 %) genannt..

Auf einer 5-Stufigen Skala sollten die ProbandenInnen schließlich das Zutreffen verschiedener Eigenschaften auf ihre/n SupervisorIn einschätzen:

Tabelle 54: SupervisorenInneneigenschaften

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|--------------------------|-----------|----------------|----------------|-------------------|------------------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Fachkenntnisse | 199 | 1,00 | 5,00 | 4,2312 | ,8020 |
| Feldkenntnis | 200 | 1,00 | 5,00 | 3,9750 | ,9586 |
| Einfühlungsvermögen | 199 | 2,00 | 5,00 | 4,0804 | ,8608 |
| Sympathie | 199 | 1,00 | 5,00 | 3,9799 | 1,0098 |
| Bekanntheit | 199 | 1,00 | 5,00 | 1,7839 | 1,4490 |
| Präzision | 202 | 1,00 | 5,00 | 4,1089 | ,8855 |
| Geschlechtszugehörigkeit | 202 | 1,00 | 5,00 | 1,8267 | 1,1394 |
| Pädagogisches Geschick | 202 | 2,00 | 5,00 | 4,0297 | ,8973 |
| Theoretische Nähe | 197 | 1,00 | 5,00 | 2,9949 | 1,2058 |
| Gültige N (list-wise) | 192 | | | | |

Aus der Übersicht geht hervor, dass Fachkenntnis, sprachliche Präzision, Einfühlungsvermögen und pädagogisches Geschick mit Mittelwerten über 4,0 am höchsten bewertet wurden. Sympathie und Feldkenntnis wurden mit Mittelwerten über 3,0 bewertet. Theoretische Nähe, Geschlechtszugehörigkeit und Bekanntheit wurden dagegen mit Mittelwerten unter 3,0 schlechter bewertet, wobei Bekanntheit und Geschlechtszugehörigkeit die niedrigsten Werte erreichten.

Ebenfalls auf einer 5-stufigen Skala sollte die Bedeutung verschiedener Themenbereiche in der Supervision bewertet werden:

Tabelle 55: Supervisionsthemen

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|----------------------------------|-----------|----------------|----------------|-------------------|------------------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Arbeit mit KlientenInnen | 199 | 1,00 | 5,00 | 4,1357 | 1,1086 |
| Zusammenarbeit/Konflikte Team | 201 | 1,00 | 5,00 | 3,4080 | 1,3239 |
| Zusammenarbeit/Konflikte Leitung | 195 | 1,00 | 5,00 | 2,7026 | 1,3253 |
| Konzeption-sentwicklung | 191 | 1,00 | 5,00 | 2,4450 | 1,2078 |
| Berufspolitik | 194 | 1,00 | 5,00 | 2,1134 | 1,0809 |
| Theorie | 196 | 1,00 | 5,00 | 3,3112 | 1,1767 |
| Gültige N (list-wise) | 188 | | | | |

Wie aus Tabelle 55 hervorgeht wurde der Themenbereich Arbeit mit KlientenInnen/PatientenInnen deutlich am höchsten bewertet. Teamkonflikte folgen mit einem Mittelwert von 3,4 an zweiter Stelle. Ebenfalls noch über dem Skalenmittelwert liegt der Themenbereich Theoretische Aufarbeitung. Deutlich geringer bewertet wurden die Themenbereiche Konflikte/Zusammenarbeit mit Leitung (2,70), Konzeptionsentwicklung (2,44) und Berufspolitik (2,11).

Tabelle 56: Supervisionszufriedenheit, Verbesserung der Arbeitssituation

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Supervisionszufriedenheit | 202 | 1,00 | 5,00 | 3,8960 | 1,1081 |
| Verbesserung der Arbeitssituation | 202 | 1,00 | 5,00 | 3,4752 | 1,2265 |
| Gültige N (list-wise) | 202 | | | | |

Sowohl die Supervisionszufriedenheit als auch Verbesserungen der Arbeitssituation durch Supervision wurden mit einem Mittelwert über dem Skalenmittelwert bewertet, wobei die Supervisionszufriedenheit den höheren Wert erreichte.

Eine wichtige Rolle in Zusammenhang mit Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen könnten Fortbildungsaktivitäten spielen. Daher wurden die ProbandenInnen nach Umfang und Art zwischenzeitlicher Fortbildungsaktivitäten gefragt.

Tabelle 57: Teilnahme an Fortbildungen

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|--------|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | ja | 171 | 37,9 | 72,8 | 72,8 |
| | nein | 64 | 14,2 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 235 | 52,1 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 216 | 47,9 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Die überwiegende Mehrzahl hat zwischenzeitlich an Fortbildungen teilgenommen. 150 Personen haben darüber hinaus Angaben zum stundenmäßigen Umfang der Fortbildungen gemacht:

Tabelle 58: Fortbildungsstunden

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std. Abweichung |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik |
| Fortbildungsstunden | 150 | 1,00 | 720,00 | 65,9133 | 98,8701 |

Diese haben durchschnittlich 65,91 Stunden Fortbildung zwischen den Messzeitpunkten absolviert, allerdings bei einer sehr großen Bandbreite.

Insgesamt 67 ProbandenInnen nahmen an längeren Fortbildungen teil. Die Fortbildungsziele dieser Fortbildungen waren recht heterogen, was sich nicht zuletzt an dem großen Bereich der „sonstigen Fortbildungen“ zeigt:

Tabelle 59: Fortbildungsziel

| | | Anzahl | Prozent | Gültige Prozent | Kumulierte Prozent |
|---------|---|--------|---------|-----------------|--------------------|
| Gültig | Psychotherapie-/Facharztzubereitung | 16 | 3,5 | 23,9 | 23,9 |
| | Pflegebezogene Fortbildung | 10 | 2,2 | 14,9 | 38,8 |
| | Krankheits-/Patientenbezogene Fortbildung | 12 | 2,7 | 17,9 | 56,7 |
| | Beratungs-/Supervisionsfortbildung | 4 | ,9 | 6,0 | 62,7 |
| | Anti-Aggressionstraining | 12 | 2,7 | 17,9 | 80,6 |
| | sonstige Fortbildungen | 13 | 2,9 | 19,4 | 100,0 |
| | Total | 67 | 14,9 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 384 | 85,1 | | |
| Total | | 451 | 100,0 | | |

Anmerkung: Anti-Aggressionstraining wurde von den ProbandenInnen durchgängig als Aggressionstraining bezeichnet. Die Bezeichnung wurde in der Tabelle verändert.

Den größten Anteil nahmen psychotherapeutische Fortbildungen ein (23,9 %). Krankheits- und patientenbezogene Fortbildungen (17,9 %) sowie Aggressionstrainings (17,9 %) wurden am zweithäufigsten benannt. An pflegebezogene Fortbildungen nahmen 14,9 % teil. Beratungs- und Supervisionsfortbildungen spielten mit 6,0 % dagegen eher eine geringere Rolle.

2. Vergleich der Einrichtungen

An der zweiten Befragung nahmen MitarbeiterInnen von 15 der 17 Kliniken teil. In neun Kliniken haben alle MitarbeiterInnen, die an der Befragung teilgenommen haben, in der Zwischenzeit an Supervision teilgenommen. Zwischen 9,1 % und 42,3 % der TeilnehmerInnen der übrigen 6 Kliniken haben in der Zwischenzeit nicht an Supervision teilgenommen. Klinik 4 hatte relativ am meisten Nicht-TeilnehmerInnen ($\chi^2 = 33,287$, $p = 0,003$)

Die durchschnittliche Anzahl von Supervisionssitzungen zwischen den Erhebungszeitpunkten schwankte je nach Einrichtung zwischen 2,58 und 20 Sitzungen. ($f = 4,137$, $p < 0,001$).

Die Sitzungsdauer einer Supervisionssitzung war in den einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich ($\chi^2 = 258,043$, $p < 0,001$). In den meisten Kliniken betrug sie überwiegend 90 Minuten. In den Kliniken 1 – 3 gaben aber 68,8 % - 100 % der Befragten eine Sitzungsdauer von über 120 Minuten und an.

Bei der Sitzungsfrequenz überwogen insgesamt monatliche Intervalle, wobei in den Kliniken 1, 3, 4, 9, 11 und 15 jeweils mehr als 50 % der Befragten längere Intervalle angaben. Kürzere Intervalle wurden in den Kliniken 7, 8, 12 und 16 von 50 % und mehr der Befragten angegeben. ($\chi^2 = 191,714$, $p < 0,001$)

Auch die bisherige Dauer des Supervisionsprozesses wurde je nach Klinik von den Befragten unterschiedlich angegeben. Überwiegend gaben jeweils die meisten Befragten die bisherige Dauer mit bis zu 18 Monate bzw. bis zu 24 Monaten an. Der Anteil der Befragten, die kürzere Prozesse abgaben, lag lediglich in den Kliniken 5, 13 und 15 jeweils über 50 % ($\chi^2 = 66,850$, $p = 0,009$).

In den Kliniken 3, 6, 7, 11, 13, 15 und 17 gaben zwischen 50 % und 83 % an, dass Supervision auf Anordnung der Leitung zustande gekommen sei. In den anderen Kliniken war das Verhältnis

umgekehrt. Eine gewisse Sonderstellung nimmt die Einrichtung 2 ein, in der Supervision überwiegend im Ausbildungsrahmen stattgefunden hat. ($\chi^2 = 168,972$, $p < 0,001$)

Der Anteil Befragten, die an Gruppensupervision teilgenommen haben, überwog in den Kliniken 1, 2 und 8. In allen anderen Kliniken überwogen mehr oder weniger deutlich die Teamsupervisionsformen. ($\chi^2 = 174,441$, $p < 0,001$).

In den Kliniken 1, 6, 7, 8 und 15 gab die Mehrzahl der Befragten an, dass der/die SupervisorIn durch Vorgesetzte ausgewählt wurde. In Klinik 2 gab die Mehrzahl an, dass Vorgaben eines Ausbildungsinstituts zu erfüllen waren. In allen anderen Kliniken gab die Mehrzahl der Befragten an, dass sie selbst bzw. das Team die Auswahl getroffen habe ($\chi^2 = 118,844$, $p < 0,001$).

Keine Unterschiede ergaben sich zwischen den Kliniken hinsichtlich der organisatorischen Einbindung des/der SupervisorsIn. Ein nennenswerte Anteil von interner Supervision wurde allenfalls in Klinik 17 (16,9 %) angegeben.

Als Grundberuf des/der SupervisorsIn wurde in den Kliniken 3, 5, 8, 13 und 16 mit jeweils 50 % und mehr der Arzt/Ärztinnenberuf angegeben. PsychologenInnen als Grundberuf wurde mit 50 % und mehr in den Kliniken 4, 6, 7, 9, 12 und 16 angegeben. In den Kliniken 11 und 15 wurden vor allem SozialpädagogenInnen angegeben. Pflegeberufe waren mit einem hohen Anteil (46,7 %) nur in Einrichtung 2 vertreten. ($\chi^2 = 215,118$, $p < 0,001$)

Tabelle 60: ANOVA Kliniken und SupervisorenInneneigenschaften

| | Kliniknummern | Anzahl | Mittelwert Min - max | F | Sig. |
|--------------------------|---------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Fachkenntnisse | 12 | 11 | 3,545 | 2,356 | 0,005 |
| | 11 | 5 | 4,800 | | |
| | Total | 199 | 4,231 | | |
| Feldkenntnis | 12 | 11 | 3,090 | 3,111 | 0,000 |
| | 13 | 19 | 4,526 | | |
| | Total | 200 | 3,975 | | |
| Einfühlungsvermögen | 12 | 11 | 3,545 | 1,595 | 0,084 |
| | 11 | 5 | 5,000 | | |
| | Total | 199 | 4,080 | | |
| Sympathie | 8 | 1 | 3,000 | 1,152 | 0,316 |
| | 11 | 5 | 4,600 | | |
| | Total | 199 | 3,979 | | |
| Bekanntheit | 5 | 7 | 1,000 | 2,296 | 0,006 |
| | 1 | 8 | 3,125 | | |
| | Total | 199 | 1,783 | | |
| Präzision | 12 | 12 | 3,333 | 2,578 | 0,002 |
| | 5 | 7 | 4,714 | | |
| | Total | 202 | 4,108 | | |
| Geschlechtszugehörigkeit | 1 | 8 | 1,125 | 2,381 | 0,005 |
| | 3 | 6 | 3,333 | | |
| | Total | 202 | 1,826 | | |
| Pädagogisches Geschick | 8 | 1 | 3,000 | 2,106 | 0,013 |
| | 13 | 19 | 4,526 | | |
| | Total | 202 | 4,029 | | |
| Theoretische Nähe | 8 | 1 | 2,000 | 1,445 | 0,137 |
| | 7 | 6 | 3,833 | | |
| | Total | 197 | 2,994 | | |

Signifikante Unterschiede bei der Bewertung der SupervisorenInneneigenschaften zeigten sich hinsichtlich der Eigenschaften Fachkenntnisse ($f = 2,356$, $p = 0,005$), Feldkenntnisse ($f = 3,111$, $p < 0,001$), Bekanntheit ($f = 2,296$, $p = 0,006$), Präzision ($f = 2,578$, $p = 0,002$), Geschlechtszu-

gehörigkeit ($f = 2,381$, $p = 0,005$) und Pädagogisches Geschick ($f = 2,106$, $p = 0,013$). Auffällig ist, dass davon in der Klinik 12 Minimalwerte in den Bereichen Fachkenntnisse, Feldkenntnisse sowie Präzision erzielt wurden.

Tabelle 61: ANOVA Kliniken und Supervisionsthemen

| | Kliniknummern | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig |
|-------------------------------------|---------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Arbeit mit KlientenInnen | 2 | 16 | 2,5625 | 6,176 | 0,000 |
| | 8 | 1 | 5,000 | | |
| | Total | 199 | 4,135 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Team | 3 | 6 | 1,833 | 4,096 | 0,000 |
| | 1 | 8 | 4,875 | | |
| | Total | 201 | 3,407 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Leitung | 11 | 6 | 1,666 | 3,768 | 0,000 |
| | 1 | 7 | 4,142 | | |
| | Total | 195 | 2,702 | | |
| Konzeptionsentwicklung | 3 | 6 | 1,666 | 1,324 | 0,197 |
| | 4 | 15 | 3,133 | | |
| | Total | 191 | 2,445 | | |
| Berufspolitik | 7 | 6 | 1,666 | 0,414 | 0,969 |
| | 11 | 5 | 2,400 | | |
| | Total | 194 | 2,113 | | |
| Theorie | 7 | 6 | 2,333 | 1,666 | 0,066 |
| | 2 | 16 | 4,187 | | |
| | Total | 196 | 3,311 | | |

Bei der Bewertung der Supervisionsthemen ergaben sich signifikante klinikbezogene Unterschiede in den Bereichen Arbeit mit KlientenInnen ($f = 6,176$, $p < 0,001$), Zusammenarbeit/Konflikte Team ($f = 4,096$, $p < 0,001$) sowie Zusammenarbeit/Konflikte Leitung ($f = 3,768$, $p < 0,001$). In den letzteren Bereichen erzielte Klinik 1 jeweils die höchsten Werte.

Tabelle 62: ANOVA Kliniken und Supervisionszufriedenheit / Verbesserung der Arbeitssituation

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwerte min – max | F | Sig |
|--|--------------|--------|--------------------------|-------|-------|
| Supervisionszufriedenheit | 15 | 15 | 3,200 | 1,964 | 0,023 |
| | 1 | 8 | 4,625 | | |
| | Total | 202 | 3,896 | | |
| Verbesserung der Arbeitssi- tuation | 15 | 15 | 3,000 | 1,583 | 0,087 |
| | 11 | 6 | 4,666 | | |
| | Total | 202 | 3,475 | | |

Signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken zeigten sich hier nur im Bereich der Supervisionszufriedenheit, die bei den Befragten der Klinik 15 am geringsten und bei den Befragten der Klinik 1 am höchsten ausgeprägt war. ($f = 1,964$, $p = 0,023$)

Die Fortbildungsaktivitäten der Befragten zwischen den Befragungszeitpunkten unterschieden sich hinsichtlich der Art und der Menge zwischen den Kliniken.

Der Anteil derjenigen, die angaben, zwischen den Befragungen keine Fortbildung absolviert zu haben, lag in Klinik 4 und 9 deutlich über 50 %. In den Kliniken 2, 7, 8 und 10 haben dagegen alle Befragten in der Zwischenzeit an Fortbildungen teilgenommen. ($\chi^2 = 43,704$, $p < 0,001$). Signifikante Unterschiede ergaben sich auch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Fortbildungsstunden. Die Bandbreite lag hier zwischen 14,8 (Klinik 15) und 187,6 (Klinik 2) ($f =$

3,991, $p < 0,001$). Bei den benannten Zielen längerfristiger Fortbildungen waren nur in Klinik 17 alle Fortbildungsziele vertreten. Aufgrund der geringen Zahlen in den übrigen Kliniken sind weitergehende Aussagen problematisch.

3. Vergleich der Teilnahmegruppen

Bezüglich der Supervisionsvariablen können die Teilnahmegruppen 2 (Teilnahme an beiden Erhebungszeitpunkten) und 3 (Teilnahme an Erhebungszeitpunkt 2) miteinander verglichen werden.

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich hinsichtlich der Teilnahme an Supervision, der Anteil derjenigen, die nicht an Supervision teilgenommen haben, unterschied sich nicht signifikant voneinander. Auch bei der Anzahl der Sitzungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Hinsichtlich der Sitzungsdauer zeigten sich zwischen beiden Gruppen Unterschiede dahingehend, dass in Gruppe 2 der Anteil derjenigen, die eine Sitzungsdauer von über 120 Minuten angaben, höher war. Umgekehrt war der Anteil derer, die eine Sitzungsdauer von 60 Minuten angaben, in Gruppe 3 größer. ($\chi^2 = 16,031$, $p = 0,001$)

Ebenfalls signifikante Unterschiede zeigten sich bei der Sitzungsfrequenz. In Gruppe 3 war der Anteil derjenigen, die eine 14-tägige Frequenz angaben, deutlich höher. ($\chi^2 = 11,577$, $p = 0,021$) Keine Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Gesamtdauer des Supervisionsprozesses zwischen den beiden Gruppen.

Der Anteil derjenigen, die angaben, dass die Supervision auf Anordnung der Leitung zustande gekommen sei, war in Gruppe 3 höher. In Gruppe 2 war dagegen der Anteil derjenigen, die die Initiative bei den KollegenInnen bzw. die Vorgabe eines Ausbildungsinstituts als maßgeblich sahen, größer. ($\chi^2 = 10,096$, $p = 0,018$)

Der Anteil derjenigen, die an Gruppensupervision bzw. Teamsupervision ohne Vorgesetzte teilgenommen haben ist in Gruppe 2 höher als in Gruppe 3. Dort war der Anteil derjenigen, die an Teamsupervision mit Vorgesetzten teilgenommen haben, deutlich höher. ($\chi^2 = 21,815$, $p < 0,001$)

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich bei der Auswahl des/der SupervisorsIn. Dagegen war der Anteil derjenigen, die angaben, an interner Supervision teilzunehmen, in Gruppe 3 höher als in Gruppe 2. ($\chi^2 = 12,867$, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Grundberufe der SupervisorsInnen ergaben sich keine Unterschiede.

Tabelle 63: ANOVA Teilnahmegruppen und SupervisorenInneneigenschaften

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sig. |
|--------------------------|--------|--------|------------|-------|-------|
| Fachkenntnisse | 2 | 126 | 4,261 | 0,504 | 0,479 |
| | 3 | 73 | 4,178 | | |
| | Total | 199 | 4,231 | | |
| Feldkenntnis | 2 | 127 | 4,000 | 0,236 | 0,628 |
| | 3 | 73 | 3,931 | | |
| | Total | 200 | 3,975 | | |
| Einfühlungsvermögen | 2 | 126 | 4,111 | 0,436 | 0,510 |
| | 3 | 73 | 4,027 | | |
| | Total | 199 | 4,080 | | |
| Sympathie | 2 | 126 | 4,079 | 3,372 | 0,068 |
| | 3 | 73 | 3,808 | | |
| | Total | 199 | 3,979 | | |
| Bekanntheit | 2 | 126 | 1,777 | 0,006 | 0,938 |
| | 3 | 73 | 1,794 | | |
| | Total | 199 | 1,783 | | |
| Präzision | 2 | 130 | 4,215 | 5,388 | 0,021 |
| | 3 | 72 | 3,916 | | |
| | Total | 202 | 4,108 | | |
| Geschlechtszugehörigkeit | 2 | 130 | 1,853 | 0,206 | 0,651 |
| | 3 | 72 | 1,777 | | |
| | Total | 202 | 1,826 | | |
| Pädagogisches Geschick | 2 | 130 | 4,107 | 2,780 | 0,097 |
| | 3 | 72 | 3,888 | | |
| | Total | 202 | 4,029 | | |
| Theoretische Nähe | 2 | 127 | 2,952 | 0,136 | 0,510 |
| | 3 | 70 | 3,071 | | |
| | Total | 197 | 2,994 | | |

Signifikante Unterschiede bei der Bewertung der SupervisorenInneneigenschaften ergaben sich zwischen den Gruppen lediglich bei der Einschätzung der Präzision, die in Gruppe 2 höher war als in Gruppe 3. ($f = 5,388$, $p = 0,021$)

Tabelle 64: ANOVA Teilnahmegruppen und Supervisionsthemen

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sig. |
|----------------------------------|--------|--------|------------|-------|-------|
| Arbeit mit KlientInnen | 2 | 129 | 4,131 | 0,005 | 0,947 |
| | 3 | 70 | 4,142 | | |
| | Total | 199 | 4,135 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Team | 2 | 130 | 3,361 | 0,451 | 0,503 |
| | 3 | 71 | 3,492 | | |
| | Total | 201 | 3,407 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Leitung | 2 | 126 | 2,714 | 0,028 | 0,868 |
| | 3 | 69 | 2,681 | | |
| | Total | 195 | 2,702 | | |
| Konzeptionsentwicklung | 2 | 125 | 2,440 | 0,006 | 0,937 |
| | 3 | 66 | 2,454 | | |
| | Total | 191 | 2,445 | | |
| Berufspolitik | 2 | 127 | 2,165 | 0,849 | 0,358 |
| | 3 | 67 | 2,014 | | |
| | Total | 194 | 2,113 | | |
| Theorie | 2 | 127 | 3,330 | 0,098 | 0,754 |
| | 3 | 69 | 3,275 | | |
| | Total | 196 | 3,311 | | |

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich zwischen den Gruppen hinsichtlich der Einschätzung der Supervisionsthemen.

Tabelle 65: ANOVA Teilnahmegruppen und Supervisionszufriedenheit / Verbesserung der Arbeitssituation

| | Gruppen | Anzahl | Mittelwert | F | Sig. |
|-----------------------------------|---------|--------|------------|-------|-------|
| Supervisionszufriedenheit | 2 | 130 | 4,038 | 6,180 | 0,014 |
| | 3 | 72 | 3,638 | | |
| | Total | 202 | 3,896 | | |
| Verbesserung der Arbeitssituation | 2 | 130 | 3,600 | 3,826 | 0,052 |
| | 3 | 72 | 3,250 | | |
| | Total | 202 | 3,475 | | |

Die Supervisionszufriedenheit war in der Teilnahmegruppe 2 höher als in der Gruppe 3 ($f = 6,180$, $p = 0,014$). Hinsichtlich der wahrgenommenen Verbesserung der Arbeitssituation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Hinsichtlich der Fortbildungsteilnahme ergaben sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Allerdings war die durchschnittliche Anzahl der Fortbildungsstunden in Gruppe 2 mit 81,7 Stunden fast doppelt so hoch als in Gruppe 3 (43,4 Stunden). ($f = 5,607$, $p = 0,019$)

Tabelle 66: Teilnahmegruppe und Fortbildungsziele

| | | TNUS | | Total | |
|------------------|---|------------|----------|--------|-------|
| | | Gruppe 2 | Gruppe 3 | | |
| Fortbildungsziel | Psychotherapie-/Facharzt Ausbildung | Anzahl | 15 | 1 | 16 |
| | | % von TNUS | 38,5% | 3,6% | 23,9% |
| | Pflegebezogene Fortbildung | Anzahl | 6 | 4 | 10 |
| | | % von TNUS | 15,4% | 14,3% | 14,9% |
| | Krankheits-/Patientenbezogene Fortbildung | Anzahl | 7 | 5 | 12 |
| | | % von TNUS | 17,9% | 17,9% | 17,9% |
| | Beratungs-/Supervisionsfortbildung | Anzahl | 4 | | 4 |
| | | % von TNUS | 10,3% | | 6,0% |
| | Anti-Aggressionstraining | Anzahl | 1 | 11 | 12 |
| | | % von TNUS | 2,6% | 39,3% | 17,9% |
| | sonstige Fortbildungen | Anzahl | 6 | 7 | 13 |
| | | % von TNUS | 15,4% | 25,0% | 19,4% |
| Total | Anzahl | 39 | 28 | 67 | |
| | % von TNUS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Abkürzungen: TNUS - Teilnahmegruppe

Hinsichtlich der Fortbildungsziele waren in Gruppe 2 deutlich mehr TeilnehmerInnen vertreten, die an einer Psychotherapie bzw. Facharztfortbildung oder an Beratungs- bzw. Supervisionsfortbildung teilgenommen haben. In Gruppe 3 waren dagegen deutlich häufiger Aggressionstraining und sonstige Fortbildungen vertreten.

4. Zusammenfassung

Der Vergleich der Kliniken hinsichtlich der Supervisionsmerkmale ergab sehr viele signifikante Unterschiede. Im einzelnen betreffen diese die SupervisionsteilnehmerInnen, die Sitzungsanzahl zwischen den Messzeitpunkten, die Frequenz, die Dauer einer Sitzung, die Supervisionsform, die Auswahl des/der SupervisorsIn sowie den Grundberuf. Darüber hinaus zeigten sich signifikante Unterschiede bei der Einschätzung aller SupervisorenInnenmerkmale außer beim Einfühlungs-

vermögen, der Sympathie und der Theoretischen Nähe. Hinsichtlich der Bedeutung der Supervisionsthemen zeigten sich Unterschiede bei der Arbeit mit KlientenInnen, der Zusammenarbeit und Konflikten im Team und mit den Vorgesetzten. Auch hinsichtlich der Merkmale Supervisionszufriedenheit und der zwischenzeitlichen Fortbildungsaktivitäten unterschieden sich die Kliniken.

Auch zwischen den Teilnahmegruppen 2 und 3 zeigten sich hinsichtlich einiger Supervisionsmerkmale Unterschiede. Die Sitzungsdauer war in Gruppe 2 länger, die Sitzungsfrequenz dagegen in Gruppe 3. In Gruppe 2 ging die Initiative mehr von Kollegen aus, dort spielte im Vergleich zu Gruppe 3 auch eher Teamsupervision mit Vorgesetzten eine Rolle. In Gruppe 3 war der Anteil von Teamsupervision ohne Vorgesetzte bzw. Gruppensupervision etwas höher. Auch spielte dort, wenn auch in geringem Umfang, Supervision für interne SupervisorenInnen eine Rolle. Hinsichtlich der SupervisorenInneneigenschaften und der Supervisionsthemen konnten kaum Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen festgestellt werden. Lediglich die Eigenschaft Präzision wurde in Gruppe 2 höher bewertet als in Gruppe 3. Die Supervisionszufriedenheit war ebenfalls in Gruppe 2 höher als in Gruppe 3. Die zwischenzeitliche Fortbildungsteilnahme war in Gruppe 2 stärker ausgeprägt als in Gruppe 3. Auch die Art der Fortbildungsaktivitäten unterschied sich: In Gruppe 2 wurden hauptsächlich psychotherapeutische Fortbildungen und Fortbildungen in Beratung und Supervision genannt. In Gruppe 3 spielte Aggressionstraining eine große Rolle.

7.1.4. Vergleich der Untersuchungsgruppen

Abschließend werden die drei Untersuchungsgruppen (Teamsupervision, Einzel- und Gruppensupervision, keine Supervision) hinsichtlich der Personenmerkmale, der Merkmale der Arbeitssituation sowie hinsichtlich der Supervisionsmerkmale miteinander verglichen.

Hinsichtlich der Personenmerkmale Geschlecht, Alter, Beruf, Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Alleinerziehende sowie Schul- und Berufsabschluss fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen.

Bei den Merkmalen der Arbeitssituation fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Merkmale Dauer der Mitarbeit, Arbeitszeit und Überstunden, Teamgröße und Position.

Signifikante Unterschiede zeigten sich dagegen bei den Arbeitsbereichen:

Tabelle 67: Untersuchungsgruppen und Arbeitsbereiche

| Einrichtungsart | | Anzahl | Gruppe | | | Total |
|-------------------------------|--------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------|-------|
| | | | Teamsupervision | Gruppensupervision | keine Supervision | |
| Allgemeine Psychiatrie | Anzahl | 53 | 19 | 12 | 84 | |
| | % von Gruppe | 57,0% | 55,9% | 75,0% | 58,7% | |
| Psychosomatik | Anzahl | 13 | 2 | | 15 | |
| | % von Gruppe | 14,0% | 5,9% | | 10,5% | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | Anzahl | 10 | 2 | 2 | 14 | |
| | % von Gruppe | 10,8% | 5,9% | 12,5% | 9,8% | |
| Geriatrie | Anzahl | 3 | 1 | | 4 | |
| | % von Gruppe | 3,2% | 2,9% | | 2,8% | |
| Sucht | Anzahl | 7 | 2 | 2 | 11 | |
| | % von Gruppe | 7,5% | 5,9% | 12,5% | 7,7% | |
| Rehabilitation | Anzahl | 7 | 1 | | 8 | |
| | % von Gruppe | 7,5% | 2,9% | | 5,6% | |
| Forensik | Anzahl | | 6 | | 6 | |
| | % von Gruppe | | 17,6% | | 4,2% | |
| Sonstiges | Anzahl | | 1 | | 1 | |
| | % von Gruppe | | 2,9% | | ,7% | |
| Total | Anzahl | 93 | 34 | 16 | 143 | |
| | % von Gruppe | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Aus der Kreuztabelle geht hervor, dass der Anteil derjenigen, die in der Allgemeinen Psychiatrie arbeiteten, bei der Nicht-Supervisionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen erhöht ist. Ebenfalls leicht erhöht gegenüber den anderen Gruppen ist der Anteil derjenigen, die im Suchtbereich arbeiteten. Nicht vertreten sind dort dagegen MitarbeiterInnen, die in der Psychosomatik, der Forensik und der Rehabilitation arbeiten. ($\chi^2 = 30,525$, $p = 0,006$)

Hinsichtlich der Merkmale der Supervision ergaben sich mehr Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen, hier insbesondere zwischen den beiden Supervisionsgruppen.

In der Teamsupervisionsgruppe war die durchschnittliche Anzahl der Supervisions-sitzungen zwischen beiden Messzeitpunkten mit 6,0833 Sitzungen geringer als in der Gruppensupervisionsgruppe (8,5294). ($f = 11,348$, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Dauer der Supervisions-sitzungen zeigten sich Unterschiede zwischen den Supervisionsgruppen: In der Gruppensupervisionsgruppe war der Anteil der ProbandenInnen, die eine Sitzungsdauer von über 120 min. angaben, mit 51,4 % deutlich größer als in der Teamsupervisionsgruppe. ($\chi^2 = 36,525$, $p < 0,001$)

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich hinsichtlich der Sitzungsfrequenz und der Dauer des Supervisionsprozesses.

Hinsichtlich der Initiative zur Supervision zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Supervisionsgruppen ($\chi^2 = 36,974$, $p < 0,001$): In der Teamsupervisionsgruppe spielte die Anordnung durch die Leitung eine größere Rolle als in der Gruppensupervisionsgruppe. Umgekehrt spielten Vorgaben des Ausbildungsinstituts bei den TeilnehmerInnen der Gruppensuper-

visionsgruppe eine größere Rolle, eigenes Interesse oder der Wunsch der KollegenInnen waren weniger bedeutsam:

Tabelle 68: Untersuchungsgruppen und Initiative zur Supervision

| | | | Gruppe | | Total |
|----------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|--------------------|--------|
| | | | Teamsupervision | Gruppensupervision | |
| Initiative zur Supervision | Anordnung der Leitung | Anzahl | 38 | 12 | 50 |
| | | % von Gruppe | 42,7% | 34,3% | 40,3% |
| | eigenes Interesse | Anzahl | 24 | 5 | 29 |
| | | % von Gruppe | 27,0% | 14,3% | 23,4% |
| | Wunsch der KollegenInnen | Anzahl | 24 | 2 | 26 |
| | | % von Gruppe | 27,0% | 5,7% | 21,0% |
| | Ausbildungsrahmen | Anzahl | 3 | 16 | 19 |
| | | % von Gruppe | 3,4% | 45,7% | 15,3% |
| Total | | Anzahl | 89 | 35 | 124 |
| | | % von Gruppe | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Auch hinsichtlich der Auswahl des/der SupervisorsIn zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen:

Tabelle 69: Untersuchungsgruppen und Auswahl des / der SupervisorsIn

| | | | Gruppe | | Total |
|----------------------|-----------------------------|--------------|-----------------|--------------------|--------|
| | | | Teamsupervision | Gruppensupervision | |
| Auswahl SupervisorIn | Vorgesetzte/r | Anzahl | 20 | 16 | 36 |
| | | % von Gruppe | 22,2% | 43,2% | 28,3% |
| | selbst | Anzahl | 5 | 3 | 8 |
| | | % von Gruppe | 5,6% | 8,1% | 6,3% |
| | Team | Anzahl | 63 | 10 | 73 |
| | | % von Gruppe | 70,0% | 27,0% | 57,5% |
| | Vorgabe Ausbildungsinstitut | Anzahl | 2 | 8 | 10 |
| | | % von Gruppe | 2,2% | 21,6% | 7,9% |
| Total | | Anzahl | 90 | 37 | 127 |
| | | % von Gruppe | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

In der Gruppensupervisionsgruppe war der Anteil derjenigen, die angaben, dass der Vorgesetzte den/die SupervisorIn auswählte, deutlich höher, als in der Teamsupervisionsgruppe. Ähnliches gilt für die Vorgaben des Ausbildungsinstituts. In der Teamsupervisionsgruppe war dagegen der Anteil derjenigen, die angaben, dass das Team den/die SupervisorIn auswählte, deutlich größer als in der Gruppensupervisionsgruppe. ($\chi^2 = 23,315$, $p = 0,001$)

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Stellung des/der SupervisorsIn zur Organisation zwischen den Untersuchungsgruppen.

Tabelle 70: Untersuchungsgruppen und Grundberuf des / der SupervisorsIn

| | | | Gruppe | | Total |
|-------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------|--------------------|--------|
| | | | Teamsupervision | Gruppensupervision | |
| Grundberuf SupervisorIn | Arzt/Ärztin | Anzahl | 29 | 18 | 47 |
| | | % von Gruppe | 33,7% | 52,9% | 39,2% |
| | PsychologeIn | Anzahl | 36 | 6 | 42 |
| | | % von Gruppe | 41,9% | 17,6% | 35,0% |
| | SozialpädagogeIn/PädagogeIn | Anzahl | 18 | 1 | 19 |
| | | % von Gruppe | 20,9% | 2,9% | 15,8% |
| | Pflegerberufe | Anzahl | 1 | 7 | 8 |
| | | % von Gruppe | 1,2% | 20,6% | 6,7% |
| | Sonstige | Anzahl | 2 | 2 | 4 |
| | | % von Gruppe | 2,3% | 5,9% | 3,3% |
| Total | | Anzahl | 86 | 34 | 120 |
| | | % von Gruppe | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Grundberufs des/der SupervisorsIn. Der Anteil der ÄrzteInnen und der Pflegeberufe war in der Gruppensupervisionsgruppe deutlich höher als in der Teamsupervisionsgruppe. Umgekehrt war der Anteil der PsychologInnen und SozialpädagogenInnen in der Teamsupervisionsgruppe deutlich höher als in der Gruppensupervisionsgruppe. ($\chi^2 = 26,077$, $p < 0,001$)

Hinsichtlich der SupervisorenInnen-Eigenschaften zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bei der Einschätzung der Supervisionsthemen zeigten sich dagegen Unterschiede zwischen den Supervisionsgruppen hinsichtlich der Themen Arbeit mit KlientInnen, Zusammenarbeit/Konflikte mit Team und Leitung sowie Theorie:

Tabelle 71: ANOVA Untersuchungsgruppen und Supervisionsthemen

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|----------------------------------|--------------------|--------|------------|--------|-------|
| Arbeit mit KlientenInnen | Teamsupervision | 92 | 4,435 | 12,946 | 0,000 |
| | Gruppensupervision | 37 | 3,378 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 129 | 4,132 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Team | Teamsupervision | 93 | 3,161 | 3,733 | 0,027 |
| | Gruppensupervision | 37 | 3,865 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 130 | 3,362 | | |
| Zusammenarbeit/Konflikte Leitung | Teamsupervision | 90 | 2,522 | 3,277 | 0,041 |
| | Gruppensupervision | 36 | 3,194 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 126 | 2,714 | | |
| Konzeptionsentwicklung | Teamsupervision | 89 | 2,539 | 1,109 | 0,333 |
| | Gruppensupervision | 36 | 2,194 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 125 | 2,440 | | |
| Berufspolitik | Teamsupervision | 91 | 2,165 | 0,000 | 1,000 |
| | Gruppensupervision | 36 | 2,167 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 127 | 2,165 | | |
| Theorie | Teamsupervision | 91 | 3,132 | 4,757 | 0,010 |
| | Gruppensupervision | 36 | 3,833 | | |
| | keine Supervision | 0 | , | | |
| | Total | 127 | 3,331 | | |

In der Teamsupervisionsgruppe wurde das Thema Arbeit mit KlientenInnen als für die Supervision bedeutungsvoller eingeschätzt als in der Gruppensupervisionsgruppe ($f = 12,946$, $p < 0,001$). Die Bearbeitung der Themen Zusammenarbeit/Konflikte im Team ($f = 3,733$, $p = 0,027$) und mit der Leitung ($f = 3,277$, $p = 0,041$) sowie die theoretische Aufarbeitung von Problemen ($f = 4,757$, $p = 0,010$) wurde dagegen in der Gruppensupervisionsgruppe als bedeutungsvoller für die Supervision eingeschätzt. Diese Gewichtung überrascht, da hinsichtlich der Bereiche Arbeit mit KlientenInnen und der Themen Zusammenarbeit/Konflikte mit Team und Leitung ein umgekehrtes Ergebnis erwartet wurde.

In der Einschätzung der Supervisionszufriedenheit und der Verbesserung der Arbeitssituation durch Supervision zeigten sich zwischen den Supervisionsgruppen keine signifikanten Unterschiede.

Signifikante Unterschiede zeigten sich schließlich zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Fortbildungsaktivitäten zwischen den Untersuchungszeitpunkten:

Tabelle 72: Untersuchungsgruppen und Fortbildung

| | | | Gruppe | | | Total |
|-------------|------|--------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------|
| | | | Teamsupervision | Gruppensupervision | keine Supervision | |
| Fortbildung | ja | Anzahl | 64 | 35 | 6 | 105 |
| | | % von Gruppe | 69,6% | 94,6% | 37,5% | 72,4% |
| | nein | Anzahl | 28 | 2 | 10 | 40 |
| | | % von Gruppe | 30,4% | 5,4% | 62,5% | 27,6% |
| Total | | Anzahl | 92 | 37 | 16 | 145 |
| | | % von Gruppe | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

In beiden Supervisionsgruppen war der Anteil der ProbandenInnen, die zwischenzeitlich an Fortbildungen teilgenommen haben, deutlich höher als in der Nicht-Supervisionsgruppe. ($\chi^2 = 19,250$, $p < 0,001$)

Auch hinsichtlich der durchschnittliche Anzahl der Fortbildungsstunden unterschieden sich die Gruppen signifikant. Sie war in der Gruppensupervisionsgruppe deutlich höher als in der Teamsupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe:

Tabelle 73: ANOVA Untersuchungsgruppen und Anzahl der Fortbildungsstunden

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|---------------------|--------------------|--------|------------|--------|-------|
| Fortbildungsstunden | Teamsupervision | 52 | 39,865 | 14,659 | 0,000 |
| | Gruppensupervision | 31 | 158,613 | | |
| | keine Supervision | 5 | 40,200 | | |
| | Total | 88 | 81,716 | | |

Hinsichtlich der Fortbildungsziele ergaben sich dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Personenmerkmale sowie fast aller Merkmale der Arbeitssituation nicht voneinander unterscheiden. Lediglich hinsichtlich der Arbeitsbereiche kann man feststellen, dass der Anteil der in der Allgemeinen Psychiatrie Beschäftigten in der Nichtsupervisionsgruppe gegenüber den Supervisionsgruppen erhöht ist.

Hinsichtlich der Supervisionsmerkmale unterschieden sich die Supervisionsgruppen an verschiedenen Stellen voneinander. Die Sitzungszahl zwischen den Messzeitpunkten war in der Teamsupervisionsgruppe höher, in der Gruppensupervisionsgruppe war dagegen die Sitzungsdauer länger. Die Supervisionsinitiative ging in der Teamsupervisionsgruppe eher von der Leitung, in der Gruppensupervisionsgruppe häufiger von einem Ausbildungsinstitut aus. In der Gruppensupervisionsgruppe hat eher der Vorgesetzte bzw. das Ausbildungsinstitut den/die SupervisorIn ausgewählt, in der Teamsupervisionsgruppe eher das Team. Der Grundberuf des/der SupervisorsIn war in der Gruppensupervisionsgruppe häufiger ein ärztlicher oder pflegerischer. In der Teamsupervisionsgruppe wurden häufiger PsychologenInnen bzw. SozialpädagogenInnen benannt. Bemerkenswert ist die unterschiedliche Einschätzung der Bedeutung der Supervisionsthemen in den Supervisionsgruppen: Die Arbeit mit KlientenInnen schätzten die TeamsupervisionsteilnehmerInnen als Supervisionsthema bedeutungsvoller eine als die GruppensupervisionsteilnehmerInnen. Die Themen Zusammenarbeit/Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten sowie die Theoretische Aufarbeitung von Problemen schätzten dagegen die Gruppensupervisionsteilnehmer als bedeutungsvoller ein. Ebenfalls bedeutungsvoll für die Untersuchung ist es, dass der Umfang der Fortbildungsaktivitäten zwischen den Messzeitpunkten bei den Supervisionsgruppen deutlich höher war als bei der Nicht-Supervisionsgruppe.

7.2. Gütekriterien und Skalenwerte

Im Folgenden werden die Gütekriterien der eingesetzten Skalen sowie die Skalenmittelwerte an den beiden Messzeitpunkten dargestellt. Folgende Skalen waren Bestandteil der Fragebögen:

- Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse
- Beschwerdenliste
- Ressourcenskalen

Neben diesen Skalen wurden Einzelitems zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit, Belastetheit, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und dem Allgemeinen Gesundheitszustandes eingesetzt, deren Mittelwerte ebenfalls hier dargestellt werden.

Die Skalenmittelwerte werden außerdem auf mögliche Unterschiede hinsichtlich der Teilnahmegruppen, Kliniken, Arbeitsbereiche, Berufsgruppen, des Alter und Geschlecht hin untersucht.

Abschließend werden in Kapitel 7.2.3. die Untersuchungsgruppen auf Unterschiede hinsichtlich der Skalenwerte hin untersucht.

7.2.1. Gütekriterien der Skalen

1. Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)

Kennwerte der Einzelitems

Die Itemkennwerte wurden anhand der Daten der ersten Befragung ermittelt:

Tabelle 74: Einzelitems KFZA

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Reihenfolge Arbeitsschritte | 349 | 1,00 | 5,00 | 3,5358 | ,8690 | -,348 | ,131 | ,250 | ,260 |
| Einfluss auf Arbeitsteilung | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,3618 | ,9755 | -,387 | ,130 | -,200 | ,260 |
| Planung der Arbeit | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,7493 | ,8847 | -,483 | ,130 | ,061 | ,260 |
| Neues Lernen | 352 | 1,00 | 5,00 | 3,9091 | ,8853 | -,738 | ,130 | ,463 | ,259 |
| Wissen einsetzen | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,9459 | ,9102 | -,693 | ,130 | ,203 | ,260 |
| Unterschiedliche Arbeitsbereiche | 350 | 1,00 | 5,00 | 3,3743 | ,9956 | -,332 | ,130 | -,345 | ,260 |
| Arbeitsergebnis | 350 | 1,00 | 5,00 | 3,5829 | ,9101 | -,225 | ,130 | -,632 | ,260 |
| Arbeitsprodukt | 349 | 1,00 | 5,00 | 2,8510 | 1,2250 | ,042 | ,131 | -,944 | ,260 |
| Zuverlässigkeit KollegenInnen | 349 | 1,00 | 5,00 | 4,1089 | ,8641 | -,803 | ,131 | ,306 | ,260 |
| Zuverlässigkeit Vorgesetzte | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,9402 | 1,0873 | -,927 | ,130 | ,108 | ,260 |
| Zusammenhalt in der Abteilung | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,8095 | ,9407 | -,487 | ,129 | -,335 | ,257 |
| Zusammenarbeit mit anderen | 357 | 1,00 | 5,00 | 4,1373 | ,8317 | -,792 | ,129 | ,279 | ,257 |
| Kommunikation mit Kollegen | 358 | 1,00 | 5,00 | 3,7933 | ,9299 | -,523 | ,129 | -,234 | ,257 |
| Rückmeldung Vorgesetzte und KollegenInnen | 359 | 1,00 | 5,00 | 3,1894 | ,9818 | ,022 | ,129 | -,746 | ,257 |

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|--|-----|---------|---------|------------|-----------|----------|------|----------|------|
| Kompliziertheit der Arbeit | 359 | 1,00 | 5,00 | 2,2033 | 1,0223 | ,783 | ,129 | ,172 | ,257 |
| Überforderung Konzentrationsfähigkeit | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,1261 | 1,1482 | ,748 | ,129 | -,461 | ,257 |
| Zeitdruck | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,1625 | 1,1999 | -,051 | ,129 | -,885 | ,257 |
| Quantitative Überforderung | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,7899 | 1,1057 | ,210 | ,129 | -,549 | ,257 |
| Fehlende Informationen/Materialien/Arbeitsmittel | 358 | 1,00 | 5,00 | 2,3492 | 1,0199 | ,422 | ,129 | -,497 | ,257 |
| Arbeitsunterbrechungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,4314 | 1,1087 | -,292 | ,129 | -,835 | ,257 |
| Umgebungsbedingungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,3838 | 1,2275 | ,527 | ,129 | -,794 | ,257 |
| Materielle Ausstattung | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,8571 | 1,3695 | ,167 | ,129 | -1,206 | ,257 |
| Information | 358 | 1,00 | 5,00 | 3,2989 | 1,0625 | -,225 | ,129 | -,408 | ,257 |
| Einflussmöglichkeiten auf Leitung | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,0732 | ,9773 | -,020 | ,129 | -,433 | ,258 |
| Weiterbildungsmöglichkeiten | 359 | 1,00 | 5,00 | 3,6351 | 1,0373 | -,538 | ,129 | -,231 | ,257 |
| Aufstiegschancen | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,5238 | 1,0534 | ,263 | ,129 | -,447 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 322 | | | | | | | | |

Die beobachteten Mittelwerte der Einzelitems schwanken zwischen 2,12 und 4,13. Die Verteilungsschiefe schwankt zwischen - 0,927 und + 0,783. Die Steilheit (Kurtosis) schwankte zwischen - 1,206 und + 0,463. Ein erster Überblick vermittelt den Eindruck, dass die Mittelwerte der Belastungsitems eher geringer ausgeprägt sind als die der Entlastungsitems. Bei den Belastungsitems konnte zudem eher eine Rechtsschiefe Verteilung festgestellt werden.

Eine statistische Überprüfung der Normalverteilungsannahme stößt bei großen Stichproben insofern auf Probleme, als der Kolmogorov-Smirnov-Test bei großen Stichproben auch bei minimalen Normalverteilungsabweichungen signifikante Ergebnisse liefert. Dies würde ggfs. zu einer unberechtigten Ablehnung der Normalverteilungsannahme führen. Das Zentrale Grenzwerttheorem besagt zudem, dass die Verteilung der Mittelwerte eines Merkmals in der Population bei $n > 30$ bereits hinreichend normal ist (BORTZ & DÖRING 2006, S.411). Hinsichtlich der Einzelitems kann man aufgrund der Stichprobengröße von $N = 322$ von einer Normalverteilung ausgehen. Auf eine ausführliche Überprüfung der Normalverteilungsannahme wurde daher verzichtet.

Reliabilität und Item-Trennschärfe

Tabelle 75: KFZA Reliabilität und Trennschärfe

| Skalen | Reliabilität | Item-Trennschärfe |
|---------------------------------|--------------|---------------------------|
| | $\alpha =$ | $r_{it,min} - r_{it,max}$ |
| KFZA Handlungsspielraum | 0,7635 | 0,5696 – 0,6141 |
| KFZA Vielseitigkeit | 0,6076 | 0,2998 – 0,5454 |
| KFZA Ganzheitlichkeit | 0,6270 | 0,4765 – 0,4765 |
| KFZA soziale Rückendeckung | 0,7482 | 0,5702 – 0,6177 |
| KFZA Zusammenarbeit | 0,6405 | 0,3726 – 0,5029 |
| KFZA qualitative Überforderung | 0,6006 | 0,4320 – 0,4320 |
| KFZA quantitative Überforderung | 0,8156 | 0,6910 – 0,6910 |
| KFZA Arbeitsunterbrechungen | 0,3992 | 0,2503 – 0,2503 |
| KFZA Umgebungsbedingungen | 0,6349 | 0,4683 – 0,4683 |
| KFZA Information Mitarbeiter | 0,7368 | 0,5853 – 0,5853 |
| KFZA Betriebliche Leistungen | 0,6520 | 0,4837 – 0,4837 |

Zur Bestimmung der Reliabilität wurde die innere Konsistenz mit dem Cronbach- α -Koeffizienten berechnet. Bei den KFZA-Skalen wurden Werte zwischen 0,3992 und 0,8156 ermittelt. Mit Ausnahme der Skala für Arbeitsunterbrechungen lagen die Koeffizienten alle im Bereich über 0,6 und können somit als ausreichend gelten.

Die Trennschärfe der einzelnen Items wurde als Korrelation mit des jeweiligen Einzelitems mit den Gesamtwerten der Skalen berechnet. Die errechneten Korrelationen lagen zwischen 0,2503 und 0,6910. Mit Ausnahme der Items der Skala Arbeitsunterbrechungen lagen die Werte durchgängig über einem Wert von 0,3 und können somit als zufriedenstellend bewertet werden. (BORTZ & DÖRING 2006)

Faktorenanalyse der Skalen

Tabelle 76: KFZA Komponentenmatrix (rotiert)

| | Komponente | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Handlungsspielraum | | | | | ,948 | | | | | | |
| Vielseitigkeit | | | | | | | | ,925 | | | |
| Ganzheitlichkeit | | | ,954 | | | | | | | | |
| Soziale Rückendeckung | | | | | | | | | ,912 | | |
| Zusammenarbeit | | | | | | | ,924 | | | | |
| Qualitative Anforderungen | | | | ,971 | | | | | | | |
| Quantitative Anforderungen | | | | | | ,950 | | | | | |
| Arbeitsunterbrechungen | | | | | | | | | | | ,920 |
| Umgebungsbedingungen | ,963 | | | | | | | | | | |
| Information Mitarbeiter | | | | | | | | | | ,916 | |
| Betriebliche Leistungen | | ,943 | | | | | | | | | |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Die Skalenwerte des KFZA wurden zur Absicherung der Validität einer konfirmatorischen Faktorenanalyse unterzogen. Der KMO-Wert lag bei 0,766 und ist damit als mittelgut zu bezeichnen. Der Bartlett-Test ergab ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 818,190$, $df = 55$, $p < 0,0001$), womit statistisch zufriedenstellende Voraussetzungen für die Faktorenanalyse gegeben sind. Die Faktorenextraktion wurde dabei auf einen der KFZA-Struktur entsprechenden Wert von 11 Faktoren festgelegt. Die Faktorenstruktur wurde abschließend mit der Varimax-Methode rotiert. Zur Faktoreninterpretation wurden nur Faktorenladungen mit mindestens 0,4 herangezogen.

Die rotierte Komponentenmatrix zeigt eine Faktorenstruktur, in der die einzelnen KFZA-Skalen deutlich abgebildet werden und jeweils auf einem Faktor hoch laden. Auf den anderen Faktoren werden dagegen Ladungswerte von unter 0,4 erreicht. Damit kann davon ausgegangen werden, dass der KFZA als valides Instrument eingesetzt werden kann.

Vergleich KFZA-Skalenwerte mit Referenzwerten

Tabelle 77: KFZA Referenzwertvergleich

| | Aktuelle Werte | Gesundheitsbereich NOLTING (2001) | Ambulante Psychiatrie EICHERT (2005) |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Handlungsspielraum | 3,54 ** / ** | 3,8 | 4,2 |
| Vielseitigkeit | 3,74 ⁻ / ₋ | 3,8 | 3,8 |
| Ganzheitlichkeit | 3,22 ** / ⁻ | 3,6 | 3,2 |
| Soziale Rückendeckung | 3,95 ** / ⁻ | 3,7 | 3,8 |
| Zusammenarbeit | 3,70 ** / ** | 3,4 | 3,3 |
| Qualitative Anforderungen | 2,16 ⁻ / _{**} | 2,1 | 2,0 |
| Quantitative Anforderungen | 2,97 ⁻ / ₋ | 3,0 | 2,9 |
| Unterbrechungen | 2,89 ** / ** | 2,4 | 2,4 |
| Umgebung | 2,62 ** / ** | 2,2 | 2,0 |
| Information | 3,18 ⁻ / ₋ | 3,3 | 3,2 |
| Fortbildung | 3,07 ** / ** | 2,4 | 2,4 |

Zur weiteren Absicherung der Validität wurden die Mittelwerte der KFZA-Skalen mit Referenzwerten aus anderen Untersuchungen verglichen. Dabei wurden die Werte aus den oben bereits dargestellten Untersuchungen zum Gesundheitsbereich von NOLTING (2001) und zur ambulanten Psychiatrie von EICHERT (2005) herangezogen. Als Hinweis auf die Validität des Instruments sollten Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den aktuellen Werten einerseits und den Referenzwerten andererseits gelten, wobei mehr Unterschiede zwischen dem Gesundheitsbereich allgemein und dem stationären psychiatrischen Bereich bestehen sollten als zwischen den beiden Psychiatriebereichen. Berechnet wurde die Signifikanz der Unterschiede mit dem T-Test für eine Stichprobe, wobei die Referenzwerte (Gesundheitsbereich allgemein, Ambulante Psychiatrie) jeweils als Testwerte eingesetzt wurden.

Signifikante Unterschiede zum Gesundheitsbereich allgemein fanden sich in allen Bereichen außer bei der Vielseitigkeit und den quantitativen Anforderungen. Schlechter eingeschätzt wurden der Handlungsspielraum, die Ganzheitlichkeit, qualitative Anforderungen sowie Belastungen durch Umgebungsbedingungen, Arbeitsunterbrechungen und Information. Besser eingeschätzt wurden dagegen die soziale Rückendeckung, die Zusammenarbeit und die Fortbildung.

Im Vergleich zu den Werten aus der ambulanten Psychiatrie ergaben sich schlechtere Einschätzungen beim Handlungsspielraum, bei den qualitativen Anforderungen, den Arbeitsunterbrechungen und den Umgebungsbedingungen. Positivere Einschätzungen ergaben sich bei der Zusammenarbeit und im Bereich Fortbildung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse erwartungsgemäß weniger signifikante Unterschiede zwischen den vorliegenden Werten aus der stationären Psychiatrie und der ambulanten Psychiatrie als zwischen den Werten aus der stationären Psychiatrie und dem Gesundheitsbereich allgemein. Dabei wird im stationären Bereich vor allem der Handlungsspielraum geringer und die Belastung durch Stressfaktoren höher eingeschätzt, gleichzeitig werden die Kooperation und die Fortbildungsmöglichkeiten besser eingeschätzt als im ambulanten Bereich. Die Werte für Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, soziale Rückendeckung, quantitative Anforderungen und Information weichen dagegen nicht von den Referenzwerten der ambulanten Psychiatrie ab.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Vergleichsergebnisse der KFZA-Werte aus den verschiedenen Bereichen die Validität des KFZA-Einsatzes in der vorliegenden Untersuchung bestätigen.

2. Beschwerdenliste

Kennwerte der Einzelitems

Tabelle 78: Einzelitems Beschwerdenliste

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Klossgefühl | 354 | ,00 | 2,00 | ,2006 | ,4724 | 2,345 | ,130 | 4,836 | ,259 |
| Kurzatmigkeit | 354 | ,00 | 3,00 | ,2881 | ,6036 | 2,259 | ,130 | 5,018 | ,259 |
| Schwächegefühl | 354 | ,00 | 3,00 | ,5028 | ,7346 | 1,392 | ,130 | 1,357 | ,259 |
| Schluckbeschwerden | 352 | ,00 | 2,00 | ,1165 | ,3629 | 3,255 | ,130 | 10,656 | ,259 |
| Bruststiche | 353 | ,00 | 3,00 | ,3598 | ,6770 | 1,791 | ,130 | 2,258 | ,259 |
| Druckgefühl | 353 | ,00 | 3,00 | ,5864 | ,7899 | 1,122 | ,130 | ,303 | ,259 |
| Mattigkeit | 351 | ,00 | 3,00 | 1,0228 | ,8448 | ,586 | ,130 | -,162 | ,260 |
| Übelkeit | 354 | ,00 | 3,00 | ,1893 | ,4829 | 2,880 | ,130 | 9,196 | ,259 |
| Sodbrennen | 354 | ,00 | 3,00 | ,3672 | ,7342 | 2,109 | ,130 | 3,832 | ,259 |
| Reizbarkeit | 354 | ,00 | 3,00 | ,9435 | ,7038 | ,275 | ,130 | -,345 | ,259 |
| Grübeleien | 353 | ,00 | 3,00 | ,8839 | ,8296 | ,700 | ,130 | -,070 | ,259 |
| Schwitzen | 352 | ,00 | 3,00 | ,4801 | ,8403 | 1,801 | ,130 | 2,386 | ,259 |
| Rückenschmerzen | 354 | ,00 | 3,00 | 1,1356 | 1,0148 | ,478 | ,130 | -,888 | ,259 |
| Innere Unruhe | 352 | ,00 | 3,00 | ,7557 | ,8112 | ,829 | ,130 | -,008 | ,259 |
| Schweregefühl/Müdigkeit in den Beinen | 354 | ,00 | 3,00 | ,6271 | ,8595 | 1,203 | ,130 | ,488 | ,259 |
| Unruhe in den Beinen | 354 | ,00 | 3,00 | ,3277 | ,6431 | 2,143 | ,130 | 4,516 | ,259 |
| Überempfindlichkeit gegen Wärme | 358 | ,00 | 3,00 | ,5391 | ,8965 | 1,559 | ,129 | 1,297 | ,257 |
| Überempfindlichkeit gegen Kälte | 357 | ,00 | 3,00 | ,7087 | ,9175 | 1,093 | ,129 | ,147 | ,257 |
| Übermässiges Schlafbedürfnis | 357 | ,00 | 3,00 | ,8908 | ,9068 | ,649 | ,129 | -,580 | ,257 |
| Schlaflosigkeit | 357 | ,00 | 3,00 | ,7283 | ,8557 | ,959 | ,129 | ,069 | ,257 |
| Schwindelgefühle | 356 | ,00 | 3,00 | ,2921 | ,6089 | 2,155 | ,129 | 4,213 | ,258 |
| Zittern | 357 | ,00 | 2,00 | ,1513 | ,4030 | 2,697 | ,129 | 6,939 | ,257 |
| Nacken/Schulderschmerzen | 358 | ,00 | 3,00 | 1,1508 | 1,0096 | ,416 | ,129 | -,946 | ,257 |
| Gewichtsabnahme | 358 | ,00 | 3,00 | ,1201 | ,3955 | 3,746 | ,129 | 15,674 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 336 | | | | | | | | |

Die Mittelwerte der Einzelitems schwankten zwischen 0,116 und 1,15. Die Verteilungsschiefe schwankte zwischen 0,275 und 3,255 war also durchgängig rechtsschief. Die Steilheit schwankte zwischen - 0,946 und + 10,656. Vergleichsweise höhere Mittelwerte erzielten vor allem Items, die den Stütz- und Bewegungsapparat und das Thema Schlaf und Mattigkeit betrafen.

Reliabilität und Item-Trennschärfe

Tabelle 79: Beschwerdenliste Reliabilität und Trennschärfe

| Skalen | Reliabilität | Item-Trennschärfe |
|------------------|--------------|---------------------------|
| | $\alpha =$ | $r_{it,min} - r_{it,max}$ |
| Beschwerdenliste | 0,9014 | 0,2798 – 0,6820 |

Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach- α -Koeffizienten von 0,9014 als sehr gut zu bezeichnen. Die Itemtrennschärfe liegt im Wesentlichen im zufrieden stellenden Bereich, lediglich das letzte Item (Gewichtsabnahme) lag unter dem Wert von 0,3.

Vergleich BL-Skalenwerte mit Referenzwerten (ambulant)

Der Vergleich des durchschnittlichen Summenwertes der Beschwerdenliste (13,24) mit dem Referenzwert für den ambulanten psychiatrischen Bereich (15,2) ergab einen signifikant niedrigeren Wert ($t = -3,782$, $df = 357$, $p = < 0,001$). Allerdings liegen beide Werte im gleichen Interpretationsbereich und zeigen eine eher geringe psychosomatische Belastung an. Da für den Gesundheitsbereich allgemein keine brauchbaren Referenzwerte vorlagen, konnte kein entsprechender Vergleich angestellt werden.

In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse der Beschwerdenliste zusammen mit den weiteren in der Untersuchung erhobenen Indikatoren der Gesundheit und Belastetheit (Allgemeiner Gesundheitszustand, Nachgedanken, Erschöpfung, Bedrückung und Müdigkeit) einer Korrelationsanalyse unterzogen. Damit die Beschwerdenliste als valides Instrument angesehen werden kann, sollten die Korrelationen zu den Belastetheitsfaktoren signifikant positiv sein, die zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes sollte signifikant negativ sein (die Skala ist invertiert).

Tabelle 80: Korrelationen Belastetheits- und Gesundheitsindikatoren

| | | Allgemeiner Gesundheitszustand | Nachgedanken | Erschöpfung | Bedrückung | Müdigkeit | Psychosomatik |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------|-------------|------------|-----------|---------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | Pearson Korrelation | 1,000 | -,292 | -,279 | -,315 | -,238 | -,523 |
| | Sig. (2-seitig) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 351 | 349 | 351 | 350 | 351 | 351 |
| Nachgedanken | Pearson Korrelation | -,292 | 1,000 | ,372 | ,473 | ,266 | ,459 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 349 | 352 | 352 | 351 | 352 | 352 |
| Erschöpfung | Pearson Korrelation | -,279 | ,372 | 1,000 | ,365 | ,554 | ,409 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 351 | 352 | 354 | 353 | 354 | 354 |
| Bedrückung | Pearson Korrelation | -,315 | ,473 | ,365 | 1,000 | ,291 | ,404 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 350 | 351 | 353 | 353 | 353 | 353 |
| Müdigkeit | Pearson Korrelation | -,238 | ,266 | ,554 | ,291 | 1,000 | ,373 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 351 | 352 | 354 | 353 | 354 | 354 |
| Psychosomatik | Pearson Korrelation | -,523 | ,459 | ,409 | ,404 | ,373 | 1,000 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 351 | 352 | 354 | 353 | 354 | 358 |

Die Korrelationsmatrix zeigt mittlere signifikante Korrelationen zwischen Psychosomatik und den Belastetheitsindikatoren. Zwischen der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und dem Gesamtwert für Psychosomatik besteht eine signifikante mittlere negative Korrelation. Alle Werte entsprechen somit der Erwartung.

Die Ergebnisse der Korrelation mit den Kriterienfaktoren entsprechen den Erwartungen und sind somit ein Hinweis darauf, dass die Beschwerdenliste ein im Rahmen der Untersuchung als ein valides Instrument eingesetzt werden kann.

3. Ressourcenskalen

Kennwerte der Einzelitems

Tabelle 81: Einzelitems Ressourcenskalen

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|--|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Fachkenntnisse | 357 | 2,00 | 5,00 | 4,0952 | ,7006 | -,380 | ,129 | -,108 | ,257 |
| Nutzbarkeit Fach- kenntnisse | 358 | 1,00 | 5,00 | 4,0782 | ,7739 | -,573 | ,129 | ,387 | ,257 |
| Feldkompetenz | 358 | 2,00 | 5,00 | 4,2179 | ,7651 | -,694 | ,129 | -,052 | ,257 |
| Nutzbarkeit Feldkompe- tenz | 358 | 1,00 | 5,00 | 4,1145 | ,7712 | -,642 | ,129 | ,326 | ,257 |
| Sicherheit | 357 | 1,00 | 5,00 | 4,1008 | ,7903 | -,730 | ,129 | ,488 | ,257 |
| Nutzbarkeit Sicherheit | 358 | 2,00 | 5,00 | 4,1006 | ,7857 | -,597 | ,129 | -,065 | ,257 |
| Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | 358 | 2,00 | 5,00 | 4,3715 | ,6163 | -,511 | ,129 | -,241 | ,257 |
| Nutzbarkeit Wahrneh- mungsfähigkeit Klienten | 357 | 2,00 | 5,00 | 4,2997 | ,7090 | -,789 | ,129 | ,401 | ,257 |
| Berufliche Fertigkeiten | 356 | 1,00 | 5,00 | 4,1180 | ,7220 | -,497 | ,129 | ,282 | ,258 |
| Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten | 357 | 1,00 | 5,00 | 4,1008 | ,7313 | -,549 | ,129 | ,421 | ,257 |
| Handlungs-und Entscheidungsmöglich- keiten | 358 | 1,00 | 5,00 | 3,9078 | ,8500 | -,703 | ,129 | ,768 | ,257 |
| Nutzbarkeit Handlungs- und Entscheidungsmöglich- keiten | 358 | 1,00 | 5,00 | 3,8771 | ,8544 | -,683 | ,129 | ,567 | ,257 |
| Abgrenzungsfähigkeit | 355 | 2,00 | 5,00 | 4,1887 | ,7216 | -,573 | ,129 | ,008 | ,258 |
| Nutzbarkeit Ab- grenzungsfähigkeit | 355 | 1,00 | 5,00 | 4,1803 | ,7747 | -,800 | ,129 | ,617 | ,258 |
| Einfühlungsvermögen | 355 | 2,00 | 5,00 | 4,1972 | ,6426 | -,334 | ,129 | -,095 | ,258 |
| Nutzbarkeit Ein- fühlungsvermögen | 352 | 2,00 | 5,00 | 4,1875 | ,6744 | -,468 | ,130 | ,106 | ,259 |
| Information Kollegen | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,8169 | ,8783 | -,314 | ,129 | -,501 | ,258 |
| Nutzbarkeit Information Kollegen | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,9661 | ,8307 | -,622 | ,130 | ,298 | ,259 |
| Praktische Unter- stützung Kollegen | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,8870 | ,8802 | -,605 | ,130 | ,025 | ,259 |
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollegen | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,9802 | ,8396 | -,627 | ,130 | ,094 | ,259 |
| Emotionale Unter- stützung Kollegen | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,9915 | ,9433 | -,816 | ,129 | ,222 | ,258 |
| Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,9633 | ,9349 | -,743 | ,130 | ,140 | ,259 |
| Information Vorgesetzte | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,6254 | 1,0592 | -,497 | ,129 | -,374 | ,258 |
| Nutzbarkeit Information Vorgesetzte | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,6723 | 1,0403 | -,587 | ,130 | -,226 | ,259 |
| Praktische Unter- stützung Vorgesetzte | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,4492 | 1,1435 | -,406 | ,130 | -,648 | ,259 |
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorge- setzte | 353 | 1,00 | 5,00 | 3,5666 | 1,1189 | -,541 | ,130 | -,448 | ,259 |
| Emotionale Unter- stützung Vorgesetzte | 353 | 1,00 | 5,00 | 3,8272 | 1,0478 | -,693 | ,130 | -,286 | ,259 |
| Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorge- setzte | 353 | 1,00 | 5,00 | 3,7450 | 1,0513 | -,596 | ,130 | -,387 | ,259 |
| Einflussmöglichkeiten | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,7127 | ,8482 | -,391 | ,129 | -,235 | ,258 |
| Nutzbarkeit Einfluss- möglichkeiten | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,6751 | ,8675 | -,314 | ,130 | -,271 | ,259 |

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|---------------------------------------|-----|---------|---------|------------|-----------|----------|------|----------|------|
| Fortbildungsmöglichkeiten | 355 | 1,00 | 5,00 | 3,6451 | 1,0241 | -,436 | ,129 | -,383 | ,258 |
| Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,6610 | 1,0284 | -,494 | ,130 | -,294 | ,259 |
| Materielle Ausstattung | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,4314 | ,8669 | -,099 | ,129 | -,464 | ,257 |
| Nutzbarkeit materielle Ausstattung | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,5826 | ,8526 | -,178 | ,129 | -,179 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 337 | | | | | | | | |

Die Mittelwerte der Einzelitems schwankten zwischen 3,431 und 4,371. Die Verteilungsschiefen schwankte zwischen $-0,099$ und $-0,816$ und war somit überwiegend linksschief. Die Verteilungsteilheit schwankte zwischen $-0,648$ und $+0,768$

Reliabilität und Item-Trennschärfe

Tabelle 82: Ressourcenskalen Reliabilität und Trennschärfe

| Skalen | Reliabilität | Item-Trennschärfe |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------|
| | $\alpha =$ | $r_{it,min} - r_{it,max}$ |
| Professionelle Ressourcen | 0,8443 | 0,4000 - 0,7026 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | 0,8711 | 0,4133 - 0,7481 |
| Soziale Ressourcen | 0,8736 | 0,6155 - 0,7339 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 0,8859 | 0,6553 - 0,7415 |
| Materielle Ressourcen | 0,5397 | 0,2975 - 0,4120 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 0,6402 | 0,3965 - 0,5202 |
| Gesamtressourcen | 0,8581 | 0,3308 - 0,5942 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | 0,9023 | 0,4056 - 0,6383 |

Aus den Items zur Einschätzung der berufsrelevanten Ressourcen wurden sechs Einzelskalen sowie zwei Gesamtskalen gebildet (s.o.). Die Berechnung der internen Konsistenz mit Cronbach α ergab insgesamt zufriedenstellende Werte (0,5397 – 0,9023), nur der Wert für Materielle Ressourcen lag unter 0,6.

Auch die Werte für die Item-Trennschärfe lagen im zufrieden stellenden Bereich (0,2975 – 0,7481). Auch hier lag lediglich ein Item in der Skala Materielle Ressourcen knapp unter 0,3.

Man kann somit die Ressourcenskalen als hinreichend reliables Instrument für den Untersuchungszweck bezeichnen.

Faktorenanalysen der Skalen

Tabelle 83: Ressourcenskalen Komponentenmatrix (rotiert)

| | Komponente | | |
|---------------------------------------|------------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Professionelle Ressourcen | | | ,953 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | | | ,903 |
| Soziale Ressourcen | ,952 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | ,930 | | |
| Materielle Ressourcen | | ,939 | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | | ,907 | |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Zur Bestimmung der faktoriellen Validität wurden die Skalenwerte der sechs Einzelskalen einer Faktorenanalyse unterzogen. Der KMO-Wert lag bei 0,666 und der Bartlett-Test erbrachte ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 1843,607$, $df = 15$, $p < 0,0001$). Damit können die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse als zufrieden stellend angesehen werden. Das beste Ergebnis erbrachte eine 3-Faktorenlösung. Dabei laden die Skalen Soziale Ressourcen und Nutzbarkeit soziale Ressourcen, materielle Ressourcen und Nutzbarkeit materielle Ressourcen sowie professionelle Ressourcen und Nutzbarkeit professionelle Ressourcen jeweils auf einem Faktor hoch und auf den anderen Faktoren unter 0,4. Dieses Ergebnis spiegelt wieder, dass die Ressourcen und deren Nutzbarkeit in jedem Bereich eng miteinander korreliert sind.

Korrelation und gemeinsame Faktorenanalyse KFZA - Ressourcenskalen

Zur weiteren Absicherung der Validität wurden die Ressourcenskalen zunächst mit den KFZA-Skalen korreliert. Der KFZA enthält neben Belastungsskalen (Quantitative Überforderung, qualitative Überforderung, Unterbrechungen, Umgebungsbelastungen) auch Skalen zur Bestimmung der Ressourcen (Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit, Fortbildung, Information), die mit den Ressourcenskalen positiv korrelieren sollten.

Tabelle 84: Korrelationen KFZA Ressourcenskalen

| | | Professionelle Ressourcen | Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Soziale Ressourcen | Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Materielle Ressourcen | Nutzbarkeit materielle Ressourcen |
|----------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Handlungsspielraum | Pearson Korrelation | ,390 | ,401 | ,279 | ,314 | ,389 | ,396 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 341 | 340 | 342 | 339 | 344 | 343 |
| Vielseitigkeit | Pearson Korrelation | ,222 | ,424 | ,407 | ,475 | ,457 | ,510 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 345 | 345 | 346 | 343 | 348 | 346 |
| Ganzheitlichkeit | Pearson Korrelation | ,268 | ,293 | ,246 | ,273 | ,318 | ,329 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 343 | 342 | 345 | 341 | 346 | 344 |
| Soziale Rückendeckung | Pearson Korrelation | ,140 | ,282 | ,719 | ,695 | ,365 | ,373 |
| | Sig. (2-seitig) | ,009 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 342 | 342 | 343 | 340 | 345 | 343 |
| Zusammenarbeit | Pearson Korrelation | ,183 | ,261 | ,583 | ,563 | ,379 | ,411 |
| | Sig. (2-seitig) | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 347 | 346 | 348 | 345 | 350 | 348 |
| Qualitative Anforderungen | Pearson Korrelation | -,200 | -,230 | -,059 | -,081 | -,046 | -,087 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 | ,269 | ,135 | ,387 | ,104 |
| | N | 348 | 347 | 349 | 346 | 351 | 349 |
| Quantitative Anforderungen | Pearson Korrelation | ,024 | -,022 | -,222 | -,191 | -,023 | -,039 |
| | Sig. (2-seitig) | ,654 | ,690 | ,000 | ,000 | ,664 | ,472 |
| | N | 346 | 345 | 347 | 344 | 349 | 347 |
| Arbeitsunterbrechungen | Pearson Korrelation | -,029 | -,102 | -,234 | -,248 | -,269 | -,249 |

| | | Professionelle Ressourcen | Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Soziale Ressourcen | Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Materielle Ressourcen | Nutzbarkeit materielle Ressourcen |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | Sig. (2-seitig) | ,592 | ,057 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 348 | 347 | 349 | 346 | 351 | 349 |
| Umgebungsbedingungen | Pearson Korrelation | -,086 | -,151 | -,130 | -,179 | -,333 | -,285 |
| | Sig. (2-seitig) | ,110 | ,005 | ,015 | ,001 | ,000 | ,000 |
| | N | 346 | 345 | 347 | 344 | 349 | 347 |
| Information Mitarbeiter | Pearson Korrelation | ,141 | ,220 | ,368 | ,345 | ,396 | ,355 |
| | Sig. (2-seitig) | ,009 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 345 | 344 | 346 | 343 | 349 | 347 |
| Betriebliche Leistungen | Pearson Korrelation | ,059 | ,148 | ,332 | ,331 | ,513 | ,468 |
| | Sig. (2-seitig) | ,269 | ,006 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 348 | 347 | 349 | 346 | 351 | 349 |

Die Korrelationsmatrix zeigt erwartungsgemäß signifikante positive Korrelationen zwischen den Ressourcenskalen und den Ressourcenskalen des KFZA. Gleichzeitig zeigen sich negative Korrelationen der Ressourcenskalen mit den Belastungsskalen des KFZA, die nur teilweise signifikant sind.

Zur näheren Untersuchung der Zusammenhänge und zur Bestimmung der diskriminanten und konvergenten Validität wurde in einem weiteren Schritt eine gemeinsame Faktorenanalyse mit den KFZA-Skalen und den Ressourcenskalen gerechnet. Bei Vorliegen von diskriminanter und konvergenter faktorieller Validität sollten die Ressourcenskalen des KFZA mit den Ressourcenskalen auf jeweils den gleichen Faktoren hoch laden. Die Belastungsskalen sollten auf eigenen Faktoren hoch laden oder auf inhaltlich korrespondierenden Skalen eine hohe negative Ladung aufweisen.

Tabelle 85: KFZA und Ressourcenskalen Komponentenmatrix (rotiert)

| | Komponente | | | | |
|---------------------------------------|------------|------|------|-------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Handlungsspielraum | | ,485 | ,439 | | |
| Vielseitigkeit | | ,527 | | | |
| Ganzheitlichkeit | | ,561 | | | |
| Soziale Rückendeckung | ,798 | | | | |
| Zusammenarbeit | ,678 | | | | |
| Qualitative Anforderungen | | | | | ,774 |
| Quantitative Anforderungen | | | | | ,798 |
| Arbeitsunterbrechungen | | | | -,695 | ,424 |
| Umgebungsbedingungen | | | | -,812 | |
| Information Mitarbeiter | | ,714 | | | |
| Betriebliche Leistungen | | ,763 | | | |
| Professionelle Ressourcen | | | ,922 | | |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | | | ,887 | | |
| Soziale Ressourcen | ,907 | | | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | ,878 | | | | |
| Materielle Ressourcen | | ,492 | | ,527 | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | | ,464 | ,460 | ,477 | |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert

Der KMO-Wert lag bei 0,811 und der Bartlett-Test erbrachte ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 2989,091$, $df = 136$, $p < 0,001$), womit die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse als gegeben angesehen werden können. Es wurden Faktoren mit einem Eigenwert von mindestens 1 extrahiert. Die Faktorenanalyse ergab eine 5-Faktorenlösung, die den theoretischen Erwartungen weitgehend entspricht. Auf den Faktoren 1 – 3 laden ausschließlich Ressourcenskalen beider Instrumente hoch. Der Faktor 4 ist als bipolarer Faktor zu interpretieren, auf dem materielle Ressourcen hoch positiv laden, Belastungen durch Umgebungsbedingungen und Arbeitsunterbrechungen dagegen hoch negativ. Auf Faktor 5 laden ausschließlich Belastungsfaktoren hoch. Zusammenfassend kann man feststellen, dass nach den Ergebnissen dieser Faktorenanalyse davon ausgegangen werden kann, dass bei den Ressourcenskalen diskriminante und konvergente Validität vorliegt.

7.2.2. Skalenwerte

Im Folgenden werden die statistischen Kennwerte der Skalen für beide Befragungen dargestellt. Bei der Skalenbildung (KFZA, Ressourcenskala, BL) wurden nur solche Fälle berücksichtigt, bei denen für die jeweilige Skala Daten zu allen zugehörigen Einzelitems vorhanden waren, d.h. es wurden alle Fälle mit fehlenden Werten bei Einzelitems ausgeschlossen.

1. Skalenwerte Befragung 1

Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)

Tabelle 86: KFZA Skalen Skalenmittelwerte MZP 1

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Handlungsspielraum | 347 | 1,00 | 5,00 | 3,5456 | ,7488 | -,374 | ,131 | ,231 | ,261 |
| Vielseitigkeit | 350 | 1,67 | 5,00 | 3,7429 | ,6974 | -,361 | ,130 | -,165 | ,260 |
| Ganzheitlichkeit | 348 | 1,50 | 5,00 | 3,2213 | ,9204 | -,107 | ,131 | -,714 | ,261 |
| Soziale Rückendeckung | 347 | 1,67 | 5,00 | 3,9520 | ,7895 | -,631 | ,131 | -,303 | ,261 |
| Zusammenarbeit | 356 | 2,00 | 5,00 | 3,7088 | ,6991 | -,106 | ,129 | -,462 | ,258 |
| Qualitative Anforderungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,1667 | ,9193 | ,630 | ,129 | -,066 | ,257 |
| Quantitative Anforderungen | 355 | 1,00 | 5,00 | 2,9775 | 1,0627 | ,168 | ,129 | -,726 | ,258 |
| Arbeitsunterbrechungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 2,8922 | ,8415 | -,059 | ,129 | -,540 | ,257 |
| Umgebungsbedingungen | 355 | 1,00 | 5,00 | 2,6211 | 1,1114 | ,271 | ,129 | -,802 | ,258 |
| Information Mitarbeiter | 354 | 1,00 | 5,00 | 3,1808 | ,9086 | -,060 | ,130 | -,291 | ,259 |
| Betriebliche Leistungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,0784 | ,9015 | -,063 | ,129 | -,515 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 322 | | | | | | | | |

Die Skalenmittelwerte schwankten zwischen 2,166 und 3,952. Die Verteilungsschiefe der Skalen schwankte zwischen - 0,631 und + 0,630. Die Steilheit der Verteilungen schwankte zwischen - 0,802 und + 0,231. Alle Mittelwerte der Belastungsskalen waren niedriger als die Mittelwerte der Entlastungsfaktoren. Die Entlastungsskalen waren insgesamt eher linksschief verteilt.

Bezüglich der Frage der Normalverteilungsannahme gilt auch hier das, was bereits zu den Einzelitems gesagt wurde. Aufgrund des Zentralen Grenzwerttheorems kann bei der Größe der Stichprobe von einer Normalverteilung in Grundgesamtheit ausgegangen werden. Die Q-Q-Plots zur visuellen Überprüfung sind in der Anlage aufgeführt.

Ressourcenskalen

Tabelle 87: Ressourcenskalen Skalenmittelwerte MZP 1

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|--|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Professionelle Ressourcen | 350 | 2,50 | 5,00 | 4,1518 | ,5050 | -,368 | ,130 | ,003 | ,260 |
| Nutzbarkeit profes- sionelle Ressourcen | 349 | 2,38 | 5,00 | 4,1200 | ,5516 | -,390 | ,131 | -,132 | ,260 |
| Soziale Ressourcen | 351 | 1,67 | 5,00 | 3,7621 | ,7783 | -,358 | ,130 | -,381 | ,260 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 348 | 1,50 | 5,00 | 3,8103 | ,7757 | -,433 | ,131 | -,142 | ,261 |
| Materielle Ressourcen | 353 | 1,67 | 5,00 | 3,5930 | ,6626 | -,100 | ,130 | -,120 | ,259 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,6382 | ,7027 | -,286 | ,130 | ,097 | ,260 |
| Gesamtressourcen | 345 | 2,71 | 5,00 | 3,9117 | ,4785 | ,027 | ,131 | -,413 | ,262 |
| Nutzbarkeit Gesamtres- sourcen | 341 | 2,29 | 5,00 | 3,9227 | ,5451 | -,195 | ,132 | -,259 | ,263 |
| Gültige N (listwise) | 337 | | | | | | | | |

Die Skalenmittelwerte für die Einzelbereiche schwankten zwischen 3,593 und 4,1518. Die Verteilungsschiefe der Skalen schwankte zwischen - 0,433 und - 0,100. Die Steilheit der Verteilungen schwankte zwischen - 0,381 und + 0,097. Die Mittelwerte der Gesamtskalen lagen bei 3,911 und 3,922. Die Verteilungsschiefe lag bei 0,478 und 0,541. Die Steilheit lag bei - 0,259 und 0,413. Alle Mittelwerte lagen somit über dem Skalenmittelwert. Die Verteilungen waren fast durchgängig linksschief und eher flach.

Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Tabelle 88: Kontrolle und Selbstwirksamkeit Mittelwerte MZP 1

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|--|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | 359 | 1,00 | 5,00 | 3,3287 | ,9050 | -,128 | ,129 | -,475 | ,257 |
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | 357 | 1,00 | 5,00 | 3,4286 | ,9110 | -,213 | ,129 | -,283 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 357 | | | | | | | | |

Die Mittelwerte der Items lagen bei 3,32 und 3,42. Beide Skalen sind eher linksschief (- 0,128 und - 0,213) und eher flach verteilt (- 0,475; -0,283).

Arbeitszufriedenheit, Allgemeiner Gesundheitszustand, Belastetheit, Psychosomatik

Tabelle 89: Arbeitszufriedenheit, Allg. Gesundheitszustand, Belastetheit,, Psychosomatik Mittelwerte MZP 1

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|-------------------------------------|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Arbeitszufriedenheit | 359 | 1,00 | 5,00 | 3,8162 | ,8253 | -,486 | ,129 | ,149 | ,257 |
| Allgemeiner Gesund- heitszustand | 351 | 1,00 | 5,00 | 3,3647 | ,7622 | ,055 | ,130 | ,256 | ,260 |
| Nachgedanken | 352 | 1,00 | 4,00 | 2,2955 | ,7572 | ,716 | ,130 | ,320 | ,259 |
| Erschöpfung | 354 | 1,00 | 4,00 | 2,9124 | ,7828 | -,023 | ,130 | -,971 | ,259 |
| Bedrückung | 353 | 1,00 | 4,00 | 2,1076 | ,6612 | ,651 | ,130 | 1,129 | ,259 |
| Müdigkeit | 354 | 1,00 | 4,00 | 2,5763 | ,8556 | ,225 | ,130 | -,725 | ,259 |
| Psychosomatik | 358 | ,00 | 50,00 | 13,2402 | 9,8039 | 1,047 | ,129 | ,704 | ,257 |
| Gültige N (listwise) | 348 | | | | | | | | |

Die hier zusammen dargestellten Items und Skalen umfassen unterschiedliche Skalenbreiten. Die fünfstufigen Items Arbeitszufriedenheit und Allg. Gesundheitszustand zeigten Mittelwerte von 3,36 – 3,81 bei einer Verteilungsschiefe von – 0,486 – 0,055. Mit Werten von 0,149 und 0,256 sind die Verteilungen eher steil.

Die vierstufigen Belastetheitsitems erbrachten Mittelwerte von 2,10 bis 2,91. Die Schiefewerte lagen zwischen – 0,23 und + 0,716. Die Verteilungsteile lag zwischen - 0,971 und + 1,129.

Der Mittelwert für die Beschwerdenliste lag bei 13,24. Die Verteilung ist mit 1,047 eher rechts-schief und eher steil (Kurtosis = 0,704).

Unterschiede zwischen Kliniken, Arbeitsbereichen, Berufsgruppen, Alter, Dauer der Mitarbeit und Geschlecht

Zur Ermittlung möglicher Unterschiede zwischen den Kliniken, Arbeitsbereichen, Berufsgruppen und dem Geschlecht der Befragten wurden jeweils eine einfaktorielle Varianzanalysen mit den entsprechenden Variablen als Faktor gerechnet. In den Tabellen werden jeweils die Kliniken mit den Minimal- und Maximalwerten, der Gesamtmittelwert, der F-Wert sowie die Signifikanz aufgeführt.

Bei den Variablen Alter und Dauer der Mitarbeit wurden zur Aufdeckung möglicher Zusammenhänge Korrelationskoeffizienten berechnet. Dort werden in den Tabellen die Korrelationskoeffizienten und die Signifikanz des Korrelationskoeffizienten aufgeführt.

- **Kliniken**

Der Vergleich der Skalenwerte zwischen den Kliniken zeigt signifikante Unterschiede in verschiedenen Bereichen.

Tabelle 90: ANOVA Kliniken und KFZA-Skalen MZP 1

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwerte min - max | F | Sig. |
|----------------------------|--------------|--------|-----------------------|-------|------|
| Ganzheitlichkeit | 9 | 26 | 2,8269 | 2,402 | ,002 |
| | 15 | 11 | 3,8636 | | |
| | Total | 348 | 3,2213 | | |
| Soziale Rückendeckung | 3 | 7 | 3,2381 | 3,197 | ,000 |
| | 13 | 23 | 4,3768 | | |
| | Total | 347 | 3,9520 | | |
| Zusammenarbeit | 3 | 7 | 3,1905 | 2,344 | ,003 |
| | 11 | 5 | 4,2000 | | |
| | Total | 356 | 3,7088 | | |
| Quantitative Anforderungen | 17 | 81 | 2,3765 | 3,657 | ,000 |
| | 10 | 5 | 4,1000 | | |
| | Total | 355 | 2,9775 | | |
| Arbeitsunterbrechungen | 7 | 16 | 2,1250 | 3,914 | ,000 |
| | 2 | 16 | 3,4688 | | |
| | Total | 357 | 2,8922 | | |
| Umgebungsbedingungen | 14 | 6 | 1,8333 | 1,859 | ,023 |
| | 9 | 27 | 3,0000 | | |
| | Total | 355 | 2,6211 | | |
| Information Mitarbeiter | 8 | 8 | 2,1875 | 4,206 | ,000 |
| | 11 | 5 | 4,4000 | | |
| | Total | 354 | 3,1808 | | |
| Betriebliche Leistungen | 3 | 7 | 1,4286 | 7,022 | ,000 |
| | 1 | 13 | 3,8846 | | |
| | Total | 357 | 3,0784 | | |

Im KFZA zeigen sich Unterschiede bei den Skalen Ganzheitlichkeit (Minimum Klinik 9, Maximum Klinik 15, $f = 2,402$, $p = 0,002$), Soziale Rückendeckung (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 13 $f = 3,197$, $p < 0,001$), Zusammenarbeit (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 2,344$, $p = 0,003$), Quantitative Anforderungen (Minimum Klinik 17, Maximum Klinik 10 $f = 3,657$, $p < 0,001$), Arbeitsunterbrechungen (Minimum Klinik 7, Maximum Klinik 2 $f = 3,914$, $p < 0,001$), Umgebungsbedingungen (Minimum Klinik 14, Maximum Klinik 9 $f = 1,859$, $p = 0,023$), Information Mitarbeiter (Minimum Klinik 8, Maximum Klinik 11 $f = 4,206$, $p < 0,001$) und Betriebliche Leistungen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 7,022$, $p < 0,001$).

In Bezug auf die Entlastungsskalen des KFZA taucht die Klinik 11 dreimal mit Maximalwerten auf, während die Klinik 3 dreimal mit Minimalwerten vertreten ist. Die Klinik 10 erreichte dagegen bei zwei der vier Belastungsskalen die Maximalwerte beim Messzeitpunkt 1.

Tabelle 91: ANOVA Kliniken und Ressourcenskalen MZP 1

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|-----------------------------------|--------------|--------|----------------------|-------|------|
| Soziale Ressourcen | 3 | 7 | 2,7143 | 2,970 | ,000 |
| | 11 | 5 | 4,3333 | | |
| | Total | 351 | 3,7621 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 3 | 7 | 2,7381 | 2,941 | ,000 |
| | 11 | 5 | 4,3667 | | |
| | Total | 348 | 3,8103 | | |
| Materielle Ressourcen | 4 | 43 | 3,2713 | 4,111 | ,000 |
| | 7 | 16 | 4,1667 | | |
| | Total | 353 | 3,5930 | | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 4 | 43 | 3,2558 | 4,047 | ,000 |
| | 7 | 16 | 4,2083 | | |
| | Total | 351 | 3,6382 | | |
| Gesamtressourcen | 3 | 7 | 3,3950 | 2,512 | ,001 |
| | 11 | 4 | 4,3235 | | |
| | Total | 345 | 3,9117 | | |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | 3 | 7 | 3,4454 | 2,087 | ,009 |
| | 11 | 4 | 4,3235 | | |
| | Total | 341 | 3,9227 | | |

Die Überprüfung der Varianzenhomogenität erbrachte für die Skala Materielle Ressourcen eine signifikante Anweichung. Die Signifikanzprüfung mit einem nicht-parametrischen Verfahren (Kruskal-Wallis-Test) erbrachte aber dasselbe Ergebnis ($\chi^2 = 60,360$, $df = 16$, $p < 0,001$).

Bei den Ressourcenskalen zeigen sich Unterschiede bei den Sozialen Ressourcen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 2,970$, $p < 0,001$), der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 2,941$, $p < 0,001$), den Materiellen Ressourcen (Minimum Klinik 4, Maximum Klinik 7 $f = 4,111$, $p < 0,001$), der Nutzbarkeit der materiellen Ressourcen (Minimum Klinik 4, Maximum Klinik 7 $f = 4,047$, $p < 0,001$) sowie bei den Gesamtressourcenskalen (beide Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 2,512$, $p = 0,001$) und deren Nutzbarkeit (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11 $f = 2,087$, $p = 0,009$).

Wie schon bei den Entlastungsskalen des KFZA erreichte auch hier Klinik 11 bei den sozialen Ressourcen und deren Nutzbarkeit und bei den Gesamtressourcen und deren Nutzbarkeit die Maximalwerte. Die Minimalwerte in diesen Skalen erreichte Klinik 3, die auch beim KFZA in drei Entlastungsskalen Minimalwerte erreichte.

Tabelle 92: ANOVA Kliniken und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|---|--------------|--------|----------------------|-------|------|
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | 4 | 43 | 2,9535 | 1,984 | ,014 |
| | 1 | 13 | 3,9231 | | |
| | Total | 357 | 3,4286 | | |

Ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken zeigten sich bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen (Minimum Klinik 4, Maximum Klinik 1 $f = 1,984$, $p = 0,014$).

Tabelle 93: ANOVA Kliniken und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|--------------------------------|--------------|--------|----------------------|-------|------|
| Arbeitszufriedenheit | 3 | 7 | 3,0000 | 2,386 | ,002 |
| | 11 | 5 | 4,2000 | | |
| | Total | 359 | 3,8162 | | |
| Allgemeiner Gesundheitszustand | 13 | 25 | 2,9200 | 1,961 | ,015 |
| | 11 | 4 | 4,0000 | | |
| | Total | 351 | 3,3647 | | |
| Nachgedanken | 14 | 6 | 2,0000 | 1,703 | ,044 |
| | 10 | 5 | 2,8000 | | |
| | Total | 352 | 2,2955 | | |
| Erschöpfung | 5 | 31 | 2,5806 | 1,765 | ,035 |
| | 4 | 43 | 3,2326 | | |
| | Total | 354 | 2,9124 | | |
| Bedrückung | 1 | 13 | 1,6923 | 1,958 | ,015 |
| | 6 | 22 | 2,5000 | | |
| | Total | 353 | 2,1076 | | |
| Psychosomatik | 7 | 16 | 8,6875 | 1,953 | ,016 |
| | 4 | 43 | 18,7907 | | |
| | Total | 358 | 13,2402 | | |

Die Überprüfung auf Varianzhomogenität erbrachte signifikante Abweichungen bei vier verschiedenen Skalen und Items. Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber für alle Bereiche die gleichen Ergebnisse wie bei der Varianzanalyse (Allgemeiner Gesundheitszustand: $\chi^2 = 30,677$, $df = 16$, $p = 0,015$; Nachgedanken: $\chi^2 = 26,422$, $df = 16$, $p = 0,048$; Bedrückung: $\chi^2 = 26,665$, $df = 16$, $p = 0,045$; Psychosomatik: $\chi^2 = 30,503$, $df = 16$, $p = 0,016$).

Bei den arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Skalen und Items zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken bei der Arbeitszufriedenheit (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 2,386$, $p = 0,002$), dem Allgemeinen Gesundheitszustand (Minimum Klinik 13, Maximum Klinik 11 $f = 1,961$, $p = 0,015$), Nachgedanken (Minimum Klinik 14, Maximum Klinik 10, $f = 1,703$, $p = 0,044$), Erschöpfung (Minimum Klinik 5, Maximum Klinik 4, $f = 1,765$, $p = 0,035$), Bedrückung (Minimum Klinik 1, Maximum Klinik 6, $f = 1,958$, $p = 0,015$) und Psychosomatik (Minimum Klinik 7, Maximum Klinik 4, $f = 1,953$, $p = 0,016$).

Klinik 11 erreichte in zwei Bereichen Maximalwerte (Arbeitszufriedenheit, Allgemeinen Gesundheitszustand) Maximalwerte. Klinik 4 erreichte dagegen beim Item Erschöpfung und bei der Beschwerdenliste Maximalwerte.

- **Arbeitsbereiche**

Zwischen den Arbeitsbereichen zeigten sich signifikante Unterschiede bei den KFZA-Skalen, den Ressourcen-Skalen und den Items für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen zeigten sich bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Tabelle 94: ANOVA Arbeitsbereiche und KFZA-Skalen MZP 1

| | Arbeitsbereich | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|----------------------------|----------------|--------|----------------------|-------|------|
| Handlungsspielraum | Geriatric | 4 | 3,2500 | 3,097 | ,002 |
| | Sonstiges | 2 | 4,1667 | | |
| | Total | 343 | 3,5413 | | |
| Soziale Rückendeckung | Rehabilitation | 15 | 3,2889 | 2,045 | ,041 |
| | Sucht | 33 | 4,1717 | | |
| | Total | 343 | 3,9524 | | |
| Zusammenarbeit | Rehabilitation | 15 | 3,4667 | 2,342 | ,018 |
| | Sonstiges | 2 | 3,8333 | | |
| | Total | 352 | 3,7083 | | |
| Quantitative Anforderungen | Sucht | 33 | 2,8636 | 5,426 | ,000 |
| | Sonstiges | 2 | 3,7500 | | |
| | Total | 351 | 2,9687 | | |
| Arbeitsunterbrechungen | Psychosomatik | 37 | 2,5405 | 3,409 | ,001 |
| | Sonstiges | 2 | 4,0000 | | |
| | Total | 353 | 2,8909 | | |
| Umgebungsbedingungen | Psychosomatik | 37 | 2,0946 | 5,090 | ,000 |
| | Sonstiges | 2 | 3,7500 | | |
| | Total | 351 | 2,6182 | | |
| Betriebliche Leistungen | Geriatric | 4 | 2,1250 | 2,361 | ,017 |
| | Forensik | 8 | 3,5625 | | |
| | Total | 354 | 3,0749 | | |

Die Überprüfung auf Varianzenhomogenität erbrachte bei der Skala für Qualitative Anforderungen eine signifikante Abweichung. Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 5,611$, $df = 7$, $p = 0,586$).

Beim KFZA unterschieden sich die Arbeitsbereiche signifikant hinsichtlich der Skalen Handlungsspielraum (Minimalwert Geriatric, Maximalwert Sonstige $f = 3,097$, $p = 0,002$), soziale Rückendeckung (Minimalwert Rehabilitation, Maximalwert Sucht $f = 2,045$, $p = 0,041$), Zusammenarbeit (Minimalwert Rehabilitation, Maximalwert Sonstige $f = 2,342$, $p = 0,018$), Quantitative Anforderungen (Minimalwert Sucht, Maximalwert Sonstige $f = 5,426$, $p < 0,001$), Arbeitsunterbrechungen (Minimalwert Psychosomatik, Maximalwert Sonstige $f = 3,409$, $p = 0,001$), Arbeitsumgebung (Minimalwert Psychosomatik, Maximalwert Sonstige $f = 5,090$, $p < 0,001$) und Betriebliche Leistungen (Minimalwert Geriatric, Maximalwert Forensik $f = 2,361$, $p = 0,017$).

Der Bereich Neurologie erreichte in den Entlastungsskalen Handlungsspielraum und Zusammenarbeit Maximalwerte. Bei den Belastungsfaktoren Qualitative Anforderungen, Arbeitsunterbrechungen und Umgebungsbedingungen erreichte er ebenfalls Maximalwerte. Der Rehabilitationsbereich in zwei Entlastungsskalen (soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit) die geringsten Werte. Auch die Geriatric erreichte in zwei Entlastungsskalen (Handlungsspielraum, Betriebliche Leistungen) Minimalwerte.

Tabelle 95: ANOVA Arbeitsbereiche und Ressourcenskalen MZP 1

| | Arbeitsbereich | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|---------------------------------------|----------------|--------|----------------------|-------|------|
| Professionelle Ressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,9750 | 4,999 | ,000 |
| | Sonstiges | 2 | 4,3125 | | |
| | Total | 346 | 4,1532 | | |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,8417 | 2,086 | ,037 |
| | Sonstiges | 2 | 4,4375 | | |
| | Total | 345 | 4,1207 | | |
| Soziale Ressourcen | Geriatrie | 4 | 3,0833 | 2,932 | ,004 |
| | Sucht | 33 | 4,0000 | | |
| | Total | 347 | 3,7560 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,4111 | 2,059 | ,039 |
| | Sucht | 33 | 4,0707 | | |
| | Total | 344 | 3,8047 | | |
| Materielle Ressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,2000 | 2,120 | ,033 |
| | Forensik | 8 | 4,0417 | | |
| | Total | 349 | 3,5903 | | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,1556 | 2,373 | ,017 |
| | Forensik | 8 | 4,0000 | | |
| | Total | 347 | 3,6340 | | |
| Gesamtressourcen | Rehabilitation | 15 | 3,6235 | 3,216 | ,002 |
| | Forensik | 8 | 4,0809 | | |
| | Total | 341 | 3,9096 | | |

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erbrachte bei der Skala für Materielle Ressourcen eine signifikante Abweichung. Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test erbrachte im Gegensatz zur Varianzanalyse kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 9,645$, $df = 7$, $p = 0,223$).

Bei den Ressourcenskalen zeigten sich in der Varianzanalyse signifikante Unterschiede hinsichtlich aller Skalen außer dem Bereich Nutzbarkeit der Gesamtressourcen.

Der Bereich Rehabilitation erreichte die niedrigsten Werte in den Skalen Professionelle Ressourcen ($f = 4,999$, $p < 0,001$), die höchsten Werte erreichte die Neurologie (sonstige). Bei der Nutzbarkeit professionelle Ressourcen erreichte ebenfalls der Bereich Rehabilitation die niedrigsten Werte und der Bereich Neurologie die höchsten Werte ($f = 2,086$, $p = 0,037$). Bei den Sozialen Ressourcen erreichte die Geriatrie die Minimalwerte und der Suchtbereich die Maximalwerte ($f = 2,932$, $p = 0,004$). Bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen hatte wieder der Bereich Rehabilitation die niedrigsten Werte und der Bereich Sucht die höchsten Werte ($f = 2,059$, $p = 0,039$). Bei den Bereichen Materielle Ressourcen ($f = 2,120$, $p = 0,033$) und Nutzbarkeit materielle Ressourcen ($f = 2,373$, $p = 0,017$) sowie bei den Gesamtressourcen ($f = 3,216$, $p = 0,002$) erreichte wiederum der Rehabilitationsbereich die niedrigsten und der Suchtbereich die höchsten Werte.

Offensichtlich bilden beim Messzeitpunkt 1 hinsichtlich der meisten Ressourcenbereiche der Rehabilitationsbereich die untere und der Suchtbereich die obere Extremgruppe.

Tabelle 96: ANOVA Arbeitsbereiche und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1

| | Arbeitsbereich | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|---|----------------|--------|----------------------|-------|------|
| Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | Rehabilitation | 15 | 2,8000 | 2,042 | ,041 |
| | Forensik | 8 | 4,0000 | | |
| | Total | 355 | 3,3268 | | |
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | Rehabilitation | 15 | 2,8667 | 2,301 | ,021 |
| | Forensik | 8 | 4,0000 | | |
| | Total | 353 | 3,4306 | | |

Ebenfalls signifikant unterschieden sich die Bereiche hinsichtlich der Variablen Kontrolle gegenüber Belastungen (Minimum Rehabilitation, Maximum Forensik $f = 2,042$, $p = 0,041$) und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen (Minimum Rehabilitation, Maximum Forensik $f = 2,301$, $p = 0,021$).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen zeigten sich hinsichtlich der arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Items und Skalen.

Eine statistisch bedeutsame Tendenz zeigt sich allenfalls bei dem Item für Erschöpfung ($f = 1,912$, $p = 0,057$), bei dem MitarbeiterInnen der Forensik den niedrigsten Wert erreichten, MitarbeiterInnen der Geriatrie dagegen den höchsten Wert.

- **Berufsgruppen**

Ähnlich wie bei zwischen den Arbeitsbereichen zeigten sich auch zwischen den Berufsgruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich einiger KFZA-Skalen, Ressourcenskalen sowie den Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit, nicht aber bei den arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Tabelle 97: ANOVA Berufsgruppen und KFZA-Skalen MZP 1

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|----------------------------|--------------------------------|--------|----------------------|-------|------|
| Handlungsspielraum | KrankenpflegehelferIn | 6 | 3,1111 | 3,097 | ,002 |
| | SozialpädagogenIn | 13 | 3,7436 | | |
| | Total | 345 | 3,5449 | | |
| Soziale Rückendeckung | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 3,3333 | 2,045 | ,041 |
| | KrankenpflegehelferIn | 5 | 4,5333 | | |
| | Total | 345 | 3,9556 | | |
| Zusammenarbeit | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 3,0741 | 2,342 | ,018 |
| | KrankenpflegehelferIn | 6 | 4,2222 | | |
| | Total | 354 | 3,7081 | | |
| Quantitative Anforderungen | ErzieherIn | 10 | 2,5000 | 5,426 | ,000 |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 3,6667 | | |
| | Total | 353 | 2,9717 | | |
| Arbeitsunterbrechungen | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 2,0556 | 3,409 | ,001 |
| | Sonstige | 5 | 3,4000 | | |
| | Total | 355 | 2,8873 | | |
| Umgebungsbedingungen | KrankenpflegehelferIn | 6 | 1,9167 | 5,090 | ,000 |
| | Sonstige | 5 | 3,6000 | | |
| | Total | 353 | 2,6218 | | |
| Betriebliche Leistungen | Sonstige | 4 | 2,3750 | 2,361 | ,017 |
| | Auszubildender Pflege | 8 | 3,5000 | | |
| | Total | 355 | 3,0775 | | |

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erbrachte für die Skala Quantitative Anforderungen eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber genauso wie die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 35,300$, $df = 8$, $p < 0,001$).

Bei den KFZA-Skalen zeigten sich signifikante Unterschiede in zwischen den Berufsgruppen bei den Skalen Handlungsspielraum (Minimum KrankenpflegehelferInnen, Maximum SozialpädagogenInnen $f = 3,097$, $p = 0,002$), Soziale Rückendeckung (Minimum Therapeutische MitarbeiterInnen, Maximum KrankenpflegehelferInnen $f = 2,045$, $p = 0,041$), Zusammenarbeit (Minimum Therapeutische MitarbeiterInnen, Maximum KrankenpflegehelferInnen $f = 2,342$, $p = 0,018$), Quantitative Anforderungen (Minimum ErzieherInnen, Maximum Therapeutische MitarbeiterInnen), Arbeitsunterbrechungen (Minimum Therapeutische MitarbeiterInnen, Sonstige $f = 3,409$, $p = 0,001$), Umgebungsbedingungen (Minimum KrankenpflegehelferInnen, Maximum Sonstige $f = 5,090$, $p < 0,001$) und Betriebliche Leistungen (Minimum Sonstige, Maximum Auszubildende Pflege $f = 2,361$, $p = 0,017$).

In zwei Ressourcenfaktoren (Soziale Rückendeckung und Zusammenarbeit) erreichten die Therapeutischen MitarbeiterInnen die Minimalwerte, gleichzeitig erreichten sie bei den Quantitativen Anforderungen den Maximalwert. Die KrankenpflegehelferInnen erreichten in den Skalen soziale Rückendeckung und Zusammenarbeit die höchsten Werte. Die sonstigen MitarbeiterIn-

nen (Betreuende Tätigkeiten) erreichten in den Belastungsfaktoren Arbeitsunterbrechungen und Umgebungsbedingungen Maximalwerte.

Tabelle 98: ANOVA Berufsgruppen und Ressourcenskalen MZP 1

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------|----------------------|-------|------|
| Professionelle Ressourcen | Auszubildender Pflege | 8 | 3,3438 | 4,999 | ,000 |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 4,2778 | | |
| | Total | 348 | 4,1537 | | |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Auszubildender Pflege | 8 | 3,5938 | 2,086 | ,037 |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 4,2500 | | |
| | Total | 347 | 4,1207 | | |
| Soziale Ressourcen | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 3,1852 | 2,932 | ,004 |
| | KrankenpflegehelferIn | 4 | 4,1250 | | |
| | Total | 349 | 3,7607 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 9 | 3,2778 | 2,059 | ,039 |
| | KrankenpflegehelferIn | 5 | 4,2000 | | |
| | Total | 346 | 3,8088 | | |
| Materielle Ressourcen | Sonstige | 5 | 2,6667 | 2,120 | ,033 |
| | KrankenpflegehelferIn | 6 | 3,7778 | | |
| | Total | 351 | 3,5926 | | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Sonstige | 5 | 2,7333 | 2,373 | ,017 |
| | KrankenpflegehelferIn | 5 | 3,8000 | | |
| | Total | 349 | 3,6361 | | |
| Gesamtressourcen | Sonstige | 5 | 3,5412 | 3,216 | ,002 |
| | Krankenschwester/Krankenpfleger | 235 | 3,9917 | | |
| | Total | 343 | 3,9120 | | |

Wie die Arbeitsbereiche unterschieden sich auch die verschiedenen Berufsgruppen signifikant hinsichtlich aller Ressourcenskalen mit Ausnahme der Skala Nutzbarkeit Gesamtressourcen.

Die Auszubildenden erreichten in den Skalen Professionellen Ressourcen ($f = 4,998$, $p < 0,001$) und Nutzbarkeit professionelle Ressourcen ($f = 2,086$, $p = 0,037$) die niedrigsten Werte, hier erreichten jeweils die Therapeutischen MitarbeiterInnen die höchsten Werte. Hinsichtlich der Sozialen Ressourcen ($f = 2,932$, $p = 0,004$) und der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 2,059$, $p = 0,039$) erreichten die therapeutischen MitarbeiterInnen die niedrigsten Werte, die Krankenpflegehelfer dagegen die höchsten Werte. Die sonstigen MitarbeiterInnen erreichten bei den materiellen Ressourcen ($f = 2,120$, $p = 0,033$), der Nutzbarkeit materieller Ressourcen ($f = 2,373$, $p = 0,017$) die niedrigsten Werte, hier erreichten die KrankenpflegehelferInnen die höchsten Werte. Bei den Gesamtressourcen ($f = 3,216$, $p = 0,002$) erreichten die sonstigen MitarbeiterInnen die geringsten und die Krankenschwestern/Pfleger die höchsten Werte.

Tabelle 99: ANOVA Berufsgruppen und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|---|-----------------------|--------|----------------------|-------|------|
| Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | ErzieherIn | 10 | 2,6000 | 2,042 | ,041 |
| | Auszubildender Pflege | 8 | 3,5000 | | |
| | Total | 357 | 3,3277 | | |
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | ErzieherIn | 9 | 2,7778 | 2,301 | ,021 |
| | Auszubildender Pflege | 8 | 3,6250 | | |
| | Total | 355 | 3,4338 | | |

Darüber hinaus zeigten sich signifikante Berufsgruppenunterschiede in den Variablen Kontrolle ($f = 2,600$, $p = 0,041$) und Selbstwirksamkeit ($f = 2,301$, $p = 0,021$). In beiden Items erreichten die ErzieherInnen die Minimalwerte und die Auszubildenden die Maximalwerte.

Tabelle 100: ANOVA Berufsgruppen und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sig. |
|-------------|-----------------------|--------|----------------------|-------|------|
| Erschöpfung | Auszubildender Pflege | 8 | 2,5000 | 1,912 | ,057 |
| | Arzt/Ärztin | 37 | 3,2432 | | |
| | Total | 352 | 2,9148 | | |

Bei den arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Items unterschieden sich die Berufsgruppen in keinem Bereich signifikant.

Wie schon bei den Arbeitsbereichen zeigte sich hinsichtlich des Items für Erschöpfung eine statistisch bedeutsame Tendenz ($f = 1,912$, $p = 0,057$). Die Auszubildenden erreichten hier die niedrigsten Werte, die ÄrztInnen die höchsten.

- *Alter*

Zur Aufdeckung von Zusammenhängen zwischen der Variable Alter und den Skalen- und Itemwerten wurden jeweils Korrelationen berechnet.

Signifikante Korrelationen zeigten sich in allen Bereichen mit Ausnahme der Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Tabelle 101: Korrelation Alter und KFZA-Skalen MZP 1

| | | Alter |
|----------------------------|---------------------|-------|
| Ganzheitlichkeit | Pearson Korrelation | ,160 |
| | Sig. (2-seitig) | ,003 |
| | N | 341 |
| Quantitative Anforderungen | Pearson Korrelation | ,260 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 348 |

Bei den KFZA-Skalen ergaben sich schwache positive Korrelationen zwischen Alter und Ganzheitlichkeit ($r = 0,160$, $p = 0,003$) sowie Alter und Quantitative Anforderungen ($r = 0,260$, $p < 0,001$).

Ältere MitarbeiterInnen beurteilen ihre Arbeit demnach eher als ganzheitlich, nehmen aber auch vermehrt quantitative Belastungen wahr.

Tabelle 102: Korrelation Alter und Ressourcenskalen MZP 1

| | | Alter |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|
| Professionelle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,306 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 343 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,248 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 342 |
| Materielle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,115 |
| | Sig. (2-seitig) | ,033 |
| | N | 346 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,107 |
| | Sig. (2-seitig) | ,047 |
| | N | 344 |
| Gesamtressourcen | Pearson Korrelation | ,135 |
| | Sig. (2-seitig) | ,013 |
| | N | 338 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | Pearson Korrelation | ,111 |
| | Sig. (2-seitig) | ,043 |
| | N | 334 |

Signifikante schwache positive Korrelationen ergaben sich zwischen Alter und Professionellen Ressourcen ($r = 0,306$, $p < 0,001$) und Nutzbarkeit professionelle Ressourcen ($r = 0,248$, $p < 0,001$). Ältere MitarbeiterInnen beurteilen ihre Professionellen Ressourcen und ihre Nutzbarkeit höher als jüngere Mitarbeiterinnen.

Zwischen Alter einerseits und Materiellen Ressourcen ($r = 0,115$, $p = 0,033$), Nutzbarkeit materielle Ressourcen ($r = 0,107$, $p = 0,047$), Gesamtressourcen ($r = 0,135$, $p = 0,013$) und Nutzbarkeit Gesamtressourcen ($r = 0,111$, $p = 0,043$) zeigten sich sehr schwache positive Korrelationen.

Zwischen Alter und wahrgenommener Kontrolle und wahrgenommener Selbstwirksamkeit konnten dagegen keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden.

Tabelle 103: Korrelation Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1

| | | Alter |
|--------------------------------|---------------------|--------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | Pearson Korrelation | -,185 |
| | Sig. (2-seitig) | ,001 |
| | N | 344 |
| Nachgedanken | Pearson Korrelation | ,195 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 345 |
| Bedrückung | Pearson Korrelation | ,120 |
| | Sig. (2-seitig) | ,026 |
| | N | 346 |
| Psychosomatik | Pearson Korrelation | ,198 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 351 |

Zwischen Alter und arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Items und Skalen ergaben sich verschiedene schwache Korrelationen.

Eine schwache negative Korrelation ergab sich zur Einschätzung des Allgemeinen Gesundheitszustandes ($r = -0,185$, $p = 0,001$). Schwache positive Korrelationen ergaben sich zu den Variablen Nachgedanken ($r = 0,195$, $p < 0,001$), Bedrückung ($r = 0,120$, $p = 0,026$) und Psychosomatik ($r = 0,198$, $p < 0,001$).

- ***Dauer der Mitarbeit***

Auch zwischen der Variable Dauer der Mitarbeit und den Skalen- und Itemwerten wurden Korrelationen berechnet.

Auch hier zeigten sich signifikante Korrelationen in allen Bereichen mit Ausnahme der Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Tabelle 104: Korrelation Dauer der Mitarbeit und KFZA-Skalen MZP 1

| | | Dauer der Mitarbeit |
|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Handlungsspielraum | Pearson Korrelation | ,128 |
| | Sig. (2-seitig) | ,018 |
| | N | 345 |
| Qualitative Anforderungen | Pearson Korrelation | ,114 |
| | Sig. (2-seitig) | ,034 |
| | N | 348 |
| Quantitative Anforderungen | Pearson Korrelation | ,211 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 346 |
| Arbeitsunterbrechungen | Pearson Korrelation | ,142 |
| | Sig. (2-seitig) | ,008 |
| | N | 348 |

Signifikante schwache positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen Dauer der Mitarbeit und Handlungsspielraum ($r = 0,128$, $p = 0,018$), Qualitativen Anforderungen ($r = 0,114$, $p = 0,034$), Quantitativen Anforderungen ($r = 0,211$, $p < 0,001$) und Arbeitsunterbrechungen ($r = 0,124$, $p = 0,008$).

Mit zunehmender Dauer der Mitarbeit erleben MitarbeiterInnen ihren Handlungsspielraum als größer, gleichzeitig steigen mit zunehmender Mitarbeitsdauer wahrgenommene Belastungen durch qualitative und quantitative Anforderungen und Arbeitsunterbrechungen.

Tabelle 105: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Ressourcenskalen MZP 1

| | | Dauer der Mitarbeit |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Professionelle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,286 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 345 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,216 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 344 |
| Materielle Ressourcen | Pearson Korrelation | ,126 |
| | Sig. (2-seitig) | ,018 |
| | N | 348 |
| Gesamtressourcen | Pearson Korrelation | ,141 |
| | Sig. (2-seitig) | ,009 |
| | N | 340 |

Signifikante schwach-positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen Dauer der Mitarbeit und Professionellen Ressourcen ($r = 0,286$, $p < 0,001$), Nutzbarkeit professionelle Ressourcen ($r = 0,216$, $p < 0,001$), Materiellen Ressourcen ($r = 0,126$, $p = 0,018$) und Gesamtressourcen ($r = 0,141$, $p = 0,009$).

Je länger die Dauer der Mitarbeit war, desto besser bewerten die MitarbeiterInnen bei der ersten Messung ihre Professionellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit, die Materiellen Ressourcen sowie ihre Gesamtressourcen.

Zwischen Dauer der Mitarbeit und den Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit zeigten sich dagegen keine signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 106: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1

| | | Dauer der Mitarbeit |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | Pearson Korrelation | -,260 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 346 |
| Nachgedanken | Pearson Korrelation | ,192 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 347 |
| Bedrückung | Pearson Korrelation | ,112 |
| | Sig. (2-seitig) | ,037 |
| | N | 348 |
| Psychosomatik | Pearson Korrelation | ,201 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 |
| | N | 349 |

Die Zusammenhänge zwischen Dauer der Mitarbeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren sind ähnlich wie die Zusammenhänge zwischen Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Ein signifikant negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen Dauer der Mitarbeit und Allgemeinem Gesundheitszustand ($r = -0,260$, $p < 0,001$). Signifikante schwache positive Zusammenhänge ergaben sich zu Nachgedanken ($r = 0,192$, $p < 0,001$), Bedrückung ($r = 0,112$, $p = 0,037$) und Psychosomatik ($r = 0,201$, $p < 0,001$).

- **Geschlecht**

Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich bei einigen KFZA-Skalen, Ressourcenskalen und Indikatoren für Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, nicht aber bei den Items für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen.

Tabelle 107: ANOVA Geschlecht und KFZA-Skalen MZP 1

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwerte | F | Sig. |
|-----------------------|------------|--------|-------------|-------|------|
| Soziale Rückendeckung | männlich | 122 | 3,8169 | 5,895 | ,016 |
| | weiblich | 223 | 4,0314 | | |
| | Total | 345 | 3,9556 | | |

Die Überprüfung auf Varianzhomogenität erbrachte für die Skala Umgebungsbedingungen eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber wie die Varianzanalyse ein nicht-signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 0,590$, $df = 1$, $p = 0,442$).

Bei den KFZA-Items zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen lediglich bei der Sozialen Rückendeckung ($f = 5,895$, $p = 0,016$). Hier erreichten die Frauen höhere Werte. Für alle anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Tabelle 108: ANOVA Geschlecht und Ressourcenskalen MZP 1

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwerte | F | Sig. |
|--------------------------------|------------|--------|-------------|-------|------|
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | männlich | 120 | 3,6778 | 5,277 | ,022 |
| | weiblich | 226 | 3,8783 | | |
| | Total | 346 | 3,8088 | | |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | männlich | 118 | 3,8385 | 4,278 | ,039 |
| | weiblich | 221 | 3,9667 | | |
| | Total | 339 | 3,9221 | | |

Bei den Ressourcenskalen unterschieden sich Männer und Frauen bei den Skalen Nutzbarkeit soziale Ressourcen ($f = 5,277$, $p = 0,022$) und Nutzbarkeit Gesamtressourcen ($f = 4,278$, $p = 0,039$). In beiden Bereichen erreichten die Frauen höhere Werte als die Männer. Dieses Ergebnis korrespondiert mit dem o.g. Ergebnis zur Sozialen Rückendeckung beim KFZA.

Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede zeigten sich bei den Werten für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit.

Tabelle 109: ANOVA Geschlecht und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwerte | F | Sig. |
|----------------------|------------|--------|-------------|--------|------|
| Arbeitszufriedenheit | männlich | 125 | 3,6560 | 7,519 | ,006 |
| | weiblich | 232 | 3,9052 | | |
| | Total | 357 | 3,8179 | | |
| Nachgedanken | männlich | 122 | 2,1475 | 6,870 | ,009 |
| | weiblich | 228 | 2,3684 | | |
| | Total | 350 | 2,2914 | | |
| Erschöpfung | männlich | 123 | 2,7805 | 5,628 | ,018 |
| | weiblich | 229 | 2,9869 | | |
| | Total | 352 | 2,9148 | | |
| Müdigkeit | männlich | 123 | 2,3252 | 17,434 | ,000 |
| | weiblich | 229 | 2,7162 | | |
| | Total | 352 | 2,5795 | | |
| Psychosomatik | männlich | 125 | 11,4880 | 6,511 | ,011 |
| | weiblich | 231 | 14,2468 | | |
| | Total | 356 | 13,2781 | | |

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erbrachte für die Items Nachgedanken, Bedrückung und Müdigkeit signifikante Abweichungen. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber die gleichen Ergebnisse wie die Varianzanalyse (Nachgedanken: $\chi^2 = 6,269$, $df = 1$, $p = 0,012$; Bedrückung: $\chi^2 = 1,712$, $df = 1$, $p = 0,191$; Müdigkeit: $\chi^2 = 16,914$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Bei den arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Items zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit ($f = 7,519$, $p = 0,006$), Nachgedanken ($f = 6,870$, $p = 0,009$), Erschöpfung ($f = 5,628$, $p = 0,018$), Müdigkeit ($f = 17,434$, $p < 0,001$) und Psychosomatik ($f = 6,511$, $p = 0,011$). In allen Bereichen erreichten die Frauen höhere Werte.

Frauen waren bei der ersten Messung offensichtlich zufriedener mit ihrer Arbeit als Männer, gleichzeitig waren sie aber auch belasteter und hatten eher psychosomatische Beschwerden.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass beim KFZA am meisten signifikante Unterschiede bei den arbeitsbezogenen Determinanten (Klinik, Arbeitsbereich, Berufsgruppe) festgestellt werden konnten. Bei den personenbezogenen Determinanten Alter und Geschlecht wurden weniger signifikante Unterschiede festgestellt. Eine Zwischenstellung nimmt hier die Dauer der Mitarbeit ein mit vier signifikanten Korrelationen zu den KFZA-Faktoren. Ähnliches wie beim KFZA trifft auch auf die Ressourcenskalen zu. Unterschiede bezüglich der Items Kontrolle und Selbstwirksamkeit konnten ebenfalls nur bei den arbeitsbezogenen Determinanten, insbesondere Berufsgruppe und Arbeitsbereich, festgestellt werden, nicht jedoch bei den personenbezogenen Determinanten und der Dauer der Mitarbeit. Bei den arbeitszufriedenheits- und gesundheitsbezogenen Items und Skalen zeigten sich dagegen signifikante Unterschiede sowohl bei den personenbezogenen Determinanten Alter und Geschlecht als auch bei der Dauer der Mitarbeit und den Kliniken.

Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen

Im folgenden werden Skalenwerte der Gruppe 1 (Teilnahme an Befragung 1) und der Gruppe 2 (Teilnahme an Befragung 1 und 2) auf Unterschiede hin untersucht.

Signifikante Unterschiede ergaben sich nur hinsichtlich einiger KFZA-Subskalen. Hinsichtlich der Ressourcenskalen, der Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit und der Arbeitszufrieden-

heits- und Gesundheitsindikatoren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen.

Tabelle 110: ANOVA Teilnahmegruppen und KFZA-Faktoren MZP 1

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sig. |
|----------------------------|--------|--------|------------|-------|-------|
| Quantitative Anforderungen | 1 | 210 | 2,8500 | 7,533 | 0,006 |
| | 2 | 145 | 3,1620 | | |
| | Total | 355 | 2,9774 | | |
| Umgebungsbedingungen | 1 | 210 | 2,5071 | 5,476 | 0,020 |
| | 2 | 145 | 2,7862 | | |
| | Total | 355 | 2,6211 | | |

Die Überprüfung auf Varianzhomogenität erbrachte für die Skala Handlungsspielraum eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte wie die Varianzanalyse keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($\chi^2 = 3,015$, $df = 1$, $p = 0,378$).

Bei den KFZA-Skalen zeigten sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten bei den Subskalen Quantitative Anforderungen ($f = 7,533$, $p = 0,006$) und Umgebungsbedingungen ($f = 5,476$, $p = 0,020$). Beide Werte waren in Gruppe 2 höher als in Gruppe 1. In allen anderen Skalen unterschieden sich die beiden Teilnahmegruppen nicht signifikant voneinander.

Hinsichtlich der Ressourcenskalen ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen beiden Teilnahmegruppen. Dies betrifft sowohl die Einzelskalen als auch die Werte für die Gesamtskalen.

Lediglich bei der Skala für Soziale Ressourcen zeigte sich eine statistisch bedeutsame Tendenz ($f = 2,772$, $p = 0,097$). Hier war der Wert bei Gruppe 1 höher als bei Gruppe 2.

Auch bezüglich der Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie der Indikatoren für Arbeitszufriedenheit und Gesundheit ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen 1 und 2.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es bei den Skalenwerten des MZP 1 mit Ausnahme zweier Belastungsfaktoren (Quantitative Überforderung, Belastungen durch die Arbeitsumgebung) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen 1 und 2 gegeben hat. Diesbezüglich kann davon ausgegangen werden, dass es keine systematischen Selektionseffekte gegeben hat.

2. Skalenwerte Befragung 2

Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)

Tabelle 111: KFZA-Skalen Skalenmittelwerte MZP 2

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Handlungsspielraum | 232 | 1,00 | 5,00 | 3,5805 | ,7433 | -,522 | ,160 | ,887 | ,318 |
| Vielseitigkeit | 235 | 2,00 | 5,00 | 3,7730 | ,7165 | -,308 | ,159 | -,349 | ,316 |
| Ganzheitlichkeit | 226 | 1,00 | 5,00 | 3,2168 | ,9126 | -,129 | ,162 | -,482 | ,322 |
| Soziale Rückendeckung | 238 | 2,00 | 5,00 | 3,9748 | ,7608 | -,445 | ,158 | -,487 | ,314 |
| Zusammenarbeit | 237 | 1,67 | 5,00 | 3,6020 | ,6886 | -,322 | ,158 | -,158 | ,315 |
| Qualitative Anforderungen | 237 | 1,00 | 5,00 | 2,2342 | ,9572 | ,486 | ,158 | -,355 | ,315 |
| Quantitative Anforderungen | 238 | 1,00 | 5,00 | 3,1029 | 1,0015 | -,096 | ,158 | -,528 | ,314 |
| Arbeitsunterbrechungen | 238 | 1,00 | 5,00 | 3,0315 | ,8332 | -,161 | ,158 | -,221 | ,314 |
| Umgebungsbedingungen | 237 | 1,00 | 5,00 | 2,8418 | 1,0947 | ,126 | ,158 | -,795 | ,315 |
| Information Mitarbeiter | 235 | 1,00 | 5,00 | 3,0511 | ,8305 | -,288 | ,159 | -,211 | ,316 |
| Betriebliche Leistungen | 236 | 1,00 | 5,00 | 2,8496 | ,8966 | ,035 | ,158 | -,495 | ,316 |
| Gültige N (listwise) | 215 | | | | | | | | |

Die Skalenmittelwerte schwankten zwischen 2,234 und 3,974. Die Verteilungsschiefe der Skalen schwankte zwischen - 0,522 und + 0,486. Die Steilheit der Verteilungen schwankte zwischen - 0,795 und + 0,887. Wie bei der ersten Befragung waren die Entlastungsskalen insgesamt eher linksschief verteilt (Ausnahme: Betriebliche Leistungen). Die Belastungsfaktoren waren mit Ausnahme des Werts für Quantitative Anforderungen und Arbeitsunterbrechungen eher rechtschief verteilt. Die Q-Q-Plots zur visuellen Überprüfung sind in der Anlage aufgeführt.

Ressourcenskalen

Tabelle 112: Ressourcenskalen Skalenmittelwerte MZP 2

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Professionelle Ressourcen | 229 | 2,38 | 5,00 | 4,1146 | ,5050 | -,490 | ,161 | ,763 | ,320 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | 231 | 2,38 | 5,00 | 4,0774 | ,5410 | -,377 | ,160 | ,032 | ,319 |
| Soziale Ressourcen | 231 | 1,67 | 5,00 | 3,7439 | ,8468 | -,372 | ,160 | -,663 | ,319 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 230 | 1,67 | 5,00 | 3,7717 | ,8174 | -,384 | ,160 | -,481 | ,320 |
| Materielle Ressourcen | 236 | 2,00 | 5,00 | 3,5014 | ,6649 | ,130 | ,158 | -,446 | ,316 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 233 | 2,00 | 5,00 | 3,5866 | ,6397 | ,018 | ,159 | -,297 | ,318 |
| Gesamtressourcen | 226 | 2,12 | 4,94 | 3,8719 | ,5177 | -,327 | ,162 | -,051 | ,322 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | 224 | 2,12 | 4,94 | 3,8732 | ,5547 | -,324 | ,163 | -,242 | ,324 |
| Gültige N (listwise) | 219 | | | | | | | | |

Die Skalenmittelwerte für die Einzelbereiche schwankten zwischen 3,5014 und 4,1146. Die Verteilungsschiefe der Skalen schwankte zwischen - 0,490 und - 0,018. Die Steilheit der Verteilungen schwankte zwischen - 0,663 und + 0,736. Die Mittelwerte der Gesamtskalen lagen bei

3,8719 und 3,8732. Die Verteilungsschiefe lag bei 0,327 und 0,324. Die Steilheit lag bei - 0,051 und - 0,242. Alle Mittelwerte lagen somit über dem Skalenmittelwert. Die Verteilungen waren mit Ausnahme der Skalen zu den materiellen Ressourcen linksschief und eher flach.

Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Tabelle 113: Kontrolle und Selbstwirksamkeit Mittelwerte MZP 2

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|---|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | 234 | 1,00 | 5,00 | 3,2393 | ,8354 | -,208 | ,159 | -,199 | ,317 |
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | 233 | 1,00 | 5,00 | 3,3777 | ,8272 | -,295 | ,159 | -,079 | ,318 |
| Gültige N (listwise) | 233 | | | | | | | | |

Die Mittelwerte der Items lagen bei 3,23 und 3,37. Beide Skalen sind eher linksschief (- 0,208 und - 0,295) und eher flach verteilt (- 0,199 und -0,079).

Arbeitszufriedenheit, Allgemeiner Gesundheitszustand, Belastetheit, Psychosomatik

Tabelle 114: Arbeitszufriedenheit, Allg. Gesundheitszustand, Belastetheit, Psychosomatik Mittelwerte MZP 2

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|--------------------------------|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Arbeitszufriedenheit | 237 | 1,00 | 5,00 | 3,7764 | ,8615 | -,393 | ,158 | -,220 | ,315 |
| Allgemeiner Gesundheitszustand | 238 | 1,00 | 5,00 | 3,3697 | ,8305 | -,069 | ,158 | -,206 | ,314 |
| Nachgedanken | 238 | 1,00 | 4,00 | 2,2395 | ,7557 | ,636 | ,158 | ,357 | ,314 |
| Erschöpfung | 238 | 1,00 | 4,00 | 2,9076 | ,7848 | ,006 | ,158 | -1,022 | ,314 |
| Bedrückung | 237 | 1,00 | 4,00 | 2,1308 | ,7218 | ,412 | ,158 | ,218 | ,315 |
| Müdigkeit | 238 | 1,00 | 4,00 | 2,6345 | ,8298 | ,101 | ,158 | -,667 | ,314 |
| Psychosomatik | 238 | ,00 | 58,00 | 13,5336 | 9,9113 | 1,255 | ,158 | 2,129 | ,314 |
| Gültige N (listwise) | 236 | | | | | | | | |

Die hier zusammen dargestellten Items und Skalen umfassen unterschiedliche Skalenbreiten. Die fünfstufigen Items Arbeitszufriedenheit und Allg. Gesundheitszustand zeigten Mittelwerte von 3,36 – 3,77 bei einer Verteilungsschiefe von - 0,393 – 0,069. Mit Werten von - 0,220 und 0,206 sind die Verteilungen eher flach.

Die vierstufigen Belastetheitsitems erbrachten Mittelwerte von 2,13 bis 2,90. Die Schiefewerte lagen zwischen 0,006 und 0,636. Die Verteilungsteile lag zwischen - 1,022 und + 0,375.

Der Mittelwert für die Beschwerdenliste lag bei 13,53. Die Verteilung ist mit 1,255 eher rechtschief und eher steil (Kurtosis = 2,129).

Wahrgenommene Veränderungen Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit

Am Messzeitpunkt 2 wurden alle ProbandenInnen gebeten, auf einer 5-stufigen Skala von – 2 (Verschlechterung) bis + 2 (Verbesserung) Veränderungen bei den Ressourcen, der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit im Vergleich zur ersten Messung anzugeben.

Tabelle 115: Wahrgenommene Veränderungen Ressourcen Mittelwerte MZP 2

| | N | Mini- mum | Maxi- mum | Mittel- wert | Std.- Abw. | Skew- ness | | Kurtosis | |
|---|----------------|----------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|-----------|----------------|
| | Sta- tistik | Sta- tistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Wg. Veränderung Fach- kenntnisse | 204 | -1,00 | 2,00 | ,3480 | ,5800 | ,691 | ,170 | ,302 | ,339 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Fachkenntnisse | 199 | -1,00 | 2,00 | ,1608 | ,5068 | 1,436 | ,172 | 3,615 | ,343 |
| Wg. Veränderung Feldkompe- tenz | 201 | -2,00 | 2,00 | ,2537 | ,5919 | ,740 | ,172 | 3,012 | ,341 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Feldkompetenz | 200 | -2,00 | 2,00 | ,2200 | ,5320 | ,765 | ,172 | 2,722 | ,342 |
| Wg. Veränderung Sicherheit | 198 | -1,00 | 2,00 | ,2374 | ,5603 | 1,234 | ,173 | 2,014 | ,344 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Sicherheit | 195 | -1,00 | 2,00 | ,2205 | ,4736 | 1,477 | ,174 | 2,159 | ,346 |
| Wg. Veränderung Wahrneh- mungsfähigkeit Klienten | 194 | ,00 | 2,00 | ,2216 | ,4746 | 2,056 | ,175 | 3,538 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | 192 | -1,00 | 2,00 | ,1667 | ,4726 | 1,693 | ,175 | 4,122 | ,349 |
| Wg. Veränderung berufliche Fertigkeiten | 193 | -2,00 | 2,00 | ,1865 | ,5066 | 1,018 | ,175 | 4,023 | ,348 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten | 194 | -2,00 | 2,00 | ,1856 | ,5256 | 1,048 | ,175 | 3,898 | ,347 |
| Wg. Veränderung Handlungs- und Entscheidungsmöglich- keiten | 191 | -2,00 | 2,00 | 7,853E- 02 | ,4803 | ,796 | ,176 | 5,750 | ,350 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Handlungs- und Entschei- dungsmöglichkeiten | 191 | -2,00 | 2,00 | 8,901E- 02 | ,4784 | ,838 | ,176 | 5,743 | ,350 |
| Wg. Veränderung Ab- grenzungsfähigkeit | 194 | -1,00 | 2,00 | ,1495 | ,4702 | 1,975 | ,175 | 5,455 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit | 192 | -1,00 | 2,00 | ,1458 | ,4572 | 2,212 | ,175 | 6,294 | ,349 |
| Wg. Veränderung Einfühlungs- vermögen | 193 | -1,00 | 2,00 | ,1088 | ,4000 | 3,350 | ,175 | 12,295 | ,348 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen | 194 | -1,00 | 2,00 | 7,216E- 02 | ,4007 | 2,540 | ,175 | 11,468 | ,347 |
| Wg. Veränderung Information Kollegen | 194 | -1,00 | 2,00 | 7,216E- 02 | ,4134 | 1,836 | ,175 | 8,260 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Information Kollegen | 193 | -2,00 | 2,00 | ,1036 | ,3948 | 1,923 | ,175 | 12,154 | ,348 |
| Wg. Veränderung praktische Unterstützung Kollegen | 194 | -1,00 | 2,00 | ,1134 | ,3775 | 2,370 | ,175 | 7,689 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollegen | 193 | -1,00 | 2,00 | ,1140 | ,3919 | 2,590 | ,175 | 8,832 | ,348 |
| Wg. Veränderung emotionale Unterstützung Kollegen | 194 | -2,00 | 2,00 | 9,794E- 02 | ,4503 | 1,451 | ,175 | 8,495 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen | 192 | -2,00 | 2,00 | 8,333E- 02 | ,4260 | 1,726 | ,175 | 11,079 | ,349 |
| Wg. Veränderung Information Vorgesetzte | 193 | -2,00 | 2,00 | 8,290E- 02 | ,5137 | 1,292 | ,175 | 6,431 | ,348 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Information Vorgesetzte | 193 | -2,00 | 2,00 | 8,808E- 02 | ,4760 | 1,433 | ,175 | 7,903 | ,348 |
| Wg. Veränderung praktische Unterstützung Vorgesetzte | 193 | -2,00 | 2,00 | 3,109E- 02 | ,4777 | ,092 | ,175 | 8,872 | ,348 |

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|--|-----|---------|---------|-------------|-----------|----------|------|----------|------|
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | 194 | -2,00 | 2,00 | 4,639E-02 | ,4697 | ,760 | ,175 | 9,212 | ,347 |
| Wg. Veränderung emotionale Unterstützung Vorgesetzte | 195 | -2,00 | 2,00 | 4,103E-02 | ,4957 | ,347 | ,174 | 8,415 | ,346 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte | 194 | -2,00 | 2,00 | 4,124E-02 | ,4970 | ,601 | ,175 | 9,323 | ,347 |
| Wg. Veränderung Einflussmöglichkeiten | 194 | -2,00 | 2,00 | 5,155E-02 | ,4960 | ,370 | ,175 | 6,265 | ,347 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten | 194 | -2,00 | 2,00 | 6,186E-02 | ,4394 | 1,422 | ,175 | 10,068 | ,347 |
| Wg. Veränderung Fortbildungsmöglichkeiten | 193 | -2,00 | 2,00 | 3,109E-02 | ,4554 | ,462 | ,175 | 9,292 | ,348 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten | 194 | -2,00 | 2,00 | 7,216E-02 | ,4258 | 1,245 | ,175 | 9,573 | ,347 |
| Wg. Veränderung materielle Ausstattung | 195 | -2,00 | 2,00 | -1,0256E-02 | ,3659 | ,510 | ,174 | 15,387 | ,346 |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit materielle Ausstattung | 196 | -1,00 | 2,00 | 2,551E-02 | ,2942 | 3,197 | ,174 | 24,736 | ,346 |
| Gültige N (listwise) | 170 | | | | | | | | |

Bezüglich der einzelnen Ressourcenitems zeigten sich überall – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – positive Mittelwerte, d.h. es wurden wenn dann Verbesserungen angegeben. Im nennenswerten positiven Bereich lagen dabei überwiegend Items aus dem Bereich der professionellen Ressourcen (Fachkenntnisse, Feldkompetenz, Sicherheit, Wahrnehmungsfähigkeit für KlientInnen, Fertigkeiten und Abgrenzungsfähigkeit). Bei den anderen Variablen waren die Mittelwerte teils deutlich kleiner.

Tabelle 116: Wahrgenommene Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit MZP 2

| | N | Minimum | Maximum | Mittelwert | Std.-Abw. | Skewness | | Kurtosis | |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Statistik | Std. Fehler | Statistik | Std. Fehler |
| Wg. Veränderung Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | 193 | -2,00 | 2,00 | 3,109E-02 | ,5392 | -,376 | ,175 | 5,160 | ,348 |
| Wg. Veränderung Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | 193 | -2,00 | 2,00 | 4,145E-02 | ,4983 | -,168 | ,175 | 6,382 | ,348 |
| Gültige N (listwise) | 193 | | | | | | | | |

Hinsichtlich der Bereiche Kontrolle und Selbstwirksamkeit bemerkten die ProbandenInnen der Untersuchungsgruppen kaum Veränderungen. Die Mittelwerte beider Variablen bewegten sich im sehr geringen positiven Bereich.

Unterschiede zwischen den Kliniken, Arbeitsbereichen, Berufsgruppen, Alter, Dauer der Mitarbeit und Geschlecht

- **Kliniken**

Signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken konnten beim zweiten Messzeitpunkt in allen Bereichen festgestellt werden.

Tabelle 117: ANOVA Kliniken und KFZA-Skalen MZP 2

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|----------------------------|--------------|--------|----------------------|-------|-------|
| Soziale Rückendeckung | 3 | 6 | 3,167 | 3,089 | 0,000 |
| | 11 | 6 | 4,778 | | |
| | Total | 238 | 3,975 | | |
| Zusammenarbeit | 16 | 11 | 2,939 | 3,409 | 0,000 |
| | 11 | 6 | 4,444 | | |
| | Total | 237 | 3,602 | | |
| Quantitative Anforderungen | 1 | 10 | 3,000 | 2,488 | 0,003 |
| | 17 | 76 | 2,743 | | |
| | Total | 238 | 3,103 | | |
| Arbeitsunterbrechungen | 7 | 6 | 1,750 | 2,920 | 0,000 |
| | 6 | 6 | 3,833 | | |
| | Total | 238 | 3,032 | | |
| Umgebungsbedingungen | 7 | 6 | 1,417 | 2,427 | 0,003 |
| | 6 | 6 | 3,333 | | |
| | Total | 237 | 2,842 | | |
| Information Mitarbeiter | 3 | 6 | 2,083 | 4,894 | 0,000 |
| | 11 | 6 | 4,167 | | |
| | Total | 235 | 3,051 | | |
| Betriebliche Leistungen | 3 | 6 | 1,583 | 5,338 | 0,000 |
| | 11 | 6 | 3,833 | | |
| | Total | 236 | 2,850 | | |

Die Überprüfung der Skalen auf Varianzenhomogenität erbrachte für die Skala Umgebungsbedingungen eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 31,724$, $df = 14$, $p = 0,004$).

Signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken zeigten sich in den Subskalen Soziale Rückendeckung (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 3,089$, $p < 0,001$), Zusammenarbeit (Minimum Klinik 16, Maximum Klinik 11, $f = 3,409$, $p < 0,001$), Quantitative Anforderungen (Minimum Klinik 1, Maximum Klinik 17, $f = 2,488$, $p = 0,003$), Arbeitsunterbrechungen (Minimum Klinik 7, Maximum Klinik 6, $f = 2,920$, $p < 0,001$), Umgebungsbedingungen (Minimum Klinik 7, Maximum Klinik 6, $f = 2,427$, $p = 0,003$), Information Mitarbeiter (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 4,894$, $p < 0,001$) sowie Betriebliche Leistungen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 5,338$, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Skalen Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit und Qualitative Anforderungen unterschieden sich die Kliniken am Messzeitpunkt 2 nicht.

Bei vier der Entlastungsskalen (Soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit, Information Mitarbeiter und Betriebliche Leistungen) erreichte die Klinik 11 die höchsten Werte. In drei Bereichen (soziale Rückendeckung, Information Mitarbeiter, Betriebliche Leistungen) erreichte Klinik 3 nur die Minimalwerte.

Tabelle 118: ANOVA Kliniken und Ressourcenskalen MZP 2

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|-----------------------------------|--------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Soziale Ressourcen | 3 | 6 | 2,667 | 2,645 | 0,001 |
| | 11 | 6 | 4,361 | | |
| | Total | 231 | 3,744 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 3 | 6 | 2,611 | 2,574 | 0,001 |
| | 11 | 5 | 4,267 | | |
| | Total | 230 | 3,772 | | |
| Materielle Ressourcen | 6 | 6 | 3,167 | 2,151 | 0,010 |
| | 7 | 6 | 4,333 | | |
| | Total | 236 | 3,501 | | |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 6 | 6 | 3,167 | 1,842 | 0,034 |
| | 7 | 6 | 4,278 | | |
| | Total | 233 | 3,587 | | |
| Gesamtressourcen | 3 | 6 | 3,480 | 1,984 | 0,020 |
| | 11 | 6 | 4,235 | | |
| | Total | 226 | 3,872 | | |

Signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken zeigten sich bei den Sozialen Ressourcen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 2,645$, $p = 0,001$), der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 2,574$, $p = 0,001$) und der Materiellen Ressourcen (Minimum Klinik 6, Maximum Klinik 7, $f = 2,151$, $p = 0,010$) und deren Nutzbarkeit (Minimum Klinik 6, Maximum Klinik 7, $f = 1,842$, $p = 0,034$) sowie bei den Gesamtressourcen (Minimum Klinik 3, Maximum Klinik 11, $f = 1,984$, $p = 0,020$).

Klinik 11 erreichte bei drei Skalen (Sozialen Ressourcen und deren Nutzbarkeit, Gesamtressourcen) die Maximalwerte. Die Minimalwerte zeigten sich in diesen Bereichen in Klinik 3.

Tabelle 119: ANOVA Kliniken und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 2

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|---|--------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen | 16 | 11 | 2,455 | 1,953 | 0,023 |
| | 11 | 6 | 3,667 | | |
| | Total | 234 | 3,239 | | |
| Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen | 6 | 6 | 2,833 | 1,659 | 0,066 |
| | 8 | 1 | 4,000 | | |
| | Total | 233 | 3,378 | | |

Signifikante Unterschiede bei den Mittelwerten der Kliniken zeigten sich nur bei den Werten für Kontrollmöglichkeiten gegenüber Belastungen ($f = 1,953$, $p = 0,023$). Hier erreichte wieder Klinik 11 den Maximalwert. Den geringsten Wert erreichte Klinik 16.

Tabelle 120: ANOVA Kliniken und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2

| | Kliniknummer | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|--------------------------------|--------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Arbeitszufriedenheit | 4 | 26 | 3,346 | 1,609 | 0,078 |
| | 8 | 1 | 5,000 | | |
| | Total | 237 | 3,776 | | |
| Allgemeiner Gesundheitszustand | 1 | 10 | 2,800 | 2,711 | 0,001 |
| | 8 | 1 | 4,000 | | |
| | Total | 238 | 3,370 | | |
| Erschöpfung | 3 | 6 | 2,333 | 1,877 | 0,030 |
| | 6 | 6 | 3,500 | | |
| | Total | 238 | 2,908 | | |
| Bedrückung | 15 | 17 | 1,765 | 1,546 | 0,096 |
| | 6 | 6 | 2,667 | | |
| | Total | 237 | 2,131 | | |

Die Überprüfung auf Varianzenhomogenität erbrachte für das Item Nachgedanken eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber wie die Varianzanalyse kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 21,051$, $df = 14$, $p = 0,100$).

Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen den Kliniken beim Allgemeinen Gesundheitszustand ($f = 2,711$, $p = 0,001$) und bei Erschöpfung ($f = 1,877$, $p = 0,030$).

Hinsichtlich des Allgemeinen Gesundheitszustandes erreichte Klinik 1 den niedrigsten, Klinik 8 den höchsten Wert. Beim Item Erschöpfung erreichte Klinik 3 den niedrigsten und Klinik 6 den höchsten Wert.

- *Arbeitsbereiche*

Zwischen den Arbeitsbereichen konnten Unterschiede hinsichtlich einiger KFZA-Skalen und einiger Ressourcenskalen festgestellt werden, nicht aber hinsichtlich der Items für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen und der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Tabelle 121: ANOVA Arbeitsbereiche und KFZA-Skalen MZP 2

| | Arbeitsbereich | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|----------------------------|----------------------------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Vielseitigkeit | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 19 | 3,632 | 2,400 | 0,017 |
| | Rehabilitation | 10 | 4,133 | | |
| | Total | 231 | 3,771 | | |
| Quantitative Anforderungen | Forensik | 9 | 2,611 | 3,740 | 0,000 |
| | Geriatric | 10 | 3,650 | | |
| | Total | 234 | 3,098 | | |
| Umgebungsbedingungen | Psychosomatik | 15 | 2,067 | 2,944 | 0,004 |
| | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 19 | 3,105 | | |
| | Total | 233 | 2,845 | | |
| Betriebliche Leistungen | Geriatric | 10 | 2,400 | 2,121 | 0,035 |
| | Rehabilitation | 10 | 3,300 | | |
| | Total | 232 | 2,847 | | |

Bei den KFZA-Skalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen bei den Skalen Vielseitigkeit (Minimum Kinder- und Jugendpsychiatrie, Maximum Rehabilitation, $f = 2,400$, $p = 0,017$), Quantitative Anforderungen (Minimum Forensik, Maximum Geriatrie, $f = 3,740$, $p < 0,001$), Umgebungsbedingungen (Minimum Psychosomatik, Maximum Kinder- und Jugendpsychiatrie, $f = 2,944$, $p = 0,004$) sowie Betriebliche Leistungen (Minimum Geriatrie, Maximum Rehabilitation, $f = 2,121$, $p = 0,035$).

Tabelle 122: ANOVA Arbeitsbereiche und Ressourcenskalen MZP 2

| | Arbeitsbereich | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|--------------------------------|----------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Soziale Ressourcen | Sonstiges | 1 | 3,000 | 2,050 | 0,042 |
| | Forensik | 9 | 4,111 | | |
| | Total | 227 | 3,751 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Sonstiges | 1 | 3,000 | 2,077 | 0,039 |
| | Forensik | 9 | 4,074 | | |
| | Total | 226 | 3,779 | | |

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erbrachte für die Skalen Materielle Ressourcen und Nutzbarkeit Materielle Ressourcen signifikante Abweichungen. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte bei der Skala Materielle Ressourcen im Gegensatz zur Varianzanalyse knapp signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen ($\chi^2 = 14,087$, $df = 7$, $p = 0,050$). Hinsichtlich der Nutzbarkeit materieller Ressourcen erbrachte der Kruskal-Wallis-Test wie die Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen ($\chi^2 = 11,121$, $df = 7$, $p = 0,133$).

Bei den Ressourcenskalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen bei den Sozialen Ressourcen ($f = 2,050$, $p = 0,042$) und der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 2,077$, $p = 0,039$). In beiden Fällen erreichten MitarbeiterInnen der forensischen Psychiatrie die Maximalwerte, während die Neurologie den niedrigsten Wert erreichte, was allerdings angesichts einer Zellenbesetzung von 1 wenig aussagekräftig ist.

In allen anderen Ressourcenskalen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen.

Auch hinsichtlich der Bereiche Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie hinsichtlich der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen.

- **Berufe**

Ähnlich wie zwischen den Arbeitsbereichen ergaben sich auch zwischen den Berufsgruppen nur Unterschiede hinsichtlich einiger KFZA-Subskalen und einiger Ressourcenskalen.

Tabelle 123: ANOVA Berufsgruppen und KFZA-Skalen MZP 2

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min – max | F | Sign. |
|----------------------------|-----------------------------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Vielseitigkeit | PsychologelIn | 11 | 3,394 | 2,400 | 0,017 |
| | Auszubildender Pflege | 1 | 5,000 | | |
| | Total | 232 | 3,777 | | |
| Quantitative Anforderungen | Auszubildender Pflege | 1 | 1,500 | 3,740 | 0,000 |
| | Therapeutische/r MitarbeiterIn | 7 | 3,857 | | |
| | Total | 235 | 3,098 | | |
| Betriebliche Leistungen | PsychologelIn | 11 | 2,091 | 2,121 | 0,035 |
| | Sozialpädago- geln | 6 | 3,333 | | |
| | Total | 233 | 2,852 | | |

Signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten sich beim KFZA hinsichtlich der Skalen Vielseitigkeit (Minimum PsychologelIn, Maximum Auszubildende Pflege, $f = 2,400$, $p = 0,017$), Quantitativen Anforderungen (Minimum Auszubildende Pflege, Maximum Therapeutische MitarbeiterIn, $f = 3,74$, $p < 0,001$) und des Bereichs Betriebliche Leistungen (Minimum PsychologelIn, Maximum SozialpädagogeIn, $f = 2,121$, $p = 0,035$).

Tabelle 124: ANOVA Berufsgruppen und Ressourcenskalen MZP 2

| | Berufsgruppe | Anzahl | Mittelwert min - max | F | Sign. |
|--------------------------------|----------------------------|--------|-------------------------|-------|-------|
| Soziale Ressourcen | Arzt/Ärztin | 18 | 3,222 | 2,050 | 0,042 |
| | Krankenpflege- helferIn | 7 | 3,952 | | |
| | Total | 228 | 3,746 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | PsychologelIn | 11 | 3,182 | 2,077 | 0,039 |
| | Sozialpädago- geln | 6 | 4,083 | | |
| | Total | 227 | 3,773 | | |

Signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten sich bei den Sozialen Ressourcen (Minimum Arzt(Ärztin, Maximum KrankenpflegehelferIn, $f = 2,050$, $p = 0,042$) und der Nutzbarkeit der Sozialen Ressourcen (Minimum PsychologelIn, Maximum SozialpädagogeIn, $f = 2,077$, $p = 0,039$).

Keine berufsgruppenspezifischen signifikanten Unterschiede zeigten sich bei den Items für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen und bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

- **Alter**

Signifikante Zusammenhänge zeigten sich am Messzeitpunkt 2 zwischen Alter und einigen KFZA-Skalen, einer Ressourcenskala und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Tabelle 125: Korrelation Alter und KFZA-Skalen MZP 2

| | | Alter |
|----------------------------|---------------------|--------------|
| Qualitative Anforderungen | Pearson Korrelation | 0,208 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,002 |
| | N | 228,000 |
| Quantitative Anforderungen | Pearson Korrelation | 0,260 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,000 |
| | N | 229,000 |

Signifikante schwache positive Korrelationen zeigten sich zwischen Alter und Qualitativen Anforderungen ($r = 0,208$, $p = 0,002$) und Quantitativen Anforderungen ($r = 0,260$, $p < 0,000$).

Mit zunehmendem Alter steigen offensichtlich die wahrgenommenen qualitativen und quantitativen Anforderungen in der Arbeit.

Tabelle 126: Korrelation Alter und Ressourcenskalen MZP 2

| | | Alter |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| Professionelle Ressourcen | Pearson Korrelation | 0,144 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,032 |
| | N | 220,000 |

Eine signifikante schwache positive Korrelation zeigte sich zwischen Alter und Professionellen Ressourcen ($r = 0,144$, $p = 0,032$).

In allen anderen Ressourcenskalen ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zum Alter.

Tabelle 127: Korrelation Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2

| | | Alter |
|--------------------------------|---------------------|--------------|
| Arbeitszufriedenheit | Pearson Korrelation | -0,177 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,007 |
| | N | 228,000 |
| Allgemeiner Gesundheitszustand | Pearson Korrelation | -0,278 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,000 |
| | N | 229,000 |
| Nachgedanken | Pearson Korrelation | 0,167 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,011 |
| | N | 229,000 |
| Erschöpfung | Pearson Korrelation | 0,172 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,009 |
| | N | 229,000 |
| Bedrückung | Pearson Korrelation | 0,153 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,021 |
| | N | 228,000 |
| Psychosomatik | Pearson Korrelation | 0,221 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,001 |
| | N | 229,000 |

Wie schon beim Befragungszeitpunkt 1 ergaben sich auch beim Messzeitpunkt 2 verschiedene signifikante schwache Korrelationen zwischen Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Schwach negative Korrelationen bestanden zu Arbeitszufriedenheit ($r = -0,177$, $p = 0,007$) und Allg. Gesundheitszustand ($r = -0,278$, $p < 0,001$). Schwach positive Korrelationen bestanden zu Nachgedanken ($r = 0,176$, $p = 0,011$), Erschöpfung ($r = 0,172$, $p = 0,009$), Bedrückung ($r = 0,153$, $p = 0,021$) und Psychosomatik ($r = 0,221$, $p = 0,001$).

Mit zunehmendem Alter scheinen Arbeitszufriedenheit und Allgemeiner Gesundheitszustand schlechter bewertet zu werden, gleichzeitig nehmen mit zunehmendem Alter die Werte für Belastetheitsindikatoren und für Psychosomatik zu.

- **Dauer der Mitarbeit**

Signifikante Zusammenhänge ergaben sich zwischen Dauer der Mitarbeit und einer KFZA-Skala sowie einigen der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren.

Tabelle 128: Korrelation Dauer der Mitarbeit und KFZA-Skalen MZP 2

| | | Dauer der Mitarbeit |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| Quantitative Anforderungen | Pearson Korrelation | 0,194 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,020 |
| | N | 144,000 |

Bei den KFZA-Skalen ergab sich nur eine signifikante schwache Korrelation zwischen Dauer der Mitarbeit und Quantitativen Anforderungen ($f = 0,194$, $p = 0,020$).

Mit zunehmender Dauer der Mitarbeit werden quantitative Anforderungen der Arbeit offensichtlich höher eingeschätzt.

Zwischen den Ressourcenskalen und der Dauer der Mitarbeit sowie den Variablen Kontrolle und Selbstwirksamkeit ergab sich dagegen keine signifikante Korrelation bei Messzeitpunkt 2.

Tabelle 129: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2

| | | Dauer der Mitarbeit |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | Pearson Korrelation | -0,260 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,002 |
| | N | 144,000 |
| Bedrückung | Pearson Korrelation | 0,205 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,014 |
| | N | 144,000 |

Zwischen Dauer der Mitarbeit und dem Allgemeinen Gesundheitszustand ergab sich ein signifikanter schwach-negativer Zusammenhang ($r = 0,260$, $p = 0,002$). Schwache positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen der Dauer der Mitarbeit und den Variablen Bedrückung ($r = 0,205$, $p = 0,014$) und Psychosomatik ($r = 0,296$, $p < 0,001$).

Mit zunehmender Dauer der Mitarbeit scheint die Einschätzung des Allgemeinen Gesundheitszustandes zurückzugehen, gleichzeitig steigen die Werte für Bedrückung und Psychosomatik mit der Dauer der Mitarbeit an.

- **Geschlecht**

Geschlechtsunterschiede zeigten sich beim Messzeitpunkt 2 hinsichtlich einiger KFZA-Skalen, Ressourcenskalen und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren, nicht aber hinsichtlich der Items für wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen.

Tabelle 130: ANOVA Geschlecht und KFZA-Skalen MZP 2

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|-------------------------|-------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| Vielseitigkeit | männlich | 88 | 3,652 | 4,110 | 0,044 |
| | weiblich | 144 | 3,847 | | |
| | Total | 232 | 3,773 | | |
| Betriebliche Leistungen | männlich | 89 | 2,674 | 5,316 | 0,022 |
| | weiblich | 144 | 2,951 | | |
| | Total | 233 | 2,845 | | |

Signifikante Geschlechtunterschiede beim KFZA zeigten sich bei den Skalen Vielseitigkeit ($f = 4,110$, $p = 0,044$) und Betriebliche Leistungen ($f = 5,316$, $p = 0,022$). In beiden Skalen erreichten die Frauen etwas höhere Werte.

Tabelle 131: ANOVA Geschlecht und Ressourcenskalen MZP 2

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|--------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| Soziale Ressourcen | männlich | 85 | 3,549 | 7,690 | 0,006 |
| | weiblich | 143 | 3,866 | | |
| | Total | 228 | 3,748 | | |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | männlich | 85 | 3,629 | 4,389 | 0,037 |
| | weiblich | 142 | 3,863 | | |
| | Total | 227 | 3,775 | | |

Bei den Sozialen Ressourcen ($f = 7,690$, $p = 0,006$) und der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 4,389$, $p = 0,037$) zeigten ebenfalls die Frauen signifikant höhere Werte als die Männer.

Hinsichtlich der Variablen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 132: ANOVA Geschlecht und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2

| | Geschlecht | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|--------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|----------|--------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | männlich | 89 | 3,517 | 4,014 | 0,046 |
| | weiblich | 146 | 3,295 | | |
| | Total | 235 | 3,379 | | |
| Müdigkeit | männlich | 89 | 2,483 | 4,833 | 0,029 |
| | weiblich | 146 | 2,726 | | |
| | Total | 235 | 2,634 | | |

Die Überprüfung auf Varianzenhomogenität erbrachte für das Item Nachgedanken eine signifikante Abweichung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte aber wie die Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 2,430$, $df = 1$, $p = 0,119$).

Ihren allgemeinen Gesundheitszustand schätzten die Männer signifikant besser ein als die Frauen ($f = 4,014$, $p = 0,046$). Ihr Müdigkeit nach der Arbeit schätzten dagegen die Frauen höher ein als die Männer ($f = 4,014$, $p = 0,046$). Bei dem Item für Müdigkeit erreichten Frauen ebenfalls einen signifikant höheren Wert als Männer ($f = 4,833$, $p = 0,029$).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass – ähnlich wie bei den Skalenwerten des ersten Messzeitpunktes – beim KFZA und bei den Ressourcenskalen am meisten signifikante Unterschiede bei den arbeitsbezogenen Determinanten (Klinik, Arbeitsbereiche, Berufsgruppen) zu beobachten waren. Bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich Unterschiede fast ausschließlich bei den personenbezogenen Determinanten. Bezüglich der Items Kontrolle und Selbstwirksamkeit zeigte sich ein signifikanter Unterschied nur noch zwischen den Kliniken.

Die folgende Übersicht veranschaulicht abschließend noch einmal die Anzahl der signifikanten Unterschiede bei den verschiedenen Skalen an den beiden Messzeitpunkten. In den Zellen ist die Anzahl der signifikanten Unterschiede oder Korrelationen der jeweiligen Subskalen in Bezug auf die Faktoren bzw. Determinanten (Kliniken, Arbeitsbereiche etc.) für jeden Messzeitpunkt aufgeführt. So konnten z.B. beim ersten Messzeitpunkt bei acht KFZA-Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken festgestellt werden, bei MZP 2 nur noch bei sieben Subskalen usw.:

Tabelle 133: Übersicht signifikante Skalenwertunterschiede MZP 1 und MZP 2

| | | Kliniken | Arbeitsbereiche | Berufsgruppen | Alter | Dauer der Mitarbeit | Geschlecht | Summe |
|-------------------------------------|-------|----------|-----------------|---------------|-------|---------------------|------------|-------|
| KFZA (11) | MZP 1 | 8 | 7 | 7 | 2 | 4 | 1 | 29 |
| | MZP 2 | 7 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 19 |
| Ressourcen (8) | MZP 1 | 6 | 7 | 7 | 6 | 4 | 2 | 32 |
| | MZP 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 12 |
| Kontrolle Selbstwirksamkeit (2) | MZP 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | MZP 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Arbeitszufriedenheit Gesundheit (7) | MZP 1 | 6 | 0 | 0 | 4 | 4 | 5 | 18 |
| | MZP 2 | 2 | 0 | 0 | 6 | 3 | 3 | 14 |
| Summe | MZP 1 | 21 | 16 | 16 | 12 | 12 | 8 | 85 |
| Summe MZP 2 | MZP 2 | 15 | 6 | 5 | 9 | 4 | 7 | 46 |

Abkürzungen: KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse, MZP 1 – Messzeitpunkt 1, MZP 2 – Messzeitpunkt 2

In der Übersicht wird deutlich, dass im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt beim zweiten Messzeitpunkt die Anzahl der signifikanten Unterschiede und Korrelationen insgesamt deutlich zurückgegangen ist.

Darüber hinaus ergibt sich aus der Übersicht, dass zwischen den Kliniken, Arbeitsbereichen und Berufsgruppen jeweils am meisten Unterschiede festgestellt werden konnten. Zusammenhänge zu Alter, Dauer der Mitarbeit waren dagegen seltener vertreten.

Unterschiede zwischen den Teilnahmegruppen

Im folgenden werden Skalenwerte der der Gruppe 2 (Teilnahme an Befragung 1 und 2) und der Gruppe 3 (Teilnahme an Befragung 2) auf Unterschiede hin untersucht.

Tabelle 134: ANOVA Teilnahmegruppen und KFZA-Skalen MZP 2

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|----------------------------|--------|--------|------------|--------|-------|
| Quantitative Anforderungen | 2 | 147 | 3,289 | 14,015 | 0,000 |
| | 3 | 91 | 2,802 | | |
| | Total | 238 | 3,103 | | |

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Teilnahmegruppen zeigten sich bei der Skala für Quantitative Anforderungen ($f = 14,015$, $p < 0,001$). Sie war in der Gruppe 2 deutlich höher als in Gruppe 3, die nur an einer Befragung teilgenommen hat. Bei allen anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Hinsichtlich der Ressourcenskalen und der Skalen für Kontrolle und Selbstwirksamkeit zeigten sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 135: ANOVA Teilnahmegruppen und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|--------------------------------|--------|--------|------------|--------|-------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | 2 | 147 | 3,245 | 8,981 | 0,003 |
| | 3 | 91 | 3,571 | | |
| | Total | 238 | 3,370 | | |
| Nachgedanken | 2 | 147 | 2,367 | 11,491 | 0,001 |
| | 3 | 91 | 2,033 | | |
| | Total | 238 | 2,239 | | |
| Bedrückung | 2 | 147 | 2,211 | 4,843 | 0,029 |
| | 3 | 90 | 2,000 | | |
| | Total | 237 | 2,131 | | |

Die Überprüfung auf Varianzenhomogenität erbrachte signifikante Abweichungen für die Items Arbeitszufriedenheit, Nachgedanken und Bedrückung. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte für die Items Arbeitszufriedenheit und Nachgedanken dieselben Ergebnisse wie die Varianzanalyse (Arbeitszufriedenheit: $\chi^2 = 1,088$, $df = 1$, $p = 0,297$; Nachgedanken: $\chi^2 = 10,127$, $df = 1$, $p = 0,001$). Für das Item Bedrückung zeigten sich im Gegensatz zur Varianzanalyse keine signifikanten Gruppenunterschiede ($\chi^2 = 3,723$, $df = 1$, $p = 0,054$).

Bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich signifikante Unterschiede in drei Skalen. Ihren Allgemeinen Gesundheitszustand schätzten Probanden der Gruppe 3 deutlich besser ein als Probanden der Gruppe 2 ($f = 8,981$, $p = 0,003$). Außerdem waren die Mittelwerte für die Items Nachgedanken ($f = 11,491$, $p = 0,001$) und Bedrückung ($f = 4,843$, $p = 0,029$) war in Gruppe 2 höher als in Gruppe 3. Hinsichtlich der anderen Items zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Insgesamt scheinen sich die ProbandenInnen der Gruppe 2 hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes etwas schlechter einzuschätzen als diejenigen aus Gruppe 3. Das korrespondiert mit der ihrer höheren Einschätzung hinsichtlich der Quantitativen Belastung als Gruppe 3.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich die Gruppen 2 und 3 nur in sehr wenigen Bereichen signifikant unterscheiden, was gegen systematische Regressionseffekte bei der zweiten Messung spricht, da sonst die Mittelwerte der Gruppe 3 insgesamt signifikant höher sein sollten, da sie nur einmal gemessen wurde. Allenfalls bei dem Item Allgemeiner Gesundheitszustand könnte ein solcher Effekt angenommen werden, da hier der Wert in Gruppe 3 tatsächlich signifikant höher ist, als in Gruppe 2.

7.2.3. Unterschiede der Skalenwerte zwischen den Untersuchungsgruppen

Im folgenden werden die Skalenmittelwerte der Untersuchungsgruppen miteinander verglichen, um mögliche systematische Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen festzustellen.

Die Vergleiche werden für beide Messzeitpunkte durchgeführt. Dabei gehen jeweils alle Fälle in die Vergleiche ein, die an beiden Messzeitpunkten an der Untersuchung teilgenommen haben und die einer der Untersuchungsgruppen zugeordnet werden konnten.

1. Messzeitpunkt 1

Tabelle 136: ANOVA Untersuchungsgruppen und KFZA-Skalen MZP 1

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|-------------------------|--------------------|--------|------------|-------|-------|
| Betriebliche Leistungen | Teamsupervision | 91 | 3,044 | 5,539 | 0,005 |
| | Gruppensupervision | 37 | 3,324 | | |
| | keine Supervision | 16 | 2,438 | | |
| | Total | 144 | 3,049 | | |

Hinsichtlich der KFZA-Skalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nur in der Skala Betriebliche Leistungen ($f = 5,539$, $p = 0,005$). Hier erreichte die Gruppensupervisionsgruppe den höchsten Wert vor der Teamsupervisionsgruppe. Die Nicht-Supervisionsgruppe erreichte einen deutlich niedrigeren Wert.

Tabelle 137: ANOVA Untersuchungsgruppen und Ressourcenskalen MZP 1

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|-----------------------------------|--------------------|--------|------------|-------|-------|
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Teamsupervision | 92 | 3,641 | 3,140 | 0,046 |
| | Gruppensupervision | 35 | 3,800 | | |
| | keine Supervision | 16 | 3,313 | | |
| | Total | 143 | 3,643 | | |

Bei den Ressourcenskalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen nur bei der Nutzbarkeit materieller Ressourcen ($f = 3,140$, $p = 0,046$). Auch hier erreichte die Gruppensupervisionsgruppe vor der Teamsupervisionsgruppe den höchsten Wert.

Bei den Items zu Kontrolle und Selbstwirksamkeit und den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppenmittelwerten.

2. Messzeitpunkt 2

Tabelle 138: ANOVA Untersuchungsgruppen und KZFA-Skalen MZP 2

| | Gruppe | Anzahl | Mittelwert | F | Sign. |
|-------------------------|--------------------|--------|------------|-------|-------|
| Betriebliche Leistungen | Teamsupervision | 94 | 2,830 | 3,116 | 0,047 |
| | Gruppensupervision | 36 | 3,069 | | |
| | keine Supervision | 16 | 2,375 | | |
| | Total | 146 | 2,839 | | |

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erbrachte für die Subskalen Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Zusammenarbeit und Quantitative Anforderungen signifikante Abweichungen. Der Kruskal-Wallis-Test erbrachte wie die Varianzanalyse bei keiner der Skalen signifikante Gruppenunterschiede. (Vielseitigkeit: $\chi^2 = 1,190$, $df = 2$, $p = 0,552$; Ganzheitlichkeit: $\chi^2 = 4,237$, $df = 2$, $p = 0,120$; Zusammenarbeit: $\chi^2 = 0,209$, $df = 2$; $p = 0,901$; Quantitative Anforderungen: $\chi^2 = 0,664$, $df = 2$, $p = 0,717$)

Wie bereits beim ersten Messzeitpunkt ergab sich lediglich in der Subskala Betriebliche Leistungen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($f = 3,116$, $p = 0,047$).

Wieder erreichte die Gruppensupervisionsgruppe vor der Teamsupervisionsgruppe den höchsten Mittelwert während die Nicht-Supervisionsgruppe einen deutlich niedrigeren Wert erreichte. Bemerkenswert ist allerdings, dass das Niveau der Mittelwerte insgesamt niedriger ist.

Hinsichtlich der Ressourcenskalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Auch bezüglich der Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich die Untersuchungsgruppen sowohl beim ersten als auch beim zweiten Messzeitpunkt in der KFZA-Skala Betriebliche Leistungen signifikant unterschieden. An beiden Messzeitpunkten erreichte die Gruppensupervisionsgruppe vor der Teamsupervisionsgruppe den höchsten Mittelwert. Ebenfalls signifikant unterschieden sich die Untersuchungsgruppen an Messzeitpunkt 1 hinsichtlich der Nutzbarkeit materieller Ressourcen. Auch hier erreichte die Gruppensupervisionsgruppe vor der Teamsupervisionsgruppe den höchsten Wert.

7.3. Hypothesenüberprüfung

Im folgenden werden die hypothesenbezogenen Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Für die statistische Auswertung wurden verschiedene oben bereits erläuterte Verfahren herangezogen:

- Varianzanalysen mit Messwiederholung (Messwiederholungs-, Gruppen- und Interaktionseffekte der Ressourcenskalen und Einzelitems sowie der KFZA-Skalen)
- ANOVA (Gruppenvergleich der Ressourcenskalen- und Einzelitemdifferenzen sowie der wahrgenommene Veränderungen der Ressourcen)
- T-Test abhängige Gruppen (Vergleich der Ressourcenskalenwerte der Supervisionsgruppen an den Messzeitpunkten, Vergleich Skalendifferenzen innerhalb der Untersuchungsgruppen)
- Korrelationen und Regressionsanalysen (Zusammenhänge zwischen Veränderungen Ressourcen und Veränderungen Kontrolle / Selbstwirksamkeit, sowie zwischen Veränderungen Kontrolle / Selbstwirksamkeit und Veränderungen Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren)
- Moderierte Regressionsanalysen (Moderatoreffekte von Veränderungen Ressourcen und Kontrolle / Selbstwirksamkeit auf die Beziehung Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren)

Zunächst werden die Ergebnisse der Berechnungsverfahren dargestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse auf die Hypothesen bezogen und interpretiert.

1. Varianzanalysen mit Messwiederholung

Für die Varianzanalyse der Ressourcenskalen wurde als Zwischengruppenfaktor die Untersuchungsgruppen (Teamsupervision, Gruppensupervision und Nicht-Supervision) definiert.

Als Messwiederholungsfaktor wurden die beiden Messzeitpunkte definiert. Für jeden Messzeitpunkt wurden sechs Messungen vorgenommen, in die als abhängige Variablen die Skalen Professionelle Ressourcen, Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen, Nutzbarkeit soziale Ressourcen, materielle Ressourcen und Nutzbarkeit materielle Ressourcen eingingen.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung erlaubt Aussagen bezüglich des Faktors Gruppe (Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen insgesamt), dem Messwiederholungsfaktor (Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten insgesamt) sowie der Interaktion Zeit * Gruppe (Unterschiede bei den Messzeitpunktdifferenzen zwischen den Gruppen). In unserem Zusammenhang sind vor allem die Interaktionseffekte (Zeit * Gruppe) von Bedeutung.

In die Analyse gingen insgesamt 126 ProbandenInnen (79 Teamsupervision, 33 Gruppensupervision, 14 Nicht-Supervision) ein, für die jeweils komplette Datensätze zu den Ressourcenskalen vorlagen. Die Mittelwerte für die Skalen und Gruppen an beiden Messzeitpunkten zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 139: Varianzanalyse Ressourcenskalen Gruppenmittelwerte MZP 1 und MZP 2

| | Gruppe | Mittelwert | Std.-Abw. | N |
|---|--------------------|-------------------|------------------|----------|
| Professionelle Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 4,1361 | ,4195 | 79 |
| | Gruppensupervision | 4,1856 | ,4052 | 33 |
| | keine Supervision | 4,2321 | ,5345 | 14 |
| | Total | 4,1597 | ,4274 | 126 |
| Professionelle Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 4,1234 | ,4337 | 79 |
| | Gruppensupervision | 4,1477 | ,5233 | 33 |
| | keine Supervision | 3,9196 | ,5709 | 14 |
| | Total | 4,1071 | ,4753 | 126 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 4,0949 | ,4887 | 79 |
| | Gruppensupervision | 4,1856 | ,4991 | 33 |
| | keine Supervision | 4,1518 | ,6358 | 14 |
| | Total | 4,1250 | ,5065 | 126 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 4,0522 | ,5226 | 79 |
| | Gruppensupervision | 4,1326 | ,4790 | 33 |
| | keine Supervision | 3,7768 | ,6008 | 14 |
| | Total | 4,0427 | ,5261 | 126 |
| Soziale Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 3,5992 | ,8969 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,6616 | ,6475 | 33 |
| | keine Supervision | 3,9048 | ,8616 | 14 |
| | Total | 3,6495 | ,8340 | 126 |
| Soziale Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 3,6730 | ,8703 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,5960 | ,8519 | 33 |
| | keine Supervision | 3,6190 | 1,0849 | 14 |
| | Total | 3,6468 | ,8843 | 126 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 3,6582 | ,9077 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,7475 | ,6416 | 33 |
| | keine Supervision | 3,9405 | ,9049 | 14 |
| | Total | 3,7130 | ,8442 | 126 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 3,7194 | ,8319 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,5758 | ,7940 | 33 |
| | keine Supervision | 3,5595 | ,9509 | 14 |
| | Total | 3,6640 | ,8321 | 126 |
| Materielle Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 3,5570 | ,6195 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,7475 | ,5466 | 33 |
| | keine Supervision | 3,3095 | ,7786 | 14 |
| | Total | 3,5794 | ,6285 | 126 |
| Materielle Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 3,4810 | ,6422 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,6566 | ,6846 | 33 |
| | keine Supervision | 3,1667 | ,8033 | 14 |
| | Total | 3,4921 | ,6808 | 126 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen MZP 1 | Teamsupervision | 3,6203 | ,6767 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,8081 | ,5592 | 33 |
| | keine Supervision | 3,3095 | ,8003 | 14 |
| | Total | 3,6349 | ,6725 | 126 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen MZP 2 | Teamsupervision | 3,5612 | ,6635 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,6970 | ,6312 | 33 |
| | keine Supervision | 3,2143 | ,7466 | 14 |
| | Total | 3,5582 | ,6731 | 126 |

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor verlangt neben dem Intervallskalenniveau als Voraussetzung, dass die Variablen in allen Zellen normalverteilt sind und dass Varianzenhomogenität zwischen den Gruppen besteht. Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test ergab signifikante Abweichungen in einer Reihe von Zellen beider Befragungen (siehe Anhang). Die Überprüfung auf Varianzenhomogenität erbrachte dagegen bei beiden Messzeitpunkten keine signifikanten Abweichungen. Eine statistische Überprüfung der Sphärizitätsannahme zur Freiheitsgradkorrektur bei Verletzung der Sphärizität unterbleibt, da bei einem nur zwei Stufen umfassenden Messwiederholungsfaktor eine Freiheitsgradkorrektur nicht möglich ist.

Die multivariaten Tests erbrachten weder für die Hauptfaktoren Zeit und Gruppe noch für den Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe signifikante Ergebnisse.

Die univariaten Tests für den Hauptfaktor Gruppe ergaben folgendes Bild:

Tabelle 140: Varianzanalyse Ressourcenskalen univariate Tests Faktor Gruppe

| Quelle | Messung | Typ III Quadrat-Summen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. |
|-----------|---------|------------------------|-----|-------------------|----------|------|
| Intercept | PR | 2676,356 | 1 | 2676,356 | 8418,497 | ,000 |
| | NPR | 2601,029 | 1 | 2601,029 | 6271,986 | ,000 |
| | SR | 2125,882 | 1 | 2125,882 | 1711,178 | ,000 |
| | NSR | 2154,381 | 1 | 2154,381 | 1846,381 | ,000 |
| | MR | 1912,632 | 1 | 1912,632 | 3005,545 | ,000 |
| | NMR | 1966,419 | 1 | 1966,419 | 2888,443 | ,000 |
| GRUPPE | PR | ,168 | 2 | 8,387E-02 | ,264 | ,769 |
| | NPR | ,791 | 2 | ,395 | ,953 | ,388 |
| | SR | ,410 | 2 | ,205 | ,165 | ,848 |
| | NSR | ,154 | 2 | 7,681E-02 | ,066 | ,936 |
| | MR | 4,350 | 2 | 2,175 | 3,418 | ,036 |
| | NMR | 4,747 | 2 | 2,373 | 3,486 | ,034 |
| Fehler | PR | 39,103 | 123 | ,318 | | |
| | NPR | 51,009 | 123 | ,415 | | |
| | SR | 152,809 | 123 | 1,242 | | |
| | NSR | 143,518 | 123 | 1,167 | | |
| | MR | 78,273 | 123 | ,636 | | |
| | NMR | 83,737 | 123 | ,681 | | |

Abkürzungen: PR – Professionelle Ressourcen, NPR – Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SR – Soziale Ressourcen – NSR – Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MR – Materielle Ressourcen, NMR – Nutzbarkeit materielle Ressourcen

Demnach zeigten sich zwischen den Gruppen signifikante Effekte hinsichtlich der Materiellen Ressourcen ($f = 3,418$, $p = 0,036$) und der Nutzbarkeit materieller Ressourcen ($f = 3,486$, $p = 0,034$). Wie der Paarvergleich zeigt, sind die Effekte auf Differenzen zwischen der Gruppensupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe zurückzuführen:

Tabelle 141: Varianzanalyse Ressourcenskalen Paarvergleich Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt)

| | | | Mittelwertdifferenz (I-J) | Std. Fehler | Sig. |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------------|-------------|------|
| Messung | (I) Gruppe | (J) Gruppe | | | |
| MR | Teamsupervision | Gruppensupervision | -,183 | ,117 | ,360 |
| | | keine Supervision | ,281 | ,164 | ,265 |
| | Gruppensupervision | Teamsupervision | ,183 | ,117 | ,360 |
| | | keine Supervision | ,464 | ,180 | ,033 |
| NMR | keine Supervision | Teamsupervision | -,281 | ,164 | ,265 |
| | | Gruppensupervision | -,464 | ,180 | ,033 |
| | Teamsupervision | Gruppensupervision | -,162 | ,121 | ,550 |
| | | keine Supervision | ,329 | ,169 | ,163 |
| | Gruppensupervision | Teamsupervision | ,162 | ,121 | ,550 |
| | | keine Supervision | ,491 | ,186 | ,028 |
| | keine Supervision | Teamsupervision | -,329 | ,169 | ,163 |
| | | Gruppensupervision | -,491 | ,186 | ,028 |

Basiert auf geschätzten Randmitteln, Anpassung für multiple Vergleiche: Bonferroni.
Abkürzungen: MR – Materielle Ressourcen, NMR – Nutzbarkeit materielle Ressourcen

Für den Messwiederholungsfaktor Zeit und die Interaktion Zeit * Gruppe zeigten die univariaten Tests folgende Ergebnisse:

Tabelle 142: Varianzanalyse Ressourcenskalen univariate Tests Faktor Zeit, Zeit * Gruppe

| Quelle | Messung | ZEIT | Typ III Quadrat-Summen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. | Noncent. Parameter | beobachtete Power |
|---------------|---------|--------|------------------------|-----|-------------------|-------|------|--------------------|-------------------|
| ZEIT | PR | Linear | ,576 | 1 | ,576 | 6,291 | ,013 | 6,291 | ,701 |
| | | NPR | ,969 | 1 | ,969 | 8,399 | ,004 | 8,399 | ,820 |
| | | SR | ,337 | 1 | ,337 | 1,353 | ,247 | 1,353 | ,211 |
| | | NSR | 1,056 | 1 | 1,056 | 4,262 | ,041 | 4,262 | ,535 |
| | | MR | ,419 | 1 | ,419 | 2,091 | ,151 | 2,091 | ,300 |
| | | NMR | ,308 | 1 | ,308 | 1,536 | ,217 | 1,536 | ,233 |
| ZEIT * GRUPPE | PR | Linear | ,539 | 2 | ,270 | 2,945 | ,056 | 5,891 | ,565 |
| | | NPR | ,676 | 2 | ,338 | 2,929 | ,057 | 5,859 | ,562 |
| | | SR | ,857 | 2 | ,429 | 1,723 | ,183 | 3,445 | ,356 |
| | | NSR | 1,499 | 2 | ,750 | 3,026 | ,052 | 6,052 | ,577 |
| | | MR | 2,691E-02 | 2 | 1,346E-02 | ,067 | ,935 | ,134 | ,060 |
| | | NMR | 3,422E-02 | 2 | 1,711E-02 | ,085 | ,918 | ,171 | ,063 |
| Fehler (ZEIT) | PR | Linear | 11,263 | 123 | 9,157E-02 | | | | |
| | | NPR | 14,186 | 123 | ,115 | | | | |
| | | SR | 30,614 | 123 | ,249 | | | | |
| | | NSR | 30,475 | 123 | ,248 | | | | |
| | | MR | 24,660 | 123 | ,200 | | | | |
| | | NMR | 24,651 | 123 | ,200 | | | | |

Abkürzungen: PR – Professionelle Ressourcen, NPR – Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SR – Soziale Ressourcen – NSR – Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MR – Materielle Ressourcen, NMR – Nutzbarkeit materielle Ressourcen

Signifikante Effekte zeigten sich im Hauptfaktor Zeit hinsichtlich der Professionellen Ressourcen ($f = 6,291$, $p = 0,013$), der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen ($f = 8,399$, $p = 0,004$) sowie der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 4,262$, $p = 0,041$). In allen drei Fällen sind die signifikanten Effekte auf den Rückgang der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zurückzuführen (PR: - 0,121; NPR: - 0,157; NSR: - 0,164)

Hinsichtlich der Interaktion Zeit * Gruppe zeigten sich keine signifikanten Effekte sondern lediglich Tendenzen bei den Professionellen Ressourcen ($f = 2,945$, $p = 0,056$), der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen ($f = 2,929$, $p = 0,057$) sowie bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 3,026$, $p = 0,052$), die jeweils auf einen stärkeren Rückgang der Werte in der Nicht-

Supervisionsgruppe als in den Supervisionsgruppen zurückzuführen sind. Zwar sind diese Ergebnisse nicht signifikant, da sie knapp über dem 5 % Signifikanzniveau liegen, doch legt die Teststärke nahe, Interaktionseffekte nicht auszuschließen (PR: $1-\beta = 0,565$; NPR: $1-\beta = 0,562$; NSR $1-\beta = 0,577$).

Abschließend werden im Folgenden die Ergebnisse grafisch dargestellt:

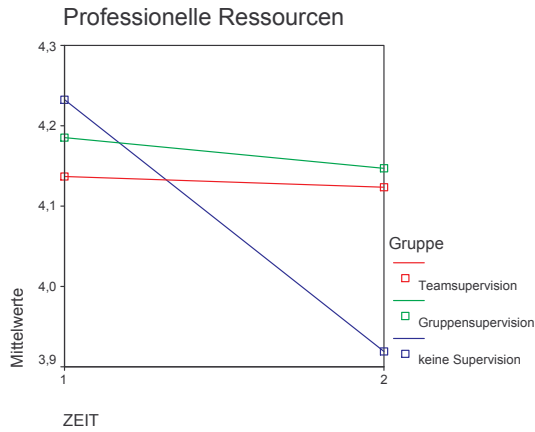


Abbildung 29: Veränderungen Professionelle Ressourcen

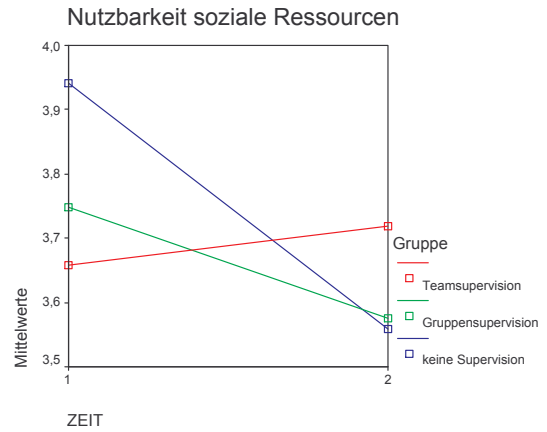


Abbildung 32: Veränderungen Nutzbarkeit soziale Ressourcen

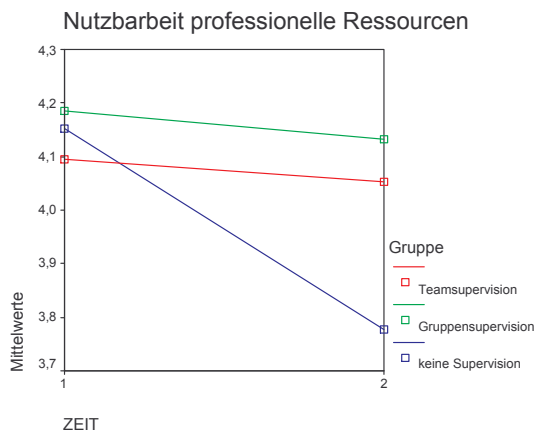


Abbildung 30: Veränderungen Nutzbarkeit professionelle Ressourcen

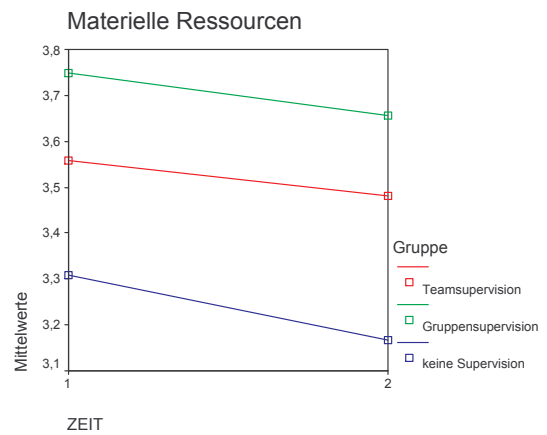


Abbildung 33: Veränderungen Materielle Ressourcen

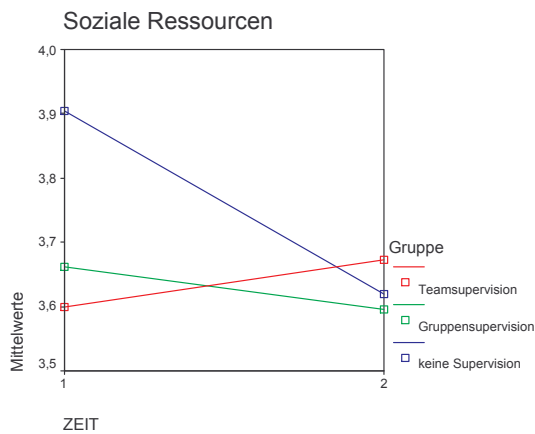


Abbildung 31: Veränderungen Soziale Ressourcen

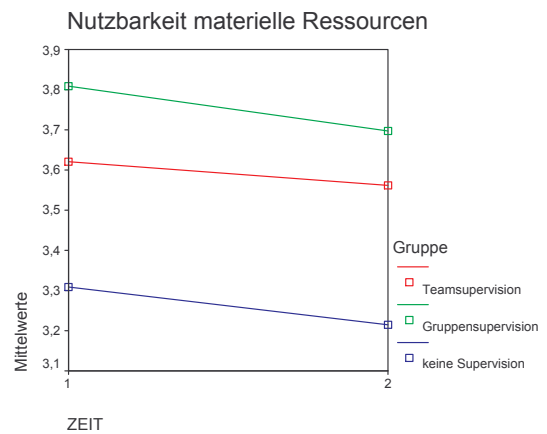


Abbildung 34: Veränderungen Nutzbarkeit materielle Ressourcen

Zusammenfassend kann man festhalten, dass nach den Ergebnissen der Varianzanalyse mit Messwiederholung signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen über alle Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich der Einschätzung der materiellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit vorliegen. Hinsichtlich des Messwiederholungsfaktors zeigt sich ein signifikanter Rückgang über alle Gruppen bei den Professionellen Ressourcen, der Nutzbarkeit der professionellen Ressourcen und der Nutzbarkeit der sozialen Ressourcen.

In einem weiteren Schritt wurden Veränderungen bei den Einzelitems mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung analysiert. Dabei wurden die obigen Vorgaben übernommen, jedoch 34 Messungen in jeder Messwiederholungsstufe untersucht.

Auch hier erbrachten die multivariaten Tests keine signifikanten Unterschiede bei den Hauptfaktoren Zeit und Gruppe und dem Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe.

Tabelle 143: Varianzanalyse Einzelitems univariate Tests Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt)

| Quelle | Messung | Typ III Quadratsummen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. |
|-----------|---------|-----------------------|-----|-------------------|----------|------|
| Intercept | R031 | 1934,088 | 1 | 1934,088 | 1431,612 | ,000 |
| | R032 | 1946,992 | 1 | 1946,992 | 1525,684 | ,000 |
| GRUPPE | R031 | 18,765 | 2 | 9,383 | 6,945 | ,001 |
| | R032 | 15,054 | 2 | 7,527 | 5,898 | ,004 |
| Fehler | R031 | 166,171 | 123 | 1,351 | | |
| | R032 | 156,966 | 123 | 1,276 | | |

Abkürzungen: R031 – Fortbildungsmöglichkeiten, R032 – Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten

Bei den univariaten Tests zeigten sich bei den Items 31 (Fortbildungsmöglichkeiten: $f = 6,945$, $p = 0,001$) und 32 (Nutzbarkeit von Fortbildungsmöglichkeiten: $f = 5,898$, $p = 0,004$) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen über alle Messzeitpunkte hinweg.

Tabelle 144: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Paarvergleich Faktor Gruppen (Tabellenausschnitt)

| Messung | (I) Gruppe | (J) Gruppe | Mittelwertdifferenz (I-J) | Std. Fehler | Sig. |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------------|-------------|------|
| R031 | Teamsupervision | Gruppensupervision | -,325 | ,170 | ,175 |
| | | keine Supervision | ,650 | ,238 | ,022 |
| | Gruppensupervision | Teamsupervision | ,325 | ,170 | ,175 |
| | | keine Supervision | ,975 | ,262 | ,001 |
| | keine Supervision | Teamsupervision | -,650 | ,238 | ,022 |
| | | Gruppensupervision | -,975 | ,262 | ,001 |
| R032 | Teamsupervision | Gruppensupervision | -,367 | ,166 | ,085 |
| | | keine Supervision | ,486 | ,232 | ,114 |
| | Gruppensupervision | Teamsupervision | ,367 | ,166 | ,085 |
| | | keine Supervision | ,853 | ,255 | ,003 |
| | keine Supervision | Teamsupervision | -,486 | ,232 | ,114 |
| | | Gruppensupervision | -,853 | ,255 | ,003 |

Basiert auf geschätzten Randmitteln, Anpassung für multiple Vergleiche: Bonferroni.

Abkürzungen: R031 – Fortbildungsmöglichkeiten, R032 – Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten

Die Paarvergleiche zeigen, dass die Unterschiede bei Item 31 und 32 auf signifikante Differenzen zwischen der Nicht-Supervisionsgruppe und der Gruppensupervisionsgruppe zurückzuführen sind, wobei jeweils die Werte für die Gruppensupervisionsgruppe höher sind. Zusätzlich besteht bei Item 31 ein signifikanter Unterschied zwischen der Teamsupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe:

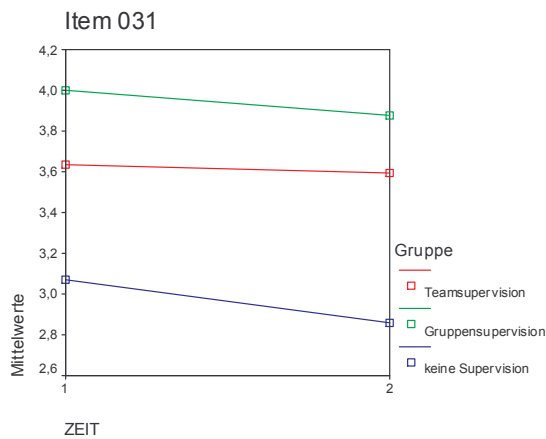


Abbildung 35: Veränderungen Fortbildungsmöglichkeiten

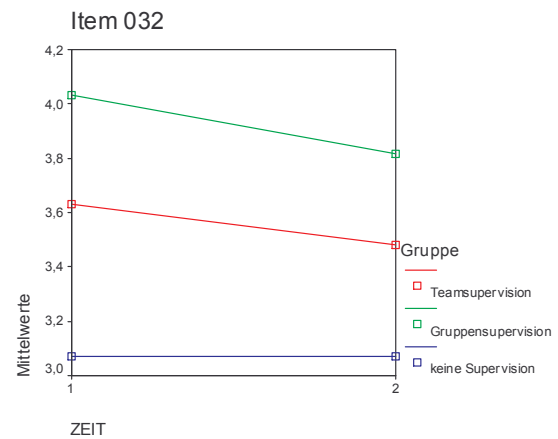


Abbildung 36: Veränderungen Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten

Der Messwiederholungsfaktor Zeit und der Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe ergaben bezogen auf die Einzelitems folgende Ergebnisse:

Tabelle 145: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems univariate Tests Faktor Zeit, Zeit * Gruppe (Tabellenausschnitt)

| Quelle | Messung | ZEIT | Typ III Quadrat-Summen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. | Noncent. Parameter | beobachtete Power |
|---------------|---------|--------|------------------------|----|-------------------|--------|------|--------------------|-------------------|
| ZEIT | R003 | Linear | 1,941 | 1 | 1,941 | 6,557 | ,012 | 6,557 | ,719 |
| | R004 | Linear | 5,035 | 1 | 5,035 | 18,974 | ,000 | 18,974 | ,991 |
| | R010 | Linear | 2,711 | 1 | 2,711 | 11,167 | ,001 | 11,167 | ,912 |
| | R015 | Linear | 2,348 | 1 | 2,348 | 9,833 | ,002 | 9,833 | ,875 |
| | R016 | Linear | 1,694 | 1 | 1,694 | 6,513 | ,012 | 6,513 | ,716 |
| ZEIT * GRUPPE | R004 | Linear | 1,786 | 2 | ,893 | 3,365 | ,038 | 6,730 | ,626 |
| | R009 | Linear | 2,060 | 2 | 1,030 | 3,967 | ,021 | 7,934 | ,702 |
| | R010 | Linear | 2,968 | 2 | 1,484 | 6,112 | ,003 | 12,224 | ,881 |
| | R015 | Linear | 2,649 | 2 | 1,325 | 5,547 | ,005 | 11,095 | ,847 |
| | R016 | Linear | 2,866 | 2 | 1,433 | 5,510 | ,005 | 11,021 | ,844 |
| | R026 | Linear | 4,438 | 2 | 2,219 | 4,267 | ,016 | 8,534 | ,736 |

Abkürzungen: R003 – Feldkompetenz, R004 – Nutzbarkeit Feldkompetenz, R010 – Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, R015 – Einfühlungsvermögen, R016 – Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen, R026 – Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte

Beim Messwiederholungsfaktor Zeit zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten bei den Items 3 (Feldkompetenz: $f = 6,557$, $p = 0,012$), 4 (Nutzbarkeit Feldkompetenz: $f = 18,974$, $p < 0,001$), 10 (Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten: $f = 11,167$, $p = 0,001$), 15 (Einfühlungsvermögen: $f = 9,833$, $p = 0,002$) und 16 (Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen: $f = 6,513$, $p = 0,012$). Wie Tabelle 146 zeigt, sind die Effekte sind durchgängig durch den Rückgang der Mittelwerte in MZP 2 bedingt.

Tabelle 146: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Mittelwertvergleiche MZP 1 und MZP 2 (Tabellenausschnitt)

| | | | Mittelwertdifferenz (I-J) | Std. Fehler | Sig. |
|---------|----------|----------|---------------------------|-------------|------|
| Messung | (I) ZEIT | (J) ZEIT | | | |
| R003 | 1 | 2 | ,222 | ,087 | ,012 |
| | 2 | 1 | -,222 | ,087 | ,012 |
| R004 | 1 | 2 | ,358 | ,082 | ,000 |
| | 2 | 1 | -,358 | ,082 | ,000 |
| R010 | 1 | 2 | ,263 | ,079 | ,001 |
| | 2 | 1 | -,263 | ,079 | ,001 |
| R015 | 1 | 2 | ,244 | ,078 | ,002 |
| | 2 | 1 | -,244 | ,078 | ,002 |
| R016 | 1 | 2 | ,208 | ,081 | ,012 |
| | 2 | 1 | -,208 | ,081 | ,012 |

Abkürzungen: R003 – Feldkompetenz, R004 – Nutzbarkeit Feldkompetenz, R010 – Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, R015 – Einfühlungsvermögen, R016 – Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen

Die Interaktion Zeit * Gruppe zeigte signifikante Effekte bezüglich der Items 4 (Nutzbarkeit Feldkompetenz: $f = 3,365$, $p = 0,038$), 9 (Berufliche Fertigkeiten: $f = 6,112$, $p = 0,021$), 10 (Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten: $f = 6,112$, $p = 0,003$), 15 (Einfühlungsvermögen: $f = 5,547$, $p = 0,005$), 16 (Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen: $f = 5,510$, $p = 0,005$) und 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte: $f = 4,267$, $p = 0,016$). Diese scheinen jeweils auf einen stärkeren Rückgang der Werte in der Nicht-Supervisionsgruppe als in den Supervisionsgruppen zurückzuführen zu sein.

Damit decken sich die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Einzelitems weitgehend mit denen der Varianzanalyse für die Skalen. Eine Ausnahme bildet das Item 26, das Bestandteil der Skala Nutzbarkeit soziale Ressourcen ist und bei dem ein Interaktionseffekt Zeit * Gruppe festgestellt werden konnte: Hier stieg der Wert der Teamsupervisionsgruppe an, während die Werte der anderen beiden Untersuchungsgruppen zurückgingen.

Tabelle 147: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Gruppenmittelwerte Item 26 MZP 1 und MZP 2

| | Gruppe | Mittelwert | Std.--Abw. | N |
|--|--------------------|------------|------------|-----|
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | Teamsupervision | 3,3797 | 1,2331 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,7576 | ,9364 | 33 |
| | keine Supervision | 3,7143 | 1,2666 | 14 |
| | Total | 3,5159 | 1,1712 | 126 |
| Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | Teamsupervision | 3,5443 | 1,0228 | 79 |
| | Gruppensupervision | 3,3939 | 1,1163 | 33 |
| | keine Supervision | 3,2857 | 1,2044 | 14 |
| | Total | 3,4762 | 1,0637 | 126 |

Im Folgenden werden die relevanten Ergebnisse der Einzelitemanalyse grafisch dargestellt:

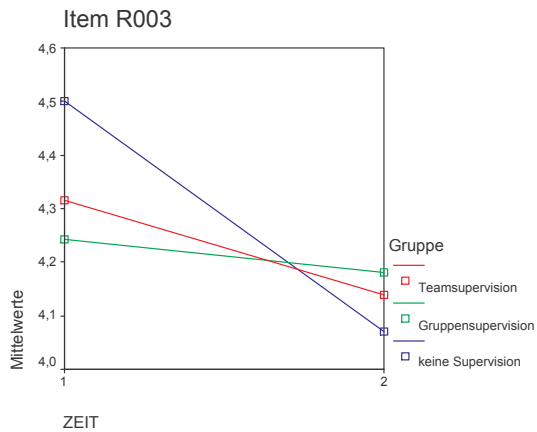


Abbildung 37: Veränderungen Feldkompetenz

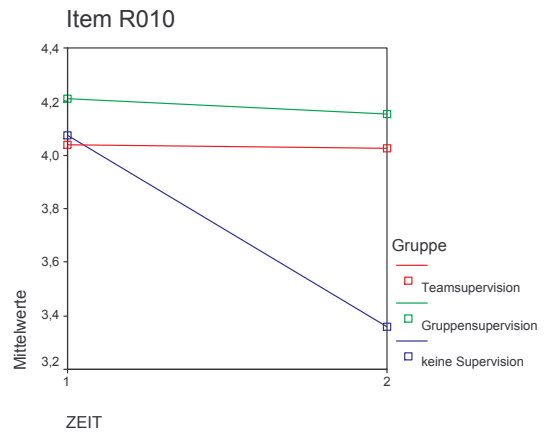


Abbildung 40: Veränderungen Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten

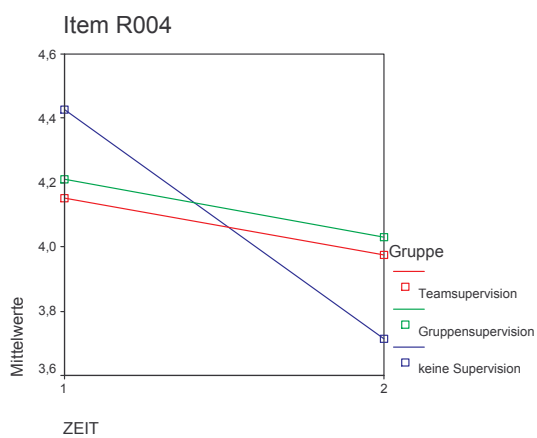


Abbildung 38: Veränderungen Nutzbarkeit Feldkompetenz

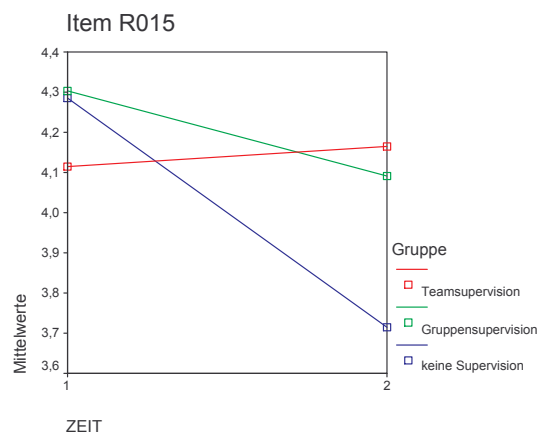


Abbildung 41: Veränderungen Einfühlungsvermögen

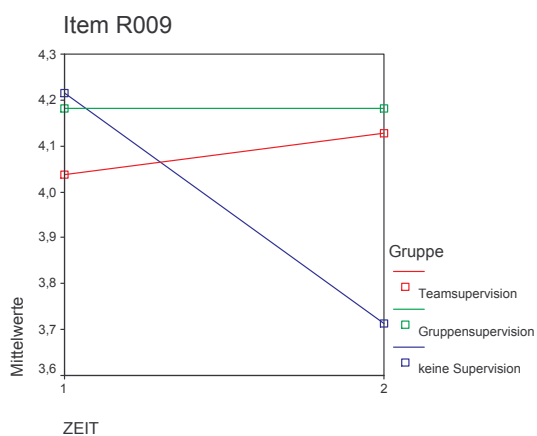


Abbildung 39: Veränderungen Berufliche Fertigkeiten

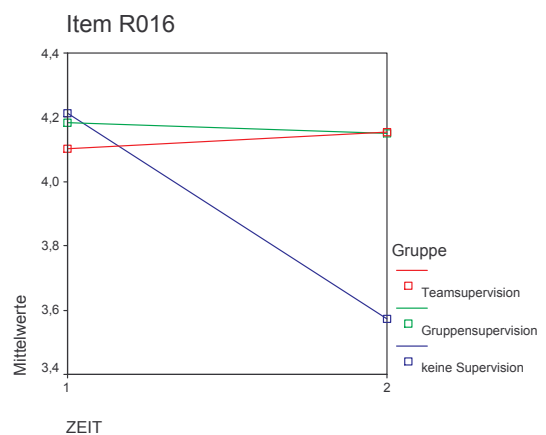


Abbildung 42: Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen

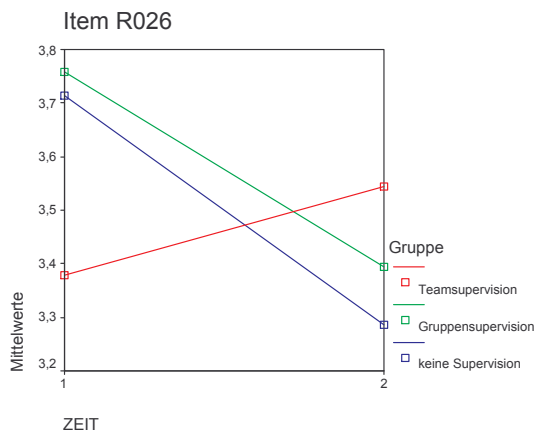


Abbildung 43: Veränderungen Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich auch in der auf die Einzelitems bezogenen Varianzanalyse mit Messwiederholung kein Anstieg der Ressourcenbewertungen von MZP 1 nach MZP 2 zeigte. Es zeigte sich im Gegenteil sowohl bei einigen Einzelitems als auch bei den Skalen ein signifikanter Rückgang in den Bereichen Professionelle Ressourcen, Nutzbarkeit professionelle Ressourcen und Nutzbarkeit soziale Ressourcen über alle Gruppen. Eine statistisch bedeutsame Tendenz zeigte sich hinsichtlich dieser Bereiche bei der Interaktion Zeit * Gruppe. Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich über alle Messzeitpunkte ein signifikanter Unterschied bei den materiellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit: Statistisch signifikant waren hier die Unterschiede zwischen der Gruppensupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe. Die Ergebnisse werden durch die Einzelitemanalysen weitgehend bestätigt.

In einem weiteren Schritt wurde die wahrgenommene Arbeitssituation der Untersuchungsgruppen und deren Veränderungen, wie sie durch den KFZA erfasst wurden, analysiert.

Für die Varianzanalyse wurde als Zwischengruppenfaktor die Untersuchungsgruppen (Teamsupervision, Gruppensupervision und Nicht-Supervision) definiert.

Als Messwiederholungsfaktor wurden die beiden Messzeitpunkte definiert. Für jeden Messzeitpunkt wurden 11 Messungen vorgenommen, in die als abhängige Variablen die Skalen Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit, Qualitative Arbeitsbelastung, Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsunterbrechungen, Umgebungsbelastungen, Information und Mitsprache, Betriebliche Leistungen (Weiterbildung, Aufstieg) eingingen.

Insgesamt gingen 123 ProbandenInnen (79 Teamsupervision, 30 Gruppensupervision und 14 Nicht-Supervision) in die Analyse ein.

Was die Erfüllung der Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung angeht, wird auf die vorigen Ausführungen sowie auf die Ergebnisse der Tests bezüglich der Normalverteilung und der Varianzenhomogenität im Anhang verwiesen. Es wird von der Erfüllung der Voraussetzungen ausgegangen.

Die multivariaten Tests ergaben erbrachten weder für die Hauptfaktoren Zeit (Messwiederholungsfaktor) und Gruppe noch für den Interaktionsfaktor Zeit*Gruppe signifikante Effekte.

Tabelle 148: Varianzanalyse KFZA-Skalen univariate Tests Faktor Gruppe

| Quelle | Messung | Typ III Quadrat-summen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. |
|-----------|---------|------------------------|--------|-------------------|----------|------|
| Intercept | HS | 1974,117 | 1 | 1974,117 | 2473,674 | ,000 |
| | VS | 2182,907 | 1 | 2182,907 | 3644,482 | ,000 |
| | GH | 1535,333 | 1 | 1535,333 | 1242,591 | ,000 |
| | SR | 2389,801 | 1 | 2389,801 | 2319,465 | ,000 |
| | ZU | 2015,047 | 1 | 2015,047 | 2553,700 | ,000 |
| | QL | 789,723 | 1 | 789,723 | 626,392 | ,000 |
| | QN | 1631,954 | 1 | 1631,954 | 993,411 | ,000 |
| | AU | 1387,633 | 1 | 1387,633 | 1354,937 | ,000 |
| | UM | 1072,340 | 1 | 1072,340 | 579,785 | ,000 |
| | IM | 1511,636 | 1 | 1511,636 | 1183,250 | ,000 |
| | BL | 1250,210 | 1 | 1250,210 | 974,482 | ,000 |
| | GRUPPE | HS | ,489 | 2 | ,244 | ,306 |
| VS | | ,375 | 2 | ,187 | ,313 | ,732 |
| GH | | 3,943 | 2 | 1,971 | 1,595 | ,207 |
| SR | | 2,432 | 2 | 1,216 | 1,180 | ,311 |
| ZU | | 1,014 | 2 | ,507 | ,643 | ,528 |
| QL | | 2,859 | 2 | 1,429 | 1,134 | ,325 |
| QN | | 1,125 | 2 | ,562 | ,342 | ,711 |
| AU | | 1,588 | 2 | ,794 | ,775 | ,463 |
| UM | | 2,975 | 2 | 1,487 | ,804 | ,450 |
| IM | | 2,783E-02 | 2 | 1,391E-02 | ,011 | ,989 |
| BL | | 9,579 | 2 | 4,789 | 3,733 | ,027 |
| Fehler | | HS | 95,766 | 120 | ,798 | |
| | VS | 71,875 | 120 | ,599 | | |
| | GH | 148,271 | 120 | 1,236 | | |
| | SR | 123,639 | 120 | 1,030 | | |
| | ZU | 94,688 | 120 | ,789 | | |
| | QL | 151,290 | 120 | 1,261 | | |
| | QN | 197,133 | 120 | 1,643 | | |
| | AU | 122,896 | 120 | 1,024 | | |
| | UM | 221,946 | 120 | 1,850 | | |
| | IM | 153,303 | 120 | 1,278 | | |
| | BL | 153,954 | 120 | 1,283 | | |

Abkürzungen: HS – Handlungsspielraum, VS – Vielseitigkeit, GH – Ganzheitlichkeit, SR – soziale Rückendeckung, ZU - Zusammenarbeit – QL – Qualitative Anforderungen, QN – Quantitative Anforderungen, AU – Arbeitsunterbrechungen, UM - Umgebungsbedingungen, IM – Information Mitarbeiter, BL – Betriebliche Leistungen

Bei den univariaten Tests zeigte sich hinsichtlich des Faktors Gruppe nur bei der Skala Betriebliche Leistungen ein signifikanter Effekt ($f = 3,733$, $p = 0,027$).

Tabelle 149: Varianzanalyse KFZA Betriebliche Leistungen Paarvergleich Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt)

| Messung | (I) Gruppe | (J) Gruppe | Mittelwertdifferenz (I-J) | Std. Fehler | Sig. |
|---------|--------------------|--------------------|---------------------------|-------------|------|
| BL | Teamsupervision | Gruppensupervision | -,281 | ,172 | ,312 |
| | | keine Supervision | ,420 | ,232 | ,220 |
| | Gruppensupervision | Teamsupervision | ,281 | ,172 | ,312 |
| | | keine Supervision | ,701 | ,259 | ,023 |
| | keine Supervision | Teamsupervision | -,420 | ,232 | ,220 |
| | | Gruppensupervision | -,701 | ,259 | ,023 |

Basiert auf geschätzten Randmitteln, Anpassung für multiple Vergleiche: Bonferroni.
Abkürzungen: BL – Betriebliche Leistungen

Wie der Paarvergleich zeigt, ist der Effekt auf den Unterschied zwischen der Nicht-supervisionsgruppe und der Gruppensupervisionsgruppe zurückzuführen. Letztere hatte insgesamt einen signifikant höheren Wert in der Skala.

Tabelle 150: Varianzanalyse KFZA univariate Tests Faktor Zeit, Zeit*Gruppe

| Quelle | Messung | ZEIT | Typ III Quadrat- Summen | df | Mittlere Quadrate | F | Sig. | Noncent. Parameter | Beo- bachtete Power | |
|------------------|------------------|--------|-------------------------------|-----------|----------------------|-----------|-------|-----------------------|---------------------------|------|
| ZEIT | HS | Linear | 1,283 | 1 | 1,283 | 5,519 | ,020 | 5,519 | ,644 | |
| | VS | Linear | 4,391E-02 | 1 | 4,391E-02 | ,176 | ,676 | ,176 | ,070 | |
| | GH | Linear | ,274 | 1 | ,274 | ,695 | ,406 | ,695 | ,131 | |
| | SR | Linear | ,114 | 1 | ,114 | ,444 | ,506 | ,444 | ,101 | |
| | ZU | Linear | ,671 | 1 | ,671 | 3,064 | ,083 | 3,064 | ,412 | |
| | QL | Linear | 5,204E-02 | 1 | 5,204E-02 | ,103 | ,748 | ,103 | ,062 | |
| | QN | Linear | 1,705 | 1 | 1,705 | 5,940 | ,016 | 5,940 | ,676 | |
| | AU | Linear | ,140 | 1 | ,140 | ,389 | ,534 | ,389 | ,095 | |
| | UM | Linear | ,471 | 1 | ,471 | ,749 | ,389 | ,749 | ,138 | |
| | IM | Linear | 2,002 | 1 | 2,002 | 4,889 | ,029 | 4,889 | ,592 | |
| | BL | Linear | 2,421 | 1 | 2,421 | 6,585 | ,012 | 6,585 | ,721 | |
| | ZEIT * GRUPPE | HS | Linear | 2,066 | 2 | 1,033 | 4,443 | ,014 | 8,885 | ,754 |
| | | VS | Linear | 7,020E-02 | 2 | 3,510E-02 | ,141 | ,869 | ,281 | ,071 |
| | | GH | Linear | 5,840E-02 | 2 | 2,920E-02 | ,074 | ,929 | ,148 | ,061 |
| | | SR | Linear | 2,607E-02 | 2 | 1,304E-02 | ,051 | ,950 | ,102 | ,058 |
| | | ZU | Linear | ,442 | 2 | ,221 | 1,009 | ,368 | 2,018 | ,223 |
| QL | | Linear | ,722 | 2 | ,361 | ,717 | ,491 | 1,433 | ,169 | |
| QN | | Linear | ,149 | 2 | 7,454E-02 | ,260 | ,772 | ,519 | ,090 | |
| AU | | Linear | ,261 | 2 | ,130 | ,362 | ,697 | ,725 | ,107 | |
| UM | | Linear | ,339 | 2 | ,169 | ,270 | ,764 | ,539 | ,092 | |
| IM | | Linear | ,200 | 2 | 9,997E-02 | ,244 | ,784 | ,488 | ,088 | |
| BL | | Linear | ,460 | 2 | ,230 | ,626 | ,537 | 1,252 | ,153 | |
| Fehler (ZEIT) | | HS | Linear | 27,897 | 120 | ,232 | | | | |
| | | VS | Linear | 29,931 | 120 | ,249 | | | | |
| | | GH | Linear | 47,338 | 120 | ,394 | | | | |
| | | SR | Linear | 30,706 | 120 | ,256 | | | | |
| | | ZU | Linear | 26,280 | 120 | ,219 | | | | |
| | QL | Linear | 60,443 | 120 | ,504 | | | | | |
| | QN | Linear | 34,451 | 120 | ,287 | | | | | |
| | AU | Linear | 43,154 | 120 | ,360 | | | | | |
| UM | Linear | 75,419 | 120 | ,628 | | | | | | |
| IM | Linear | 49,131 | 120 | ,409 | | | | | | |
| BL | Linear | 44,113 | 120 | ,368 | | | | | | |

Abkürzungen: HS – Handlungsspielraum, VS – Vielseitigkeit, GH – Ganzheitlichkeit, SR – soziale Rückendeckung, ZU - Zusammenarbeit – QL – Qualitative Anforderungen, QN – Quantitative Anforderungen, AU – Arbeitsunterbrechungen, UM - Umgebungsbedingungen, IM – Information Mitarbeiter, BL – Betriebliche Leistungen

Beim Messwiederholungsfaktor ergaben sich signifikante Effekte bezüglich der Skalen Handlungsspielraum, Quantitative Anforderungen, Information Mitarbeiter und Betriebliche Leistungen. Angestiegen ist der Wert für Quantitative Anforderungen (Diff = 0,211, p = 0,016). Zurückgegangen sind die Werte für Handlungsspielraum (Diff = -0,183, p = 0,020), Information Mitarbeiter (Diff = - 0,229, p = 0,029) sowie betriebliche Leistungen (Diff = - 0,251, p = 0,012).

Beim Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe ergab sich ein signifikanter Effekt bezüglich der Skala Handlungsspielraum. Er ist darauf zurückzuführen, dass der Wert für die Teamsupervisionsgruppe anstieg, während die Werte für die Gruppensupervisionsgruppe und die Nicht-Supervisionsgruppe zurückging.

Im folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Skalen in grafischer Form wiedergegeben:

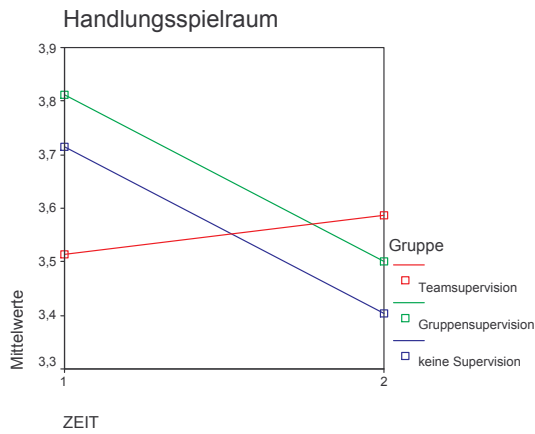


Abbildung 44: Veränderungen Handlungsspielraum

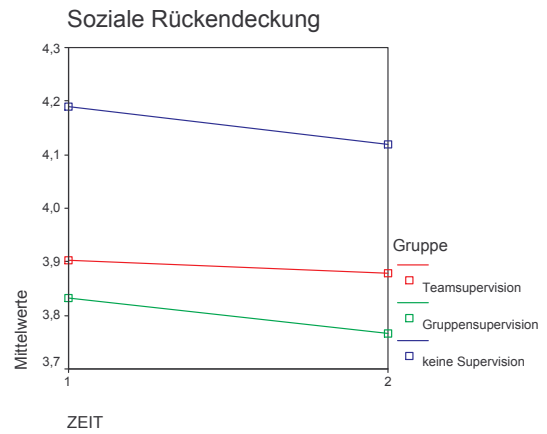


Abbildung 47: Veränderungen soziale Rückendeckung

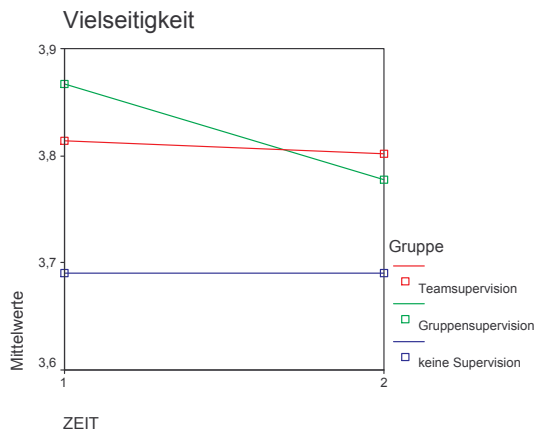


Abbildung 45: Veränderungen Vielseitigkeit

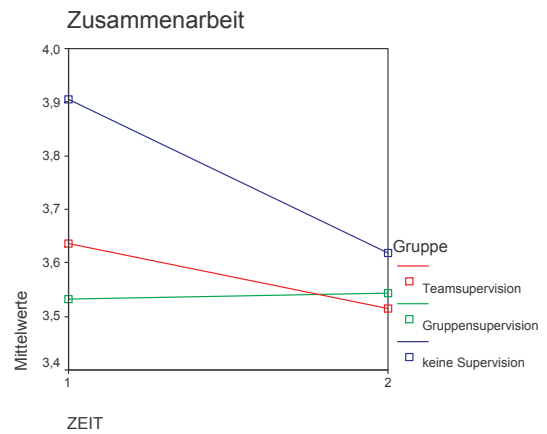


Abbildung 48: Veränderungen Zusammenarbeit

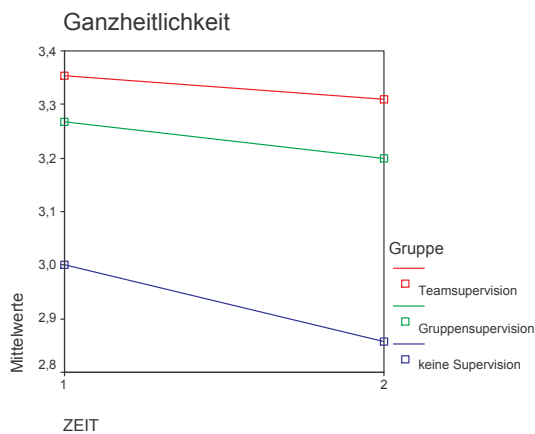


Abbildung 46: Veränderungen Ganzheitlichkeit

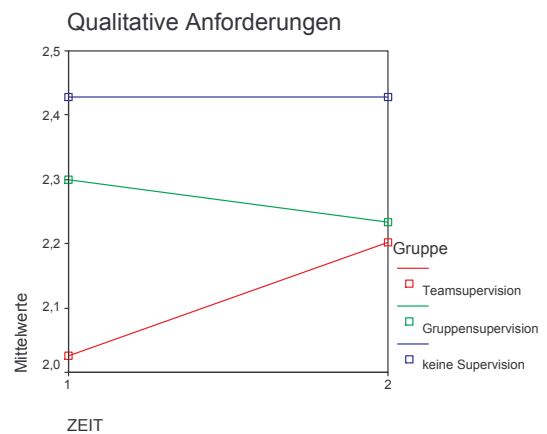


Abbildung 49: Veränderungen qualitative Anforderungen

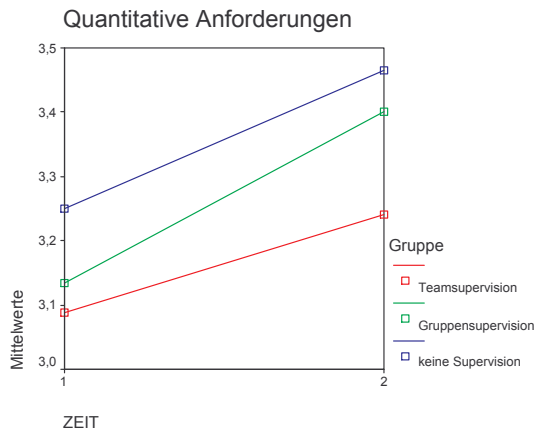


Abbildung 50: Veränderungen quantitative Anforderungen

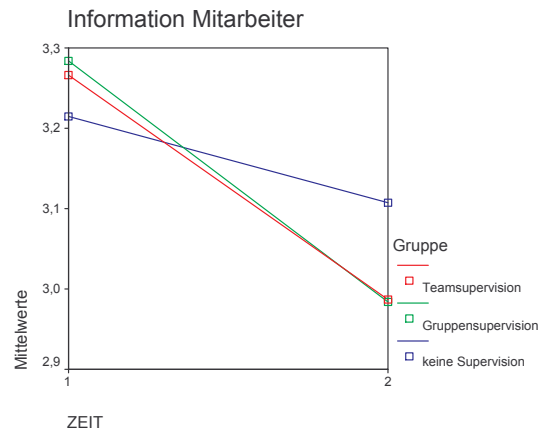


Abbildung 53: Veränderungen Information Mitarbeiter

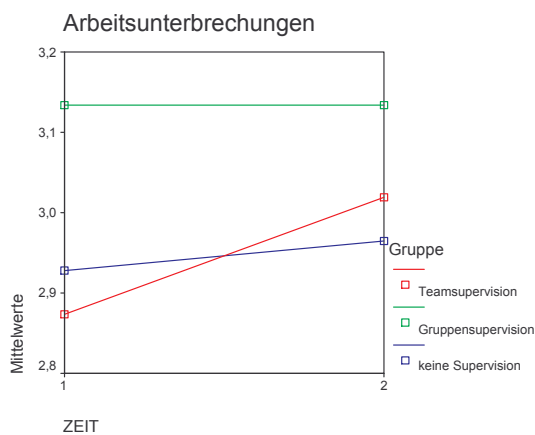


Abbildung 51: Veränderungen Arbeitsunterbrechungen

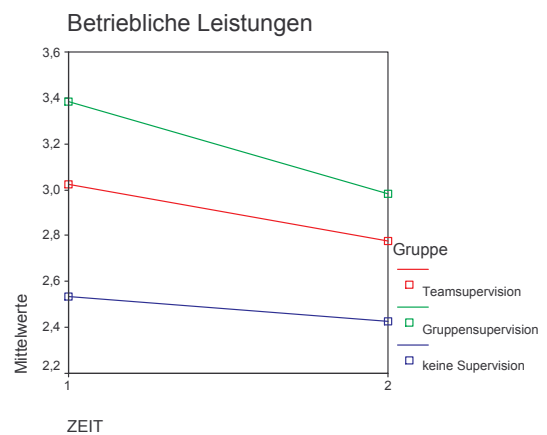


Abbildung 54: Veränderungen betriebliche Leistungen

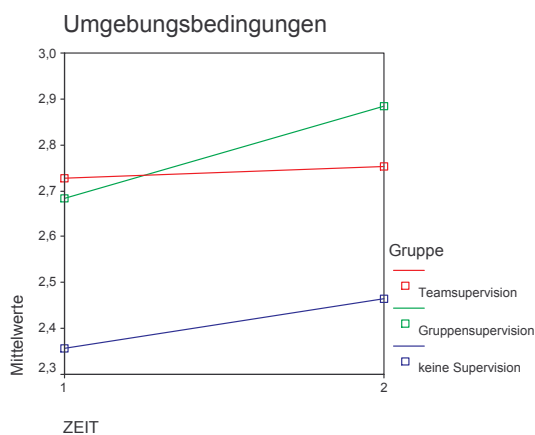


Abbildung 52: Veränderungen Umgebungsbedingungen

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich die Untersuchungsgruppen lediglich hinsichtlich der Skala Betriebliche Leistungen unterscheiden, hier zeigte die Gruppensupervisionsgruppe signifikant höhere Werte als die Teamsupervisionsgruppe. Angestiegen ist über die Zeit hinweg der Wert für quantitative Anforderungen, gleichzeitig sanken die Werte für Handlungsspielraum, Information Mitarbeiter und Betriebliche Leistungen zwischen den Messzeitpunkten. Offensichtlich bewerten die ProbandenInnen aller Gruppen die quantitative Arbeitsbelastung nach 10 Mo-

naten höher, gleichzeitig sinken die Werte für die drei Entlastungsfaktoren. Eine Ausnahme macht die Teamsupervisionsgruppe, deren Wert beim Handlungsspielraum im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen beim zweiten Messzeitpunkt angestiegen ist.

In zusätzlichen Analysen wurden darüber hinaus als Kovariate Arbeitsintensität²¹ (Durchschnitt beider Messzeitpunkte), Alter, Dauer der Mitarbeit, Anzahl der Supervisionssitzungen sowie Anzahl der Fortbildungsstunden eingeführt. Ein signifikanter Einfluss auf die Ressourcenvariablen zeigte sich bei den multivariaten Tests für die Variablen Arbeitsintensität ($f = 2,95$, $p = 0,01$), Alter ($f = 3,202$, $p = 0,006$) und Dauer der Mitarbeit ($f = 2,831$, $p = 0,013$), nicht jedoch bei den Variablen Anzahl der Supervisionssitzungen und Anzahl der Fortbildungsstunden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Gruppengrößen und der deswegen fraglichen Aussagekraft wurde die Kovarianzanalyse jedoch nicht weitergeführt, weitergehende Ergebnisse werden daher hier nicht dargestellt.

2. Einfaktorielle Varianzanalysen

Mit Einwegvarianzanalysen wurden in einem weiteren Schritt Unterschiede bei den Skalenwertdifferenzen und Einzelitemdifferenzen zwischen den Gruppen sowie die Unterschiede zwischen den Gruppen bei den wahrgenommenen Veränderungen der Ressourcen untersucht. Es geht dabei um die Frage, ob bei TeilnehmernInnen bestimmter Supervisionsformen größere positive oder negative Veränderungen bei einem bestimmten Ressourcenbereich festgestellt werden können als bei TeilnehmernInnen anderer Supervisionsformen. Teilweise hat über diese Frage schon die Varianzanalyse mit Messwiederholung Auskunft gegeben mit der Interaktion Zeit * Gruppe, allerdings ohne die Paarvergleiche der Untersuchungsgruppen. Außerdem werden in der Form der Einwegvarianzanalyse auch diejenigen Fälle aufgenommen, für die Daten in nicht allen Ressourcenbereichen zur Verfügung stehen. Daher schwankt die Anzahl der einbezogenen Fälle je nach Ressourcenskala bzw. Einzelitem.

Für diese Untersuchung wurde die Differenz zwischen den jeweiligen Skalenwerten (MZP 2 – MZP 1) für jede/n ProbandenIn gebildet. Ein negativer Wert bedeutet einen Rückgang des entsprechenden Wertes zwischen den Messzeitpunkten, ein positiver Wert bedeutet einen Anstieg. Geprüft werden in der Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bei den jeweiligen durchschnittlichen Differenzen.

Die Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse waren gegeben.

²¹ Die Variable Arbeitsintensität ist die Zusammenfassung der KFZA-Skalen quantitative und qualitative Arbeitsbelastung und Arbeitsunterbrechungen zu einer Skala

Die Übersicht zeigt die Ergebnisse für die einzelnen Ressourcenskalen:

Tabelle 151: ANOVA Untersuchungsgruppen und Skalendifferenzen Ressourcen

| | | N | Mittelwert | Std.-Abw. | F | Sign. |
|---------|--------------------|-----|-------------|-----------|-------|-------|
| PRDIFF | Teamsupervision | 85 | 2,941E-03 | ,4064 | 2,955 | 0,056 |
| | Gruppensupervision | 35 | -6,7857E-02 | ,4910 | | |
| | keine Supervision | 14 | -,3125 | ,6099 | | |
| | Total | 134 | -4,8507E-02 | ,4598 | | |
| NPRDIFF | Teamsupervision | 89 | -5,0562E-02 | ,4642 | 2,160 | 0,119 |
| | Gruppensupervision | 34 | -3,3088E-02 | ,4166 | | |
| | keine Supervision | 15 | -,3167 | ,6663 | | |
| | Total | 138 | -7,5181E-02 | ,4825 | | |
| SRDIFF | Teamsupervision | 90 | 6,296E-02 | ,6092 | 2,102 | 0,126 |
| | Gruppensupervision | 34 | -7,3529E-02 | ,7568 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,1458 | ,9267 | | |
| | Total | 140 | 5,952E-03 | ,6874 | | |
| NSRDIFF | Teamsupervision | 88 | 6,250E-02 | ,6806 | 2,102 | 0,126 |
| | Gruppensupervision | 34 | -,1765 | ,6816 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,2187 | ,8271 | | |
| | Total | 138 | -2,8986E-02 | ,7042 | | |
| MRDIFF | Teamsupervision | 91 | -9,1575E-02 | ,6365 | 0,064 | 0,938 |
| | Gruppensupervision | 36 | -,1204 | ,6530 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,1458 | ,5959 | | |
| | Total | 143 | -,1049 | ,6322 | | |
| NMRDIFF | Teamsupervision | 90 | -7,0370E-02 | ,6448 | 0,052 | 0,949 |
| | Gruppensupervision | 34 | -,1078 | ,6394 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,1042 | ,6051 | | |
| | Total | 140 | -8,3333E-02 | ,6349 | | |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF - Veränderung materielle Ressourcen, NMRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit materielle Ressourcen

In keiner der Ressourcenskalen zeigten sich signifikante Unterschiede bei den Ressourcendifferenzen zwischen den Gruppen. Lediglich bei den Skalendifferenzen für die Professionellen Ressourcen zeigt sich eine statistisch bedeutsame Tendenz ($f = 2,955$, $p = 0,056$). In der Teamsupervisionsgruppe bestand eine leichte positive Differenz (Anstieg der Werte), während in der Gruppensupervisionsgruppe und in der Nicht-Supervisionsgruppe eine negative Differenz (Rückgang) bestand.

Im Post-Test war nur die Mittelwertdifferenz zwischen Teamsupervisionsgruppe und Nicht-Supervisionsgruppe signifikant (Diff. = 0,3154, $p = 0,017$), d.h. er Differenzwert ist in der Nicht-Supervisionsgruppe mit $-0,3125$ deutlich kleiner als in der Team-Supervisionsgruppe (0,002941), die Einschätzung der Professionellen Ressourcen ist in der Nicht-Supervisionsgruppe zurückgegangen, in der Teamsupervisionsgruppe dagegen gleich geblieben.

Hinsichtlich der Differenz bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen zeigte sich darüber hinaus in den Post-Tests ein signifikanter Unterschied zwischen der Nicht-Supervisionsgruppe und der Teamsupervisionsgruppe. Die Nicht-Supervisionsgruppe erreichte eine größere negative Differenz zwischen den Messzeitpunkten als die Teamsupervisionsgruppe (Diff. = 0,2661, $p = 0,048$), d.h. in der Nicht-Supervisionsgruppe ist der Wert für die Variable Nutzbarkeit professioneller Ressourcen stärker gesunken als in der Teamsupervisionsgruppe.

Die Überprüfung der Einzelitemdifferenzen ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Items 4 (Nutzbarkeit Feldkompetenz), 9 (Berufliche Fertigkeiten), 10 (Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten), 16 (Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen) und 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte).

Tabelle 152: ANOVA Untersuchungsgruppen und Einzelitemdifferenzen Ressourcen

| | | N | Mittelwert | Std.-Abw. | F | Sign. |
|---------|--------------------|-----|-------------|-----------|-------|-------|
| DRESS04 | Teamsupervision | 91 | -,1319 | ,7632 | 3,128 | 0,047 |
| | Gruppensupervision | 36 | -,2222 | ,7216 | | |
| | keine Supervision | 15 | -,6667 | ,8997 | | |
| | Total | 142 | -,2113 | ,7794 | | |
| DRESS09 | Teamsupervision | 90 | 8,889E-02 | ,7591 | 4,968 | 0,008 |
| | Gruppensupervision | 35 | -2,8571E-02 | ,7854 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,5625 | ,7274 | | |
| | Total | 141 | -1,4184E-02 | ,7836 | | |
| DRESS10 | Teamsupervision | 92 | ,0000 | ,6954 | 4,042 | 0,020 |
| | Gruppensupervision | 35 | -8,5714E-02 | ,7425 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,5625 | ,8921 | | |
| | Total | 143 | -8,3916E-02 | ,7458 | | |
| DRESS16 | Teamsupervision | 91 | 2,198E-02 | ,6989 | 2,952 | 0,032 |
| | Gruppensupervision | 34 | ,0000 | ,7385 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,5000 | ,8944 | | |
| | Total | 141 | -4,2553E-02 | ,7452 | | |
| DRESS26 | Teamsupervision | 91 | ,1538 | ,9991 | 4,303 | 0,015 |
| | Gruppensupervision | 36 | -,4167 | 1,2277 | | |
| | keine Supervision | 16 | -,3125 | 1,0145 | | |
| | Total | 143 | -4,1958E-02 | 1,0869 | | |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: DRESS04 – Veränderung Nutzbarkeit Feldkompetenz, DRESS09 – Veränderung berufliche Fertigkeiten, DRESS10 – Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, DRESS16 – Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen, DRESS26 - Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte

Die Paarvergleiche erbrachten bei den Items 4 (Diff = 0,5348, p = 0,014), 9 (Diff = 0,6514, p = 0,002), 10 (Diff = 0,5625, p = 0,005) und 16 (Diff = 0,5220, p = 0,010) signifikante Unterschiede zwischen der Teamsupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe, hier ging die Einschätzung am Messzeitpunkt 2 in der Nicht-Supervisionsgruppe signifikant stärker zurück als in der Teamsupervisionsgruppe. Bei den Items 9 (Diff = 0,5339, p = 0,022) und 10 (Diff = 0,4768, p = 0,032) war zusätzlich der Unterschied zwischen der Gruppensupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe signifikant. Bei Item 26 (Diff = 0,5705, p = 0,007) war den Unterschied zwischen Team- und Gruppensupervisionsgruppe signifikant, in der Gruppensupervisionsgruppe kam es zu einem deutlichen Rückgang der Einschätzung, in der Teamsupervisionsgruppe stieg die Einschätzung beim zweiten Messzeitpunkt an.

Zu jedem Item wurden die ProbandenInnen beim zweiten Messzeitpunkt befragt, ob sie eine Veränderung (positiv oder negativ) im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt wahrgenommen haben. Wie oben bereits dargestellt waren die Durchschnittswerte aller Items (über alle Gruppen) mehr oder weniger positiv, d.h. für jedes Item wurde eher eine Verbesserung wahrgenommen. Der Vergleich der Untersuchungsgruppen erbrachte signifikante Unterschiede bei 6 der 34 Items:

Tabelle 153: ANOVA Untersuchungsgruppen und wahrgenommene Veränderungen Ressourcen

| | | N | Mittelwert | Std.-Abw. | F | Sign. |
|---|--------------------|-----|-------------|-----------|-------|-------|
| Wg. Veränderung Fachkenntnisse | Teamsupervision | 91 | ,4505 | ,6371 | 3,789 | 0,025 |
| | Gruppensupervision | 28 | ,3929 | ,4973 | | |
| | keine Supervision | 15 | ,0000 | ,3780 | | |
| | Total | 134 | ,3881 | ,5996 | | |
| Wg. Veränderung Sicherheit | Teamsupervision | 90 | ,3333 | ,6534 | 4,454 | 0,013 |
| | Gruppensupervision | 27 | ,1481 | ,3620 | | |
| | keine Supervision | 13 | -,1538 | ,3755 | | |
| | Total | 130 | ,2462 | ,5979 | | |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Information Kollegen | Teamsupervision | 85 | ,1647 | ,4038 | 3,733 | 0,027 |
| | Gruppensupervision | 26 | 7,692E-02 | ,2717 | | |
| | keine Supervision | 13 | -,1538 | ,5547 | | |
| | Total | 124 | ,1129 | ,4074 | | |
| Wg. Veränderung praktische Unterstützung Kollegen | Teamsupervision | 86 | ,1628 | ,4018 | 3,530 | 0,032 |
| | Gruppensupervision | 26 | -3,8462E-02 | ,3442 | | |
| | keine Supervision | 13 | ,0000 | ,0000 | | |
| | Total | 125 | ,1040 | ,3773 | | |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen | Teamsupervision | 85 | ,1765 | ,4922 | 3,829 | 0,024 |
| | Gruppensupervision | 26 | -7,6923E-02 | ,4836 | | |
| | keine Supervision | 13 | -7,6923E-02 | ,2774 | | |
| | Total | 124 | 9,677E-02 | ,4842 | | |
| Wg. Veränderung Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten | Teamsupervision | 86 | 9,302E-02 | ,4237 | 3,523 | 0,033 |
| | Gruppensupervision | 27 | ,2222 | ,4237 | | |
| | keine Supervision | 14 | -,1429 | ,3631 | | |
| | Total | 127 | 9,449E-02 | ,4260 | | |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Bezüglich der Items wahrgenommene Veränderung Fachkenntnisse (Diff = 0,4505, $p = 0,007$), wahrgenommene Veränderung Sicherheit (Diff = 0,4872, $p = 0,006$) und wahrgenommene Veränderung Nutzbarkeit Information KollegenInnen (Diff = 0,3186, $p = 0,008$) zeigten sich in den Post-Tests signifikante Unterschiede zwischen der Teamsupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe. In allen drei Fällen hat die Teamsupervisionsgruppe eher eine Verbesserung wahrgenommen, während die Nicht-Supervisionsgruppe keine Veränderung oder eine Verschlechterung wahrgenommen hat. Beim Item wahrgenommene Veränderung Fachkenntnisse bestand zusätzlich auch ein Unterschied zwischen Nicht-Supervisionsgruppe und Gruppensupervisionsgruppe (Diff = 0,3929, $p = 0,032$) ähnlicher Art. Signifikante Unterschiede zwischen Teamsupervisionsgruppe und Gruppensupervisionsgruppe bestanden bei den Items wahrgenommene Veränderung praktische Unterstützung KollegenInnen (Diff = 0,2013, $p = 0,016$) und wahrgenommene Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung KollegenInnen (Diff = 0,2534, $p = 0,018$). In beiden Fällen berichtete die Teamsupervisionsgruppe von einer Verbesserung, während die Gruppensupervisionsgruppe eher von einer Verschlechterung berichtete. Ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppensupervisionsgruppe und Nicht-Supervisionsgruppe ergab sich schließlich beim Item wahrgenommene Veränderung Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten (Diff = 0,3651, $p = 0,022$). Während die Nicht-Supervisionsgruppe eher eine Verschlechterung konstatierte, zeigte sich bei der Gruppensupervisionsgruppe ein positiver Mittelwert (Verbesserung).

Da insgesamt offensichtlich eher positive Veränderungen wahrgenommen wurden obwohl eher negative oder keine Veränderungen gemessen werden konnten, wurde zur Klärung möglicher systematischer Zusammenhänge Korrelationen zwischen der Differenz der Messwerte und der wahrgenommenen Veränderung gerechnet:

Tabelle 154: Korrelation Einzelitemdifferenzen und wahrgenommene Veränderung

| | N | Korrelation | Sig. |
|---|-----|-------------|------|
| DRESS01 & Wg. Veränderung Fachkenntnisse | 128 | -,086 | ,333 |
| DRESS02 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Fachkenntnisse | 125 | ,075 | ,408 |
| DRESS03 & Wg. Veränderung Feldkompetenz | 127 | ,138 | ,122 |
| DRESS04 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Feldkompetenz | 126 | ,185 | ,038 |
| DRESS05 & Wg. Veränderung Sicherheit | 125 | ,339 | ,000 |
| DRESS06 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Sicherheit | 124 | ,132 | ,145 |
| DRESS07 & Wg. Veränderung Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | 123 | ,123 | ,176 |
| DRESS08 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit Klienten | 121 | ,227 | ,012 |
| DRESS09 & Wg. Veränderung berufliche Fertigkeiten | 121 | ,297 | ,001 |
| DRESS10 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten | 123 | ,294 | ,001 |
| DRESS11 & Wg. Veränderung Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten | 121 | ,428 | ,000 |
| DRESS12 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten | 121 | ,458 | ,000 |
| DRESS13 & Wg. Veränderung Abgrenzungsfähigkeit | 123 | ,233 | ,009 |
| DRESS14 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit | 122 | ,299 | ,001 |
| DRESS15 & Wg. Veränderung Einfühlungsvermögen | 123 | -,012 | ,897 |
| DRESS16 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen | 121 | ,239 | ,008 |
| DRESS17 & Wg. Veränderung Information Kollegen | 121 | ,075 | ,412 |
| DRESS18 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Information Kollegen | 121 | ,137 | ,133 |
| DRESS19 & Wg. Veränderung praktische Unterstützung Kollegen | 121 | ,200 | ,028 |
| DRESS20 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollegen | 122 | ,324 | ,000 |
| DRESS21 & Wg. Veränderung emotionale Unterstützung Kollegen | 122 | ,302 | ,001 |
| DRESS22 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen | 120 | ,253 | ,005 |
| DRESS23 & Wg. Veränderung Information Vorgesetzte | 122 | ,259 | ,004 |
| DRESS24 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Information Vorgesetzte | 121 | ,276 | ,002 |
| DRESS25 & Wg. Veränderung praktische Unterstützung Vorgesetzte | 122 | ,260 | ,004 |
| DRESS26 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | 124 | ,252 | ,005 |
| DRESS27 & Wg. Veränderung emotionale Unterstützung Vorgesetzte | 123 | ,238 | ,008 |
| DRESS28 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte | 122 | ,287 | ,001 |
| DRESS29 & Wg. Veränderung Einflussmöglichkeiten | 124 | ,295 | ,001 |
| DRESS30 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten | 123 | ,281 | ,002 |
| DRESS31 & Wg. Veränderung Weiterbildungsmöglichkeiten | 124 | ,205 | ,022 |
| DRESS32 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit Weiterbildungsmöglichkeiten | 123 | ,212 | ,018 |
| DRESS33 & Wg. Veränderung materielle Ausstattung | 125 | ,438 | ,000 |
| DRESS34 & Wg. Veränderung Nutzbarkeit materielle Ausstattung | 124 | ,216 | ,016 |

Abkürzungen: DRESS01 – Veränderung Fachkenntnisse, DRESS02 – Veränderung Nutzbarkeit Fachkenntnisse, DRESS03 – Veränderung Feldkompetenz, DRESS04 – Veränderung Feldkompetenz, DRESS05 – Veränderung Sicherheit, DRESS06 – Veränderung Nutzbarkeit Sicherheit, DRESS07 – Veränderung Wahrnehmungsfähigkeit f. Klienten, DRESS08 – Veränderung Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit f. Klienten, DRESS09 – Veränderung berufliche Fertigkeiten, DRESS10 – Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, DRESS11 – Veränderung Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, DRESS12 – Veränderung Nutzbarkeit Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, DRESS13 – Veränderung Abgrenzungsfähigkeit, DRESS14 – Veränderung Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit, DRESS15 – Veränderung Einfühlungsvermögen, DRESS16 – Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen, DRESS17 – Veränderung Information Kollegen, DRESS18 – Veränderung Nutzbarkeit Information Kollegen, DRESS19 – Veränderung praktische Unterstützung Kollegen, DRESS20 – Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollegen, DRESS21 – Veränderung emotionale Unterstützung Kollegen, DRESS22 – Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollegen, DRESS23 – Veränderung Information Vorgesetzte, DRESS24 – Veränderung Nutzbarkeit Information Vorgesetzte, DRESS25 – Veränderung praktische Unterstützung Vorgesetzte, DRESS26 – Veränderung Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte, DRESS27 – Veränderung emotionale Unterstützung Vorgesetzte, DRESS28 – Veränderung Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte, DRESS29 – Veränderung Einflussmöglichkeiten, DRESS30 – Veränderung Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten, DRESS31 – Veränderung Weiterbildungsmöglichkeiten, DRESS32 – Veränderung Nutzbarkeit Weiterbildungsmöglichkeiten, DRESS33 – Veränderung materielle Ausstattung, DRESS34 – Veränderung Nutzbarkeit materielle Ausstattung

Die Übersicht zeigt bei der überwiegenden Mehrzahl der Einzelitems signifikante positive Korrelationen zwischen der Vortest-Nachtest-Differenz und dem Wert für die subjektiv wahrgenommene Veränderung. Lediglich bei den Items für Fachkenntnisse, Nutzbarkeit Fachkenntnisse, Feldkompetenz, Nutzbarkeit Sicherheit, Wahrnehmungsfähigkeit für KlientenInnen, Einfühlungsvermögen, Information KollegenInnen und Nutzbarkeit Information KollegenInnen zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. Daraus ergibt sich, dass die gemessenen Veränderungen bei den meisten Items mit den wahrgenommenen Veränderungen kovariieren.

In einem weiteren Schritt wurden mit T-Tests für abhängige Gruppen die Mittelwerte der gemessenen Differenzen mit den Mittelwerten der wahrgenommenen Veränderungen verglichen. In den folgenden Tabellen steht WV für wahrgenommene Veränderung (WVRESS01 entspricht wahrgenommene Veränderung bei RESS01):

Tabelle 155: T-Test Differenzen und wahrg. Veränderung Einzelitems (Tabellenausschnitt)

| | | Mittelwert | N | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert | t | df | Sig. (2-seitig) |
|---------|----------|------------|-----|-----------|------------------------|--------|-----|-----------------|
| Paar 1 | DRESS01 | -0,055 | 128 | 0,644 | 0,057 | -5,473 | 127 | ,000 |
| | WVRESS01 | 0,391 | 128 | 0,605 | 0,053 | | | |
| Paar 2 | DRESS02 | -0,152 | 125 | 0,824 | 0,074 | -3,744 | 124 | ,000 |
| | WVRESS02 | 0,168 | 125 | 0,550 | 0,049 | | | |
| Paar 3 | DRESS03 | -0,220 | 127 | 0,776 | 0,069 | -6,335 | 126 | ,000 |
| | WVRESS03 | 0,299 | 127 | 0,621 | 0,055 | | | |
| Paar 4 | DRESS04 | -0,175 | 126 | 0,749 | 0,067 | -5,466 | 125 | ,000 |
| | WVRESS04 | 0,230 | 126 | 0,524 | 0,047 | | | |
| Paar 5 | DRESS05 | -0,032 | 125 | 0,761 | 0,068 | -4,069 | 124 | ,000 |
| | WVRESS05 | 0,256 | 125 | 0,594 | 0,053 | | | |
| Paar 6 | WVRESS06 | -0,040 | 124 | 0,769 | 0,069 | -3,556 | 123 | ,001 |
| | WVRESS06 | 0,234 | 124 | 0,496 | 0,045 | | | |
| Paar 7 | DRESS07 | -0,041 | 123 | 0,717 | 0,065 | -3,972 | 122 | ,000 |
| | WVRESS07 | 0,252 | 123 | 0,489 | 0,044 | | | |
| Paar 8 | DRESS08 | -0,050 | 121 | 0,784 | 0,071 | -3,329 | 120 | ,001 |
| | WVRESS08 | 0,198 | 121 | 0,476 | 0,043 | | | |
| Paar 9 | DRESS09 | 0,000 | 121 | 0,796 | 0,072 | -3,127 | 120 | ,002 |
| | WVRESS09 | 0,231 | 121 | 0,529 | 0,048 | | | |
| Paar 10 | DRESS10 | -0,057 | 123 | 0,739 | 0,067 | -3,412 | 122 | ,001 |
| | WVRESS10 | 0,187 | 123 | 0,578 | 0,052 | | | |
| Paar 14 | DRESS14 | -0,025 | 122 | 0,828 | 0,075 | -2,817 | 121 | ,006 |
| | WVRESS14 | 0,189 | 122 | 0,520 | 0,047 | | | |
| Paar 15 | DRESS15 | -0,033 | 123 | 0,724 | 0,065 | -2,237 | 122 | ,027 |
| | WVRESS15 | 0,138 | 123 | 0,431 | 0,039 | | | |
| Paar 32 | DRESS32 | -0,114 | 123 | 1,103 | 0,099 | -2,139 | 122 | ,034 |
| | WVRESS32 | 0,098 | 123 | 0,433 | 0,039 | | | |

Abkürzungen: DRESS01 – Veränderung Fachkenntnisse, WVRESS01 – wahrgen. Veränderung Fachkenntnisse, DRESS02 – Veränderung Nutzbarkeit Fachkenntnisse, WVRESS02 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Fachkenntnisse, DRESS03 – Veränderung Feldkompetenz, WVRESS03 – wahrgen. Veränderung Feldkompetenz, DRESS04 – Veränderung Nutzbarkeit Feldkompetenz, WVRESS04 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Feldkompetenz, DRESS05 – Veränderung Sicherheit, WVRESS05 – wahrgen. Veränderung Sicherheit, DRESS06 – Veränderung Nutzbarkeit Sicherheit, WVRESS06 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Sicherheit, DRESS07 – Veränderung Wahrnehmungsfähigkeit f. Klienten, WVRESS07 – wahrgen. Veränderung Wahrnehmungsfähigkeit für Klienten, DRESS08 – Veränderung Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit f. Klienten, WVRESS08 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit f. Klienten, DRESS09 – Veränderung berufliche Fertigkeiten, WVRESS09 – wahrgen. Veränderung berufliche Fertigkeiten, DRESS10 – Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, WVRESS10 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, DRESS14 – Veränderung Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit, WVRESS14 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit, DRESS15 – Veränderung Einfühlungsvermögen, WVRESS15 – wahrgen. Veränderung Einfühlungsvermögen, DRESS32 – Veränderung Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten, WVRESS32 – wahrgen. Veränderung Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten

Signifikante Unterschiede zeigten sich bei 13 Einzelitems

Die Zusammenfassung der Korrelations- und T-Testergebnisse zeigt, dass bei den Itempaaren 4 (Nutzbarkeit Feldkompetenz), 5 (Sicherheit), 9 (berufliche Fertigkeiten), 10 (Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten) 14 (Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit) und 32 (Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten) gleichzeitig signifikante Mittelwertsunterschiede und signifikante Korrelationen zwischen wahrgenommenen Veränderungen mit gemessenen Veränderungen bestehen.

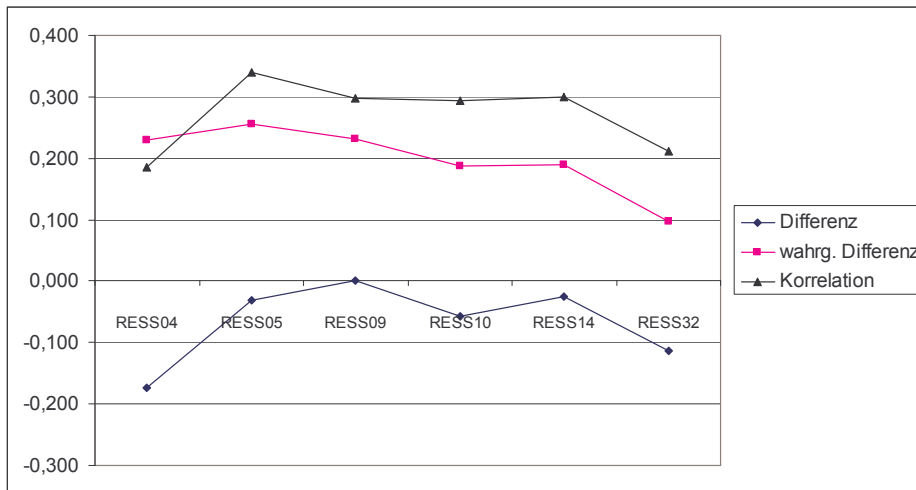


Abbildung 55: Einzelitems mit signifikantem Mittelwertsunterschied und signifikanter Korrelation

Bei Items Nutzbarkeit Feldkompetenz (RESS04), Sicherheit (RESS05), Berufliche Fertigkeiten (RESS), Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten (RESS10), Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit (RESS14) und Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten (RESS32) kann man von einer systematischen positiven Abweichung wahrgenommener Veränderungen im Vergleich zu gemessenen Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen ausgehen.

3. T-Test-Statistiken

Mit T-Tests für abhängige Gruppen wurde überprüft, ob bei TeilnehmernInnen von Supervision Unterschiede in den Skalenmittelnwerten der einzelnen Ressourcenbereiche und bei den Gesamtskalen zwischen den beiden Messzeitpunkten festzustellen sind. Im Gegensatz zur Varianzanalyse mit Messwiederholung, bei der alle drei Gruppen einbezogen wurden, werden hier ausschließlich die Supervisionsgruppen (Teamsupervision, Gruppensupervision) betrachtet:

Tabelle 156: Mittelwerte Ressourcenskalen MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen

| | | Mittelwert | N | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert |
|--------|------|------------|-----|-----------|------------------------|
| Paar 1 | PR1 | 4,1615 | 120 | ,4227 | 3,859E-02 |
| | PR2 | 4,1438 | 120 | ,4685 | 4,276E-02 |
| Paar 2 | NPR1 | 4,1301 | 123 | ,4890 | 4,409E-02 |
| | NPR2 | 4,0843 | 123 | ,5022 | 4,528E-02 |
| Paar 3 | SR1 | 3,6640 | 124 | ,8305 | 7,458E-02 |
| | SR2 | 3,6895 | 124 | ,8531 | 7,661E-02 |
| Paar 4 | NSR1 | 3,7049 | 122 | ,8295 | 7,510E-02 |
| | NSR2 | 3,7008 | 122 | ,8142 | 7,372E-02 |
| Paar 5 | MR1 | 3,6325 | 127 | ,5937 | 5,268E-02 |
| | MR2 | 3,5328 | 127 | ,6577 | 5,836E-02 |
| Paar 6 | NMR1 | 3,6774 | 124 | ,6332 | 5,686E-02 |
| | NMR2 | 3,5968 | 124 | ,6394 | 5,742E-02 |
| Paar 7 | GR1 | 3,8863 | 118 | ,4532 | 4,172E-02 |
| | GR2 | 3,8799 | 118 | ,5023 | 4,624E-02 |
| Paar 8 | NGR1 | 3,8908 | 118 | ,5258 | 4,840E-02 |
| | NGR2 | 3,8514 | 118 | ,5238 | 4,822E-02 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PR – Professionelle Ressourcen, NPR – Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SR – Soziale Ressourcen – NSR – Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MR – Materielle Ressourcen, NMR – Nutzbarkeit materielle Ressourcen, GR – Gesamtressourcen, NGR – Nutzbarkeit Gesamtressourcen

Tabelle 157: T-Tests Mittelwerte Ressourcenskalen MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen

| Paar-Differenzen | | | | | | t | df | Sig. (2-seitig) | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------------|---------------------------------------|-----------|-------|-----------------|------|
| | | Mittelwert | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert | 95% Konfidenz Intervall der Differenz | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Paar 1 | PR1 – PR2 | 1,771E-02 | ,4319 | 3,943E-02 | -6,0359E-02 | 9,578E-02 | ,449 | 119 | ,654 |
| Paar 2 | NPR1 – NPR2 | 4,573E-02 | ,4499 | 4,057E-02 | -3,4576E-02 | ,1260 | 1,127 | 122 | ,262 |
| Paar 3 | SR1 – SR2 | -2,5538E-02 | ,6526 | 5,861E-02 | -,1416 | 9,048E-02 | -,436 | 123 | ,664 |
| Paar 4 | NSR1 – NSR2 | 4,098E-03 | ,6865 | 6,215E-02 | -,1190 | ,1271 | ,066 | 121 | ,948 |
| Paar 5 | MR1- MR2 | 9,974E-02 | ,6387 | 5,668E-02 | -1,2425E-02 | ,2119 | 1,760 | 126 | ,081 |
| Paar 6 | NMR1 – NMR2 | 8,065E-02 | ,6409 | 5,756E-02 | -3,3285E-02 | ,1946 | 1,401 | 123 | ,164 |
| Paar 7 | GR1 – GR2 | 6,481E-03 | ,3960 | 3,645E-02 | -6,5710E-02 | 7,867E-02 | ,178 | 117 | ,859 |
| Paar 8 | NGR1 – NGR2 | 3,938E-02 | ,4405 | 4,055E-02 | -4,0934E-02 | ,1197 | ,971 | 117 | ,334 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PR – Professionelle Ressourcen, NPR – Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SR – Soziale Ressourcen – NSR – Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MR – Materielle Ressourcen, NMR – Nutzbarkeit materielle Ressourcen, GR – Gesamtr Ressourcen, NGR – Nutzbarkeit Gesamtr Ressourcen

In keiner der Einzel- und Gesamtskalen konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten festgestellt werden. Lediglich in der Skala für die materiellen Ressourcen zeigte sich eine statistisch bedeutsame Tendenz, die auf einen Rückgang der Messwerte von MZP 1 nach MZP 2 deutet ($t = 1,760$, $p = 0,081$).

Beim Vergleich der Einzelitembewertung zu beiden Messzeitpunkten ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Zeitpunkten bei drei Items und statistisch bedeutsame Unterschiede bei weiteren drei Items:

Tabelle 158: Mittelwerte Einzelitems MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen (Tabellenausschnitt)

| | | Mittelwert | N | Std. Abw. | Std. Fehler Mittelwert |
|---------|---|------------|-----|-----------|------------------------|
| Paar 2 | Nutzbarkeit Fachkenntnisse1 | 4,1102 | 127 | ,7041 | 6,247E-02 |
| | Nutzbarkeit Fachkenntnisse2 | 3,9528 | 127 | ,7854 | 6,969E-02 |
| Paar 3 | Feldkompetenz1 | 4,3228 | 127 | ,6532 | 5,796E-02 |
| | Feldkompetenz2 | 4,1339 | 127 | ,6827 | 6,058E-02 |
| Paar 4 | Nutzbarkeit Feldkompetenz1 | 4,1654 | 127 | ,6988 | 6,201E-02 |
| | Nutzbarkeit Feldkompetenz2 | 4,0079 | 127 | ,7071 | 6,274E-02 |
| Paar 28 | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte1 | 3,7200 | 125 | 1,0895 | 9,745E-02 |
| | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte2 | 3,5760 | 125 | 1,0646 | 9,522E-02 |
| Paar 29 | Einflussmöglichkeiten1 | 3,8268 | 127 | ,8271 | 7,339E-02 |
| | Einflussmöglichkeiten2 | 3,6693 | 127 | ,8073 | 7,163E-02 |
| Paar 32 | Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten1 | 3,7937 | 126 | ,9660 | 8,605E-02 |
| | Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten2 | 3,6111 | 126 | ,9463 | 8,431E-02 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Tabelle 159: T-Tests Mittelwerte Einzelitems MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen (Tabellenausschnitt)

| | Paar-Differenzen | Paar-Differenzen | | | | | t | df | Sig. (2-seitig) |
|---------|---|------------------|-----------|------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-----|-----------------|
| | | Mittelwert | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert | 95% Konfidenz Intervall der Differenz | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Paar 2 | Nutzbarkeit Fachkenntnisse1 - Nutzbarkeit Fachkenntnisse2 | ,1575 | ,8491 | 7,535E-02 | 8,367E-03 | ,3066 | 2,090 | 126 | ,039 |
| Paar 3 | Feldkompetenz1 - Feldkompetenz2 | ,1890 | ,7941 | 7,047E-02 | 4,952E-02 | ,3284 | 2,682 | 126 | ,008 |
| Paar 4 | Nutzbarkeit Feldkompetenz1 - Nutzbarkeit Feldkompetenz2 | ,1575 | ,7499 | 6,654E-02 | 2,580E-02 | ,2892 | 2,367 | 126 | ,019 |
| Paar 28 | Nutzbarkeit emot. Unterstützung Vorgesetzte1 - Nutzbarkeit emot. Unterstützung Vorgesetzte2 | ,1440 | ,9479 | 8,478E-02 | -2,3803E-02 | ,3118 | 1,699 | 124 | ,092 |
| Paar 29 | Einflussmöglichkeiten1 – Einflussmöglichkeiten2 | ,1575 | ,9035 | 8,017E-02 | -1,1752E-03 | ,3161 | 1,964 | 126 | ,052 |
| Paar 32 | Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten1 - Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten2 | ,1825 | 1,0688 | 9,522E-02 | -5,9117E-03 | ,3710 | 1,917 | 125 | ,058 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Wie die Übersicht zeigt gehen alle drei signifikanten Ergebnisse sowie die statistisch bedeutsamen Tendenzen auf einen Rückgang der Bewertung bei MZP 2 zurück. Im einzelnen beziehen sich die Rückgänge auf die Items Nutzbarkeit Fachkenntnisse ($t = 2,090$, $p = 0,039$), Feldkompetenz ($t = 2,682$, $p = 0,008$), Nutzbarkeit Feldkompetenz ($t = 2,367$, $p = 0,019$), Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesetzte ($t = 1,699$, $p = 0,092$), Einflussmöglichkeiten ($t = 1,964$, $p = 0,052$) und Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten ($t = 1,917$, $p = 0,058$). Man kann somit feststellen, daß sich weder bei den Ressourcen-Skalen noch bei den Einzelitems bei den Supervisionsgruppen ein Anstieg vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zeigte.

Ebenfalls mit T-Tests für abhängige Gruppen wurde überprüft, ob bei den Vortest-Nachtest-Differenzen Unterschiede innerhalb derselben Gruppe zwischen den Professionellen Ressourcen und den Sozialen Ressourcen bzw. zwischen der Nutzbarkeit der professionellen Ressourcen und der Nutzbarkeit der sozialen Ressourcen bestehen. Hierzu wurden in jeder der beiden Supervisionsgruppen die Vortest-Nachtest-Differenzen beider Ressourcenbereiche mit T-Tests für abhängige Gruppen miteinander verglichen.

Die Tests für die *Teamsupervisionsgruppe* zeigten folgende Ergebnisse:

Tabelle 160: Mittelwerte Skalendifferenzen Ressourcen Teamsupervisionsgruppe

| | | Mittelwert | N | Std. Abweichung | Std.Fehler Mittelwert |
|--------|---------|-------------|----|-----------------|-----------------------|
| Paar 1 | PRDIFF | 5,952E-03 | 84 | ,4079 | 4,451E-02 |
| | SRDIFF | 6,944E-02 | 84 | ,6226 | 6,794E-02 |
| Paar 2 | NPRDIFF | -5,3779E-02 | 86 | ,4695 | 5,063E-02 |
| | NSRDIFF | 6,977E-02 | 86 | ,6838 | 7,374E-02 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen

Tabelle 161: T-Test Skalendifferenzen Ressourcen Teamsupervisionsgruppe

| Paar-Differenzen | | | | | | t | df | Sig. (2-seitig) | |
|------------------|------------------|-------------|-----------|------------------------|---------------------------------------|-----------|--------|-----------------|------|
| | | Mittelwert | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert | 95% Konfidenz Intervall der Differenz | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Paar 1 | PRDIFF – SRDIFF | -6,3492E-02 | ,6259 | 6,829E-02 | -,1993 | 7,234E-02 | -,930 | 83 | ,355 |
| Paar 2 | NPRDIFF – NSRDIF | -,1235 | ,6251 | 6,741E-02 | -,2576 | 1,047E-02 | -1,833 | 85 | ,070 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen

Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Differenzen Professionelle Ressourcen und Soziale Ressourcen.

Eine statistisch bedeutsame Tendenz zeigte für die Differenzen Nutzbarkeit professionelle Ressourcen und Nutzbarkeit soziale Ressourcen. Demnach ist in der Teamsupervisionsgruppe die Differenz zwischen den Messzeitpunkten für die Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als die Differenz für die Nutzbarkeit professioneller Ressourcen ($t = -1,833$, $p = 0,070$).

Die Tests für die *Gruppensupervisionsgruppe* zeigten folgende Ergebnisse:

Tabelle 162: Mittelwerte Skalendifferenzen Ressourcen Gruppensupervisionsgruppe

| | | Mittelwert | N | Std.-Abw. | Std. Fehler Mittelwert |
|--------|---------|-------------|----|-----------|------------------------|
| Paar 1 | PRDIFF | -2,2059E-02 | 34 | ,4157 | 7,129E-02 |
| | SRDIFF | -7,3529E-02 | 34 | ,7568 | ,1298 |
| Paar 2 | NPRDIFF | -3,3088E-02 | 34 | ,4166 | 7,145E-02 |
| | NSRDIF | -,1765 | 34 | ,6816 | ,1169 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen

Tabelle 163: T-Test Skalendifferenzen Ressourcen Gruppensupervisionsgruppe

| Paar-Differenzen | | | | | | | t | df | Sig. (2-seitig) |
|------------------|------------------|------------|-----------|-----------------------|---------------------------------------|-------|-------|----|-----------------|
| | | Mittelwert | Std.-Abw. | Std.Fehler Mittelwert | 95% Konfidenz Intervall der Differenz | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Paar 1 | PRDIFF – SRDIFF | 5,147E-02 | ,8543 | ,1465 | -,2466 | ,3496 | ,351 | 33 | ,728 |
| Paar 2 | NPRDIFF – NSRDIF | ,1434 | ,7461 | ,1280 | -,1170 | ,4037 | 1,120 | 33 | ,271 |

Anmerkung: Die Werte sind teilweise in Exponentialschreibweise dargestellt: 6,3-E2 = 0,063

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen

Weder für den Vergleich der Messzeitpunkt-Differenzen von Professionellen Ressourcen und Sozialen Ressourcen noch für den Vergleich der Messzeitpunkt-Differenzen der Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen zeigten sich signifikante Differenzen.

4. Korrelationsberechnungen und Regressionsanalysen

Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen und der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie zwischen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zwischen den beiden Messzeitpunkten wurden Korrelationen berechnet.

Als Prüfmaß wurde dazu die Differenz der Messwerte zwischen Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 ($\text{Diff} = \text{MZP 2} - \text{MZP 1}$) berechnet. Ein positiver Wert bedeutet einen Anstieg des entsprechenden Messwerts zwischen den beiden Zeitpunkten, ein negativer Wert bedeutet einen Rückgang des entsprechenden Wertes.

Die Korrelation zwischen den Veränderungen der Ressourcen und deren Nutzbarkeit mit den Veränderungen bei den Variablen Kontrolle und Selbstwirksamkeit zeigte folgende Ergebnisse:

Tabelle 164: Korrelation Skalendifferenzen Ressourcen und Kontrolle / Selbstwirksamkeit

| | | KONDIFF | SWDIFF |
|---------|---------------------|---------|--------|
| PRDIFF | Pearson Korrelation | ,261 | ,286 |
| | Sig. (2-seitig) | ,003 | ,001 |
| | N | 132 | 132 |
| NPRDIFF | Pearson Korrelation | ,270 | ,293 |
| | Sig. (2-seitig) | ,001 | ,001 |
| | N | 136 | 134 |
| SRDIFF | Pearson Korrelation | ,274 | ,305 |
| | Sig. (2-seitig) | ,001 | ,000 |
| | N | 138 | 136 |
| NSRDIFF | Pearson Korrelation | ,346 | ,368 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 |
| | N | 136 | 134 |
| MRDIFF | Pearson Korrelation | ,375 | ,366 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 |
| | N | 141 | 139 |
| NMRDIFF | Pearson Korrelation | ,314 | ,300 |
| | Sig. (2-seitig) | ,000 | ,000 |
| | N | 138 | 136 |

Abkürzungen: KONDIFF – Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF - Veränderung materielle Ressourcen, NMRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit materielle Ressourcen

Alle Korrelationen sowohl zwischen allen Ressourcen-Skalendifferenzen und den Differenzen bei wahrgenommener Kontrolle als auch zwischen allen Ressourcen-Skalenwertdifferenzen und den Differenzen bei wahrgenommener Selbstwirksamkeit sind positiv und signifikant.

Mit den Skalendifferenzen bei Kontrolle korrelieren am höchsten die Skalendifferenzen von Nutzbarkeit soziale Ressourcen ($r = 0,346$, $p < 0,001$), Materielle Ressourcen ($r = 0,375$, $p < 0,001$) und Nutzbarkeit materielle Ressourcen ($r = 0,314$, $p < 0,001$).

Mit den Skalendifferenzen von Selbstwirksamkeit korrelieren am höchsten die Skalendifferenzen von Soziale Ressourcen ($r = 0,305$, $p < 0,001$), Nutzbarkeit soziale Ressourcen ($r = 0,368$, $p < 0,001$), materielle Ressourcen ($r = 0,366$, $p < 0,001$) und Nutzbarkeit materielle Ressourcen ($r = 0,300$, $p < 0,001$).

Außerdem kann man feststellen, dass mit Ausnahme der Skalendifferenzen von Materielle Ressourcen und Nutzbarkeit materielle Ressourcen überall die Korrelationen zu den Skalendifferenzen Selbstwirksamkeit höher sind als zu den Skalendifferenzen Kontrolle.

Zur Klärung, ob und zwischen welchen Ressourcendifferenzen und Veränderungen bei Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeit lineare Zusammenhänge bestehen, wurden multiple Regressionsanalysen berechnet. Voraussetzungen sind neben dem Vorliegen der Normalverteilung und Varianzhomogenität der Residuen (Homoskedasizität) die Unabhängigkeit der Residuen (keine Autokorrelationen) sowie keine Multikollinearität der Regressoren. Auf die Überprüfung der Normalverteilung kann aufgrund der Stichprobengröße verzichtet werden. Die Homoskedasizität kann anhand der gegen die geschätzten Werte der Abhängigen Variable geplotteten Residuen überprüft werden, die entsprechenden Streudiagramme befinden sich im Anhang. Die Überprüfung auf Autokorrelation ist vor allem bei Zeitreihenanalysen von Bedeutung und hier nicht erforderlich. Der Durbin-Watson-Koeffizient wurde trotzdem berechnet.

Die Regressionen für die abhängigen Variablen Veränderung Kontrolle (KONDIFF) und Veränderung Selbstwirksamkeit (SWDIFF) wurden mit der schrittweisen Regressionsanalyse berechnet. Bei dieser Methode werden die Variablen bei jedem Schritt auf Ausschluss oder Einschluss entsprechend der F-Signifikanzwerte überprüft. Das Einschluss-Kriterium lag bei $p_{(F)} \leq 0,050$, das Ausschlusskriterium bei $p_{(F)} \geq 0,10$. Für beide abhängigen Variablen wurden getrennte Regressionsanalysen berechnet, in die als unabhängige Variablen jeweils Veränderung professionelle Ressourcen (PRDIFF), Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen (NPRDIFF), Veränderung soziale Ressourcen (SRDIFF), Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen (NSRDIFF), Veränderung materielle Ressourcen (MRDIFF) sowie Veränderung Nutzbarkeit materielle Ressourcen (NMRDIFF) eingingen.

Für die abhängige Variable Veränderung Kontrolle (KONDIFF) ergaben sich zwei Regressionsmodelle:

Tabelle 165: Modellzusammenfassung Regression Veränderungen Kontrolle

| Modell | R | R ² | Korri. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|-----------------------|-------------|----------------------|--------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,369 | ,136 | ,129 | ,9352 | ,136 | 19,183 | 1 | 122 | ,000 | |
| 2 | ,417 | ,174 | ,160 | ,9182 | ,038 | 5,569 | 1 | 121 | ,020 | 2,105 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen; Modell 2: Prädiktoren: (Constant), NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF – Veränderung Materielle Ressourcen; Abhängige Variable: KONDIFF – Veränderung Kontrolle

Das erste Modell bezieht als Prädiktor nur die Variable NSRDIFF ein, während das zweite Modell zusätzlich MRDIFF als Prädiktor einbezieht. Beide Modelle erbringen eine signifikante Varianzaufklärung (Modell 1: $r^2 = 0,129$, $f = 19,183$, $p < 0,001$; Modell 2: $r^2 = 0,160$, $f = 12,735$, $p < 0,001$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung darstellt.

Tabelle 166: Koeffizienten Regression Veränderungen Kontrolle

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|-------|-------|------------|---------|------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | -4,078E-02 | ,084 | | -,485 | ,629 | | | | | |
| | NSRDIF F | ,519 | ,119 | ,369 | 4,380 | ,000 | ,369 | ,369 | ,369 | 1,000 | 1,000 |
| 2 | (Constant) | -1,916E-02 | ,083 | | -,231 | ,818 | | | | | |
| | NSRDIF F | ,376 | ,131 | ,267 | 2,867 | ,005 | ,369 | ,252 | ,237 | ,787 | 1,271 |
| | MRDIFF | ,349 | ,148 | ,220 | 2,360 | ,020 | ,343 | ,210 | ,195 | ,787 | 1,271 |

Abhängige Variable: KONDIFF – Veränderung Kontrolle

Abkürzungen: NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF - Veränderung materielle Ressourcen

Sowohl in Modell 1 als auch in Modell 2 sind die standardisierten Beta-Koeffizienten signifikant positiv. Da die Überprüfung auf Kollinearität in Modell 2 für alle Maße (Toleranzindex, VIF, Konditionsindex) keine Kollinearität nahe legt, scheint dieses Modell für die Vorhersage von KONDIFF am besten geeignet zu sein. Offensichtlich sind Veränderungen bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen (NSRDIF) in Verbindung mit Veränderungen bei den materiellen Ressourcen (MRDIFF) signifikante Prädiktoren für Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle gegenüber Belastungen (KONDIFF). Die Variablen PRDIFF, NPRDIFF, SRDIFF und NMRDIFF spielen diesbezüglich keine Rolle.

Für die abhängige Variable Veränderung Selbstwirksamkeit (SWDIFF) ergaben sich ebenfalls zwei Modelle:

Tabelle 167: Modellzusammenfassung Regression Veränderungen Selbstwirksamkeit

| Modell | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|----------------------|-------------|----------------------|--------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,392 | ,154 | ,147 | ,9451 | ,154 | 22,185 | 1 | 122 | ,000 | |
| 2 | ,427 | ,182 | ,169 | ,9330 | ,028 | 4,206 | 1 | 121 | ,042 | 2,105 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen; Modell 2 Prädiktoren: (Constant), NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF – Veränderung materielle Ressourcen; Abhängige Variable: SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit

Auch hier bezieht das erste Modell als Prädiktor NSRDIF und das zweite Modell zusätzlich MRDIFF ein. Beide Modelle erbringen eine signifikante Varianzaufklärung (Modell 1: $r^2 = 0,154$, $f = 22,185$, $p < 0,001$, Modell 2: $r^2 = 0,169$, $f = 13,487$, $p < 0,001$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung darstellt.

Tabelle 168: Koeffizienten Regression Veränderungen Selbstwirksamkeit

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|-------|-------|------------|---------|------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | -1,452E-02 | ,085 | | -,171 | ,865 | | | | | |
| | NSRDIF F | ,565 | ,120 | ,392 | 4,710 | ,000 | ,392 | ,392 | ,392 | 1,000 | 1,000 |
| 2 | (Constant) | 4,561E-03 | ,084 | | ,054 | ,957 | | | | | |
| | NSRDIF F | ,438 | ,133 | ,304 | 3,285 | ,001 | ,392 | ,286 | ,270 | ,787 | 1,271 |
| | MRDIFF | ,308 | ,150 | ,190 | 2,051 | ,042 | ,331 | ,183 | ,169 | ,787 | 1,271 |

Abhängige Variable: SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit

Abkürzungen: NSRDIF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF - Veränderung materielle Ressourcen

In beiden Modellen sind die standardisierten Regressionskoeffizienten signifikant positiv. Auch hier ergaben sich in Modell 2 keine Hinweise auf Multikollinearität, daher scheint diese Modell am besten geeignet zu sein für die Vorhersage von SWDIFF. Offensichtlich sind auch für die Vorhersage von Veränderungen der Selbstwirksamkeit (SWDIFF) die Variablen Veränderungen der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen (NSRDIFF) und Veränderungen der materiellen Ressourcen (MRDIFF) signifikante Prädiktoren.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den Veränderungen Kontrolle / Selbstwirksamkeit und den Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 169: Korrelation Skalendifferenzen Kontrolle / Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren

| | | KONDIFF | SWDIFF |
|---------|---------------------|---------|--------|
| AZUDIFF | Pearson Correlation | ,249 | ,267 |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,001 |
| | N | 143 | 141 |
| AGZDIFF | Pearson Correlation | ,266 | ,197 |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,020 |
| | N | 141 | 139 |
| DBEL1 | Pearson Correlation | -,304 | -,329 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 139 | 137 |
| DBEL2 | Pearson Correlation | -,180 | -,092 |
| | Sig. (2-tailed) | ,032 | ,283 |
| | N | 141 | 139 |
| DBEL3 | Pearson Correlation | -,255 | -,136 |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,111 |
| | N | 140 | 138 |
| DBEL4 | Pearson Correlation | -,278 | -,139 |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,103 |
| | N | 141 | 139 |
| DPSYSOM | Pearson Correlation | -,320 | -,227 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,007 |
| | N | 142 | 140 |

Abkürzungen: KONDIFF – Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit, AGZDIFF – Veränderung allg. Gesundheitszustand, DBEL1 – Veränderung Nachgedanken, DBEL2 – Veränderung Erschöpfung, DBEL3 – Veränderung Bedrückung, DBEL4 – Veränderung Müdigkeit, DPSYSOM – Veränderung Psychosomatik

Signifikante Korrelationen zeigten sich zwischen den Skalendifferenzen Kontrolle und allen Skalendifferenzen aller Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren. Am höchsten waren die Korrelationen zu den Skalendifferenzen Nachgedanken ($r = -0,304$, $p < 0,001$) und psychosomatische Beschwerden ($r = -0,320$, $p < 0,001$).

Zwischen den Skalendifferenzen Selbstwirksamkeit und den Skalendifferenzen Arbeitszufriedenheit, Allgemeiner Gesundheitszustand, Nachgedanken und psychosomatische Beschwerden

zeigten sich ebenfalls signifikante Korrelationen. Am höchsten waren die Korrelationen zwischen den Skalendifferenzen Selbstwirksamkeit und Nachgedanken ($r = -0,329$, $p < 0,001$) und Arbeitszufriedenheit ($r = 0,267$, $p = 0,001$).

Auch zur Klärung der Frage, ob und in welchem Ausmaß Veränderungen bei Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeit Prädiktoren von Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren sein könnten, wurden multiple Regressionsanalysen berechnet. Für die Voraussetzungen gilt das gleiche, was bereits oben gesagt wurde.

Die Regressionen für die abhängigen Variablen Veränderung der Arbeitszufriedenheit (AZUDIFF), Veränderung des Allgemeinen Gesundheitszustandes (AGZDIFF), Veränderung Nachgedanken (DBEL1), Veränderung Erschöpfung (DBEL2), Veränderung Bedrückung (DBEL3), Veränderung Müdigkeit (DBEL4) und Veränderung Psychosomatik (DPSYSOM) wurden mit der Methode der Schrittweisen Regressionsanalyse berechnet. Für alle abhängigen Variablen wurden getrennte Analysen berechnet, in die entsprechend dem Modell der Untersuchung die Prädiktoren KONDIFF und SWDIFF eingingen. Die Ein- und Ausschlusskriterien waren dieselben wie oben bereits dargestellt.

Die Modellzusammenfassungen ergeben folgendes Bild:

Tabelle 170: Modellzusammenfassung Regressionen Veränderungen Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren

| Prädikto- ren | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Veränderungsstatistiken | | | | | Durbin- Watson |
|-----------------------------|------|----------------|----------------------|----------------|-------------------------|--------|-----|-----|--------|-------------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| Abhängige Variable: AZUDIFF | | | | | | | | | | |
| SWDIFF | ,267 | ,071 | ,064 | ,8361 | ,071 | 10,637 | 1 | 139 | ,001 | 1,949 |
| Abhängige Variable: AGZDIFF | | | | | | | | | | |
| KONDIFF | ,268 | ,072 | ,065 | ,8040 | ,072 | 10,571 | 1 | 137 | ,001 | 2,088 |
| Abhängige Variable: DBEL1 | | | | | | | | | | |
| SWDIFF | ,329 | ,108 | ,101 | ,7265 | ,108 | 16,348 | 1 | 135 | ,000 | 1,935 |
| Abhängige Variable: DBEL2 | | | | | | | | | | |
| KONDIFF | ,181 | ,033 | ,026 | ,7971 | ,033 | 4,616 | 1 | 137 | ,033 | 1,916 |
| Abhängige Variable: DBEL3 | | | | | | | | | | |
| KONDIFF | ,260 | ,068 | ,061 | ,7201 | ,068 | 9,893 | 1 | 136 | ,002 | 1,722 |
| Abhängige Variable: DBEL4 | | | | | | | | | | |
| KONDIFF | ,281 | ,079 | ,072 | ,9186 | ,079 | 11,777 | 1 | 137 | ,001 | 2,250 |
| Abhängige Variable: DPSYSOM | | | | | | | | | | |
| KONDIFF | ,325 | ,105 | ,099 | 7,7651 | ,105 | 16,273 | 1 | 138 | ,000 | 1,833 |

Abkürzungen: KONDIFF – Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit, AGZDIFF – Veränderung allg. Gesundheitszustand, DBEL1 – Veränderung Nachgedanken, DBEL2 – Veränderung Erschöpfung, DBEL3 – Veränderung Bedrückung, DBEL4 – Veränderung Müdigkeit, DPSYSOM – Veränderung Psychosomatik

Für alle abhängigen Variablen ergab sich jeweils nur ein signifikantes Modell mit jeweils einer Prädiktorvariable. Für alle abhängigen Variablen ergab sich durch die jeweiligen Prädiktoren eine signifikante Varianzaufklärung.

Veränderungen der *Selbstwirksamkeit* (SWDIFF) waren für Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit (AZUDIFF) und Veränderungen bei den Nachgedanken (DBEL 1) der jeweils beste Prädiktor. (AZUDIFF: $r^2 = 0,071$, $f = 10,637$, $p = 0,001$; DBEL 1: $r^2 = 0,108$, $f = 16,348$ $p < 0,001$)

Veränderungen der **Kontrolle** (KONDIFF) waren für die Indikatoren Veränderung allg. Gesundheitszustand (AGZDIFF: $r^2 = 0,072$, $f = 10,571$, $p = 0,001$), Veränderung Erschöpfung (DBEL 2: $r^2 = 0,033$, $f = 4,616$, $p = 0,033$), Veränderung Bedrückung (DBEL 3: $r^2 = 0,068$, $f = 9,893$, $p = 0,002$), Veränderung Müdigkeit (DBEL 4: $r^2 = 0,079$, $f = 11,777$, $p = 0,001$) sowie Veränderung Psychosomatik (DPSYSOM: $r^2 = 0,105$, $f = 16,273$, $p < 0,001$) der beste Prädiktor.

Tabelle 171: Koeffizienten Regressionen Veränderungen Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren

| | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part |
|-----------------------------|------------|------------|-------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|
| Abhängige Variable: AZUDIFF | | | | | | | | | |
| | (Constant) | -8,537E-02 | ,071 | | -1,210 | ,228 | | | |
| | SWDIFF | ,218 | ,067 | ,267 | 3,261 | ,001 | ,267 | ,267 | ,267 |
| Abhängige Variable: AGZDIFF | | | | | | | | | |
| | (Constant) | -9,092E-02 | ,068 | | -1,329 | ,186 | | | |
| | KONDIFF | ,215 | ,066 | ,268 | 3,251 | ,001 | ,268 | ,268 | ,268 |
| Abhängige Variable: DBEL1 | | | | | | | | | |
| | (Constant) | 1,377E-02 | ,062 | | ,221 | ,825 | | | |
| | SWDIFF | -,235 | ,058 | -,329 | -4,043 | ,000 | -,329 | -,329 | -,329 |
| Abhängige Variable: DBEL2 | | | | | | | | | |
| | (Constant) | 3,254E-03 | ,068 | | ,048 | ,962 | | | |
| | KONDIFF | -,141 | ,065 | -,181 | -2,148 | ,033 | -,181 | -,181 | -,181 |
| Abhängige Variable: DBEL3 | | | | | | | | | |
| | (Constant) | ,116 | ,061 | | 1,880 | ,062 | | | |
| | KONDIFF | -,186 | ,059 | -,260 | -3,145 | ,002 | -,260 | -,260 | -,260 |
| Abhängige Variable: DBEL4 | | | | | | | | | |
| | (Constant) | 3,706E-02 | ,078 | | ,474 | ,636 | | | |
| | KONDIFF | -,259 | ,075 | -,281 | -3,432 | ,001 | -,281 | -,281 | -,281 |
| Abhängige Variable: DPSYSOM | | | | | | | | | |
| | (Constant) | 4,778E-02 | ,658 | | ,073 | ,942 | | | |
| | KONDIFF | -2,574 | ,638 | -,325 | -4,034 | ,000 | -,325 | -,325 | -,325 |

Abkürzungen: KONDIFF – Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit, AGZDIFF – Veränderung allg. Gesundheitszustand, DBEL1 – Veränderung Nachgedanken, DBEL2 – Veränderung Erschöpfung, DBEL3 – Veränderung Bedrückung, DBEL4 – Veränderung Müdigkeit, DPSYSOM – Veränderung Psychosomatik

Da alle Modelle nur einen Prädiktor enthalten, kann auf die Überprüfung der Kollinearität verzichtet werden. Alle Regressionskoeffizienten in den Modellen sind signifikant, für die Variablen AZUDIFF und AGZDIFF erwartungsgemäß positiv für die Variablen DBEL1-4 und DSYSOM erwartungsgemäß negativ. Offensichtlich scheinen Veränderungen in der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber Belastungen für Veränderungen bei der Einschätzung des allg. Gesundheitszustandes, der Erschöpfung, Bedrückung, Müdigkeit und der Psychosomatik ein signifikanter Prädiktor zu sein. Veränderungen in der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit sind dagegen für Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit und Veränderungen bei Nachgedanken ein signifikanter Prädiktor. Insgesamt zeigten sich zwar überall signifikante Prädiktoren, doch bewegen sich die Zusammenhänge überall auf einem sehr niedrigen Niveau.

5. Moderierte Regressionsanalysen

In einem weiteren Analyseschritt wurden die Daten daher daraufhin untersucht, ob neben direkten Effekten von Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit auf Veränderungen bei Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren auch direkte Effekte von Ressourcenveränderungen und Veränderungen der Arbeitsintensität²² feststellbar sind. Außerdem wurde untersucht, ob Veränderungen bei Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit Moderatoreffekte auf die

²² Die Variable Arbeitsintensität ist die Zusammenfassung der KFZA-Skalen quantitative und qualitative Arbeitsbelastung und Arbeitsunterbrechungen zu einer Skala

Beziehung zwischen Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren haben.

Zur Untersuchung der Zusammenhänge wurden moderierte Regressionsanalysen (FRAZIER, TIX, BARRON 2004) berechnet, in die folgende Prädiktoren eingingen:

- Veränderungen bei der Arbeitsintensität
- Veränderungen der Gesamtressourcen und deren Nutzbarkeit
- Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit
- Interaktionen der Variablen Kontrolle und Selbstwirksamkeit mit der Variable Veränderungen der Arbeitsintensität

Zur Berechnung wurde die hierarchische multiple Regressionsanalyse verwendet, mit der schrittweise die inkrementielle Varianzaufklärung verschiedener Variablen geschätzt werden kann. Dabei werden zunächst die Variablen in Z-Werte transformiert (Mittelwertszentrierung), wodurch das Problem der Multikollinearität begegnet wird. Im nächsten Schritt wird ein Produktterm aus Moderatorvariable und unabhängiger Variable angelegt, der die Interaktion der Variablen repräsentiert. Im ersten Block der multiplen Regressionsanalyse werden die unabhängige und die Moderatorvariable und im zweiten Block der Produktterm sowie die unabhängige und die Moderatorvariable eingegeben. Die Regressionskoeffizienten des ersten Blocks repräsentieren die direkten Effekte der unabhängigen und der Moderatorvariable, der Interaktionsterm in Block 2 den Moderatoreffekt. Ein Moderatoreffekt kann dann als gegeben angesehen werden, wenn ein signifikanter Effekt des Interaktionsterms vorliegt. Die Effektstärke ist an den unstandardisierten Beta-Koeffizienten ablesbar.

Signifikante Modelle zeigten sich für die Variablen AZUDIFF (Veränderungen der Arbeitszufriedenheit) und DBEL 4 (Veränderungen Müdigkeit).

Für Veränderungen bei der *Arbeitszufriedenheit* (AZUDIFF) zeigten signifikante Direkteffekte durch AIDIFF (Veränderungen der Arbeitsintensität) und GRDIFF (Veränderungen der Gesamtressourcen) bzw. NGRDIFF (Nutzbarkeit der Gesamtressourcen). Außerdem zeigten sich signifikante Interaktionseffekte (AIDIFF * GRDIFF, AIDIFF * NGRDIFF): Für die Prädiktorenkombination GRDIFF, AIDIFF und GRDIFF * AIDIFF (AIGR) ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 172: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/GRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit

| Modell | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|----------------------|-------------|----------------------|--------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,448 | ,201 | ,188 | ,7381 | ,201 | 16,059 | 2 | 128 | ,000 | |
| 2 | ,491 | ,241 | ,223 | ,7222 | ,040 | 6,719 | 1 | 127 | ,011 | 2,080 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), Zscore(GRDIFF – Veränderung Gesamtressourcen), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität

Modell 2: Prädiktoren: (Constant), Zscore(GRDIFF – Veränderung Gesamtressourcen), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität, AIGR – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Gesamtressourcen

Abhängige Variable: AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit

Das erste Modell bezieht die Variablen GRDIFF und AIDIFF als Direkteffekte ein, bei dem zweiten Modell wird zusätzlich die Interaktion AIDIFF * GRDIFF (AIGR) einbezogen. Beide Modelle ergeben signifikante Varianzaufklärungen (Modell 1: $r^2 = 0,201$, $f = 16,059$, $p < 0,001$, Modell 2: $r^2 = 0,241$, $f = 13,424$, $p < 0,001$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung gegenüber dem ersten Modell darstellt.

Tabelle 173: Koeffizienten Regression AIDIFF/GRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | -7,492E-02 | ,064 | | -1,162 | ,248 | | | | | |
| | AIDIFF | -,267 | ,066 | -,322 | -4,060 | ,000 | -,341 | -,338 | -,321 | ,996 | 1,004 |
| | GRDIFF | ,238 | ,065 | ,291 | 3,674 | ,000 | ,312 | ,309 | ,290 | ,996 | 1,004 |
| 2 | (Constant) | -6,483E-02 | ,063 | | -1,026 | ,307 | | | | | |
| | AIDIFF | -,257 | ,064 | -,310 | -3,996 | ,000 | -,341 | -,334 | -,309 | ,992 | 1,008 |
| | GRDIFF | ,265 | ,064 | ,325 | 4,132 | ,000 | ,312 | ,344 | ,320 | ,968 | 1,033 |
| | AIGR | ,152 | ,059 | ,203 | 2,592 | ,011 | ,165 | ,224 | ,200 | ,971 | 1,030 |

Abhängige Variable: AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit

Abkürzungen: AIDIFF – Veränderung Arbeitsintensität, GRDIFF – Veränderung Gesamtressourcen, AIGR – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Gesamtressourcen

In beiden Modellen zeigen sich signifikante modellgerechte Regressionskoeffizienten. In Modell 2 zeigt sich zudem ein signifikanter Interaktionseffekt GRDIFF * AIDIFF (AIGR), was für einen Moderatoreffekt der Variable Veränderungen Gesamtressourcen spricht.

Für die Prädiktorenkombination NGRDIFF, AIDIFF und NGRDIFF * AIDIFF (AINGR) ergibt sich ein ähnliches Bild:

Tabelle 174: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/NGRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit

| Modell | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|----------------------|-------------|----------------------|--------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | Df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,512 | ,262 | ,251 | ,7503 | ,262 | 22,892 | 2 | 129 | ,000 | |
| 2 | ,545 | ,298 | ,281 | ,7348 | ,036 | 6,483 | 1 | 128 | ,012 | 2,094 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), Zscore(NGRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit Gesamtressourcen), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität

Modell 2: Prädiktoren: (Constant), Zscore(NGRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit Gesamtressourcen), Zscore:AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität, AINGR – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Nutzbarkeit Gesamtressourcen

Abhängige Variable: AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit

Das erste Modell bezieht die Variablen NGRDIFF und AIDIFF als Direkteffekte ein, bei dem zweiten Modell wird zusätzlich die Interaktion AIDIFF * NGRDIFF (AINGR) einbezogen. Beide Modelle ergeben signifikante Varianzaufklärungen (Modell 1: $r^2 = 0,201$, $f = 22,892$, $p < 0,001$, Modell 2: $r^2 = 0,241$, $f = 18,071$, $p < 0,001$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung gegenüber dem ersten Modell darstellt.

Tabelle 175: Koeffizienten Regression AIDIFF/NGRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | -7,033E-02 | ,065 | | -1,077 | ,284 | | | | | |
| | AIDIFF | -,277 | ,066 | -,318 | -4,173 | ,000 | -,365 | -,345 | -,316 | ,983 | 1,017 |
| | NGRDIFF | ,312 | ,066 | ,362 | 4,745 | ,000 | ,403 | ,385 | ,359 | ,983 | 1,017 |
| 2 | (Constant) | -5,133E-02 | ,064 | | -,797 | ,427 | | | | | |
| | AIDIFF | -,272 | ,065 | -,312 | -4,171 | ,000 | -,365 | -,346 | -,309 | ,982 | 1,018 |
| | NGRDIFF | ,309 | ,065 | ,358 | 4,796 | ,000 | ,403 | ,390 | ,355 | ,983 | 1,017 |
| | AINGR | ,149 | ,058 | ,189 | 2,546 | ,012 | ,209 | ,220 | ,189 | ,998 | 1,002 |

Abhängige Variable: AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit

Abkürzungen: AIDIFF – Veränderung Arbeitsintensität, NGRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit Gesamtressourcen, AINGR – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Nutzbarkeit Gesamtressourcen

In beiden Modellen zeigen sich wieder signifikante modellgerechte Regressionskoeffizienten. In Modell 2 zeigt sich zudem wieder ein signifikanter Interaktionseffekt NGRDIFF * AIDIFF (AINGR), was für einen Moderatoreffekt der Variable Veränderungen Gesamtressourcen spricht.

Für Veränderungen *Müdigkeit* (DBEL4) zeigten signifikante Direkteffekte durch AIDIFF (Veränderungen der Arbeitsintensität) und KONDIF (Veränderungen der Kontrolle) bzw. SWDIFF (Nutzbarkeit der Selbstwirksamkeit). Außerdem zeigten sich signifikante Interaktionseffekte (AIDIFF * KONDIF, AIDIFF * SWDIFF):

Tabelle 176: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/KONDIF auf Veränderungen Müdigkeit

| Modell | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|----------------------|-------------|----------------------|-------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,314 | ,099 | ,086 | ,9100 | ,099 | 7,502 | 2 | 137 | ,001 | |
| 2 | ,373 | ,139 | ,120 | ,8925 | ,041 | 6,441 | 1 | 136 | ,012 | 2,257 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), Zscore(KONDIF – Veränderung Kontrolle), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität
 Modell 2: Prädiktoren: (Constant), Zscore(KONDIF – Veränderung Kontrolle), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität, AIKON – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Kontrolle
 Anhängige Variable: DBEL4 – Veränderung Müdigkeit

Beide Modelle ergeben signifikante Varianzaufklärungen (Modell 1: $r^2 = 0,099$, $f = 7,502$, $p = 0,001$, Modell 2: $r^2 = 0,139$, $f = 7,347$, $p < 0,001$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung gegenüber dem ersten Modell darstellt.

Tabelle 177: Koeffizienten Regression AIDIFF/KONDIF auf Veränderungen Müdigkeit

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | 2,810E-02 | ,077 | | ,365 | ,715 | | | | | |
| | AIDIFF | ,137 | ,082 | ,141 | 1,675 | ,096 | ,208 | ,142 | ,136 | ,926 | 1,080 |
| | KONDIF | -,231 | ,079 | -,245 | -2,907 | ,004 | -,283 | -,241 | -,236 | ,926 | 1,080 |
| 2 | (Constant) | -1,591E-02 | ,077 | | -,206 | ,837 | | | | | |
| | AIDIFF | 9,976E-02 | ,082 | ,103 | 1,224 | ,223 | ,208 | ,104 | ,097 | ,896 | 1,116 |
| | KONDIF | -,202 | ,079 | -,215 | -2,575 | ,011 | -,283 | -,216 | -,205 | ,908 | 1,102 |
| | AIKON | -,165 | ,065 | -,209 | -2,538 | ,012 | -,274 | -,213 | -,202 | ,932 | 1,073 |

Abhängige Variable: DBEL4 – Veränderung Müdigkeit
 Abkürzungen: AIDIFF – Veränderung Arbeitsintensität, KONDIF – Veränderung Kontrolle, AIKON – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Kontrolle

In Modell 1 zeigte sich ein signifikanter modellgerechter Regressionskoeffizienten für Veränderungen Kontrolle (KONDIF), nicht aber für Veränderungen Arbeitsintensität (AIDIFF). Modell 2 zeigt für Veränderungen der Arbeitsintensität ebenfalls keinen signifikanten Regressionskoeffizienten, wohl aber für Veränderungen der Kontrolle und für den Produktterm (AIKON). Die spricht für einen (modellgerechten) Moderatoreffekt von Veränderungen der Kontrolle auf die Beziehung zwischen Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen bei der Müdigkeit.

Tabelle 178: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/SWDIFF auf Veränderungen Müdigkeit

| Modell | R | R ² | Korr. R ² | Std. Fehler | Änderungsstatistiken | | | | | Durbin-Watson |
|--------|------|----------------|----------------------|-------------|----------------------|-------|-----|-----|--------|---------------|
| | | | | | R ² | F | df1 | df2 | Sig. F | |
| 1 | ,228 | ,052 | ,038 | ,9245 | ,052 | 3,716 | 2 | 135 | ,027 | |
| 2 | ,284 | ,081 | ,060 | ,9139 | ,028 | 4,145 | 1 | 134 | ,044 | 2,298 |

Modell 1: Prädiktoren: (Constant), Zscore(SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität

Modell 2 Prädiktoren: (Constant), Zscore(SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit), Zscore: AIDIFF - Veränderung Arbeitsintensität, AISW – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Selbstwirksamkeit

Abhängige Variable: DBEL4 – Veränderung Müdigkeit

Wiederum ergeben beide Modelle eine signifikante Varianzaufklärungen (Modell 1: $r^2 = 0,052$, $f = 3,716$, $p = 0,027$, Modell 2: $r^2 = 0,081$, $f = 3,917$, $p = 0,010$), wobei das zweite Modell eine signifikante Veränderung gegenüber dem ersten Modell darstellt.

Tabelle 179: Koeffizienten Regression AIDIFF/SWDIFF auf Veränderungen Müdigkeit

| Modell | | B | Std. Fehler | β | t | Sign. | Zero-order | Partial | Part | Toleranz | VIF |
|--------|------------|------------|-------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|----------|-------|
| 1 | (Constant) | 4,420E-02 | ,079 | | ,562 | ,575 | | | | | |
| | AIDIFF | ,179 | ,084 | ,187 | 2,135 | ,035 | ,213 | ,181 | ,179 | ,911 | 1,098 |
| | SWDIFF | -8,034E-02 | ,082 | -,086 | -,981 | ,328 | -,142 | -,084 | -,082 | ,911 | 1,098 |
| 2 | (Constant) | 1,362E-03 | ,081 | | ,017 | ,987 | | | | | |
| | AIDIFF | ,155 | ,084 | ,163 | 1,857 | ,066 | ,213 | ,158 | ,154 | ,893 | 1,119 |
| | SWDIFF | -5,253E-02 | ,082 | -,056 | -,640 | ,523 | -,142 | -,055 | -,053 | ,886 | 1,129 |
| | AISW | -,145 | ,071 | -,174 | -2,036 | ,044 | -,218 | -,173 | -,169 | ,936 | 1,068 |

Abhängige Variable: DBEL4 – Veränderung Müdigkeit

Abkürzungen: AIDIFF – Veränderung Arbeitsintensität, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AISW – Interaktion Veränderung Arbeitsintensität*Selbstwirksamkeit

In Modell 1 zeigte sich ein signifikanter modellgerechter Regressionskoeffizient für Veränderungen der Arbeitsintensität. Modell 2 zeigt für den Produkterm (AISW) einen signifikanten Regressionskoeffizienten. Dies spricht für einen (modellgerechten) Moderatoreffekt von Veränderungen der Selbstwirksamkeit auf die Beziehung zwischen Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen bei der Ermüdung.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß Veränderungen der Gesamtressourcen und deren Nutzbarkeit mit Moderatoreffekten auf die Beziehung der Variablen Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Arbeitszufriedenheit verbunden sind. Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit sind mit Moderatoreffekten auf die Beziehung Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen bei Ermüdung verbunden. Alle Moderatoreffekte sind zudem modellgerecht.

6. Hypothesen

Im folgenden werden die Hypothesen vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Untersuchung und der statistischen Auswertung bewertet.

1. Allgemeine Hypothesen zur Supervision

Hypothese 1:

SupervisionsteilnehmerInnen schätzen ihre berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{SV}(R2) \leq M_{SV}(R1)$

H1: $M_{SV}(R2) > M_{SV}(R1)$

Für diese Hypothese liegen Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung, den Analysen der Ressourcendifferenzen sowie aus dem T-Test-Vergleich der Ressourcen für die Supervisionsgruppen vor.

Die Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigen in keinem Ressourcenbereich sowie bei keinem Einzelitem einen signifikanten Anstieg der Werte beim zweiten Messzeitpunkt. Signifikante Effekte beim Faktor Zeit sind auf den Rückgang der Werte für Professionelle Ressourcen zurückzuführen. Auch die Effekte bei den Einzelitems Feldkompetenz und Einfühlungsvermögen sind auf einen Rückgang der Messwerte zurückzuführen. Keine signifikanten Effekte, sondern nur Tendenzen bei den professionellen Ressourcen zeigten sich bei der Interaktion Zeit * Gruppe. Bei den Einzelitems Berufliche Fertigkeiten und Einfühlungsvermögen zeigten sich dagegen signifikante Effekte im Interaktionsfaktor.

Bei der Varianzanalyse der Skalendifferenzen zeigte sich lediglich eine Tendenz für den Bereich der Professionellen Ressourcen, die auf größere negative Differenz in der Nicht-Supervisionsgruppe gegenüber der Teamsupervisionsgruppe zurückzuführen ist. Ähnliches trifft auf das Einzelitem 9 (Berufliche Fertigkeiten) zu. Auch hier ist der Unterschied zwischen den Gruppen auf eine größere negative Differenz in der Nicht-Supervisionsgruppe im Vergleich zu den Supervisionsgruppen zurückzuführen.

Beim Vergleich der Skalenwerte der Supervisionsgruppen mit dem T-Test zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten. Bei den Einzelitems zeigte sich ein signifikanter Rückgang bei dem Item Feldkompetenz. Beim Item Einfluss zeigte sich eine ähnliche Tendenz.

Somit konnten in keinem Testverfahren Hinweise darauf gefunden werden, dass die Einschätzung der berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ist als vorher. Lediglich im Bereich der professionellen Ressourcen und darauf bezogener Items zeigte sich eine Tendenz für eine größere negative Differenz in der Nicht-Supervisionsgruppe.

Die H1 ist daher abzulehnen, H0 ist beizubehalten.

Hypothese 2:

SupervisionsteilnehmerInnen schätzen die Nutzbarkeit ihrer berufsrelevanten Ressourcen nach 10 Monaten Supervisionsteilnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{SV}(NR2) \leq M_{SV}(NR1)$

H1: $M_{SV}(NR2) > M_{SV}(NR1)$

Für diese Hypothese liegen ebenfalls Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung, der Analyse der Skalen- und Einzelitemdifferenzen sowie aus den T-Test-Vergleichen der Messzeitpunktergebnisse (Skalen und Einzelitems) der Supervisionsgruppen vor.

Die Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigten sich in keinem Ressourcenbereich und keinem Einzelitem ein signifikanter Anstieg der Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Signifikante Effekte zeigten sich im Faktor Zeit hinsichtlich der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen und der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen, diese Effekte sind aber auf den Rückgang der Messwerte zurückzuführen. Bei den Einzelitems Nutzbarkeit Feldkompetenz, Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten und Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen zeigten sich ebenfalls signifikante Rückgänge beim zweiten Messzeitpunkt. Im Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe zeigten sich bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen und bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen statistisch bedeutsame Tendenzen, aber keine signifikanten Effekte. Bei den Einzelitems Nutzbarkeit Feldkompetenz, Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen sowie Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte zeigten sich dagegen signifikante Interaktionseffekte.

Hinsichtlich der Nutzbarkeit von Ressourcen zeigte sich in keiner der Skalen bei der Analyse der Skalendifferenzen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Bei den Einzelitems Nutzbarkeit Feldkompetenz, Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten, Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen und Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte zeigten sich dagegen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die auf einen stärkeren Rückgang in der Nicht-Supervisionsgruppe als in der Teamsupervisionsgruppe zurückzuführen waren, beim Item Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten war zusätzlich der Unterschied zwischen Gruppensupervisionsgruppe und Nicht-Supervisionsgruppe signifikant. Bei Item 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte) zeigte sich eine positive Differenz bei der Teamsupervisionsgruppe und eine negative Differenz in der Gruppensupervisionsgruppe, die Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren signifikant.

Beim Vergleich der Skalenwerte beider Messzeitpunkte (bezogen auf die Supervisionsgruppen) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten. Bei den Einzelitems Nutzbarkeit Fachkenntnisse und Nutzbarkeit Feldkompetenz zeigte sich ein signifikanter Rückgang.

Somit konnte weder für die Skalenwerte noch für die Einzelitems ein signifikanter Anstieg festgestellt werden. Lediglich bei verschiedenen Einzelitems zeigten sich signifikante Unterschiede dahingehend, dass der Rückgang in der Nicht-Supervisionsgruppe stärker war als in der Teamsupervisionsgruppe.

H1 ist daher abzulehnen, H0 beizubehalten.

2. Hypothesen zu Gruppen-Supervision

Hypothese 3:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen größer als bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{GS} (PR2-PR1) \leq M_{GS} (SR2-SR1)$$

$$H_1: M_{GS} (PR2-PR1) > M_{GS} (SR2-SR1)$$

Für diese Hypothese liegen Daten aus einem T-Test für abhängige Gruppen in der Gruppensupervisionsgruppe vor, in dem die Ressourcendifferenzen der professionellen Ressourcen und der sozialen Ressourcen verglichen wurden.

Der Test erbrachte keinen signifikanten Unterschied bei den Vortest/Nachtestdifferenzen.

H1 ist daher abzulehnen, H0 wird beibehalten.

Hypothese 4:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professionellen Ressourcen größer als bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{GS} (NPR2-NPR1) \leq M_{GS} (NSR2-NSR1)$$

$$H_1: M_{GS} (NPR2-NPR1) > M_{GS} (NSR2-NSR1)$$

Für diese Hypothese liegen Daten aus einem T-Test für abhängige Gruppen in der Gruppensupervisionsgruppe vor, in dem die Ressourcendifferenzen der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen und der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen verglichen wurden.

Der Test erbrachte keinen signifikanten Unterschied bei den Vortest/Nachtestdifferenzen.

H1 ist daher abzulehnen, H0 wird beibehalten.

Hypothese 5:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{GS} (PR2-PR1) \leq M_{TS} (PR2-PR1)$$

$$H_1: M_{GS} (PR2-PR1) > M_{TS} (PR2-PR1)$$

Für diese Hypothese stehen Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie aus der Varianzanalyse der Vortest/Nachtestdifferenzen der Skalen und Einzelitems zur Verfügung.

Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte sich kein signifikanter Effekt Zeit * Gruppe. Die Effekte bei den Einzelitems Berufliche Fertigkeiten und Einfühlungsvermögen sind nicht auf Unterschiede zwischen den Supervisionsgruppen zurückzuführen.

Das Ergebnis wird durch die Varianzanalyse der Vortest/Nachtestdifferenzen bestätigt. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen. Eine statistische Tendenz ist auf den Unterschied zwischen Nicht-Supervisionsgruppe und Teamsupervisionsgruppe zurückzuführen. Dasselbe gilt für das Item 9 (Berufliche Fertigkeiten), bei dem ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden konnte.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass hinsichtlich der Vortest-Nachtest-Differenzen bei den Professionellen Ressourcen kein Unterschied zwischen der Teamsupervisionsgruppe und der Gruppensupervisionsgruppe festgestellt werden konnte.

H0 ist daher beizubehalten, H1 abzulehnen.

Hypothese 6:

Bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{GS} (NPR2-NPR1) \leq M_{TS} (NPR2-NPR1)$

H1: $M_{GS} (NPR2-NPR1) > M_{TS} (NPR2-NPR1)$

Für die Überprüfung der Hypothese stehen Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie aus den Varianzanalysen Vortest/Nachtestdifferenzen (Skalen, Einzelitems) zur Verfügung.

Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte sich in Bezug auf die Skala Nutzbarkeit professionelle Ressourcen kein signifikanter Effekt auf dem Interaktionsfaktor Zeit * Gruppe. Die auf die Einzelitems 4 (Nutzbarkeit Feldkompetenz), 10 (Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten) und 16 (Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen) sind nicht auf Unterschiede zwischen den Supervisionsgruppen zurückzuführen sondern auf den Unterschied zwischen Teamsupervisionsgruppe und Nicht-Supervisionsgruppe.

Auch in der Analyse der Vortest/Nachtestdifferenzen zeigten sich zwischen den Gruppen bei Nutzbarkeit professioneller Ressourcen keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich der Items 4, 10 und 16 wurden die obigen Ergebnisse bestätigt. Bei Item 10 zeigte sich zusätzlich ein signifikanter Unterschied zwischen Nicht-Supervisionsgruppe und Gruppensupervisionsgruppe.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich in Bezug auf die Nutzbarkeit professioneller Ressourcen kein signifikanter Unterschied der Vortest/Nachtestdifferenzen zwischen beiden Supervisionsgruppen zeigte.

H0 ist daher beizubehalten, H1 abzulehnen.

3. Hypothesen zu Team-Supervision

Hypothese 7:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen größer als bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{TS} (SR_2 - SR_1) \leq M_{TS} (PR_2 - PR_1)$$

$$H_1: M_{TS} (SR_2 - SR_1) > M_{TS} (PR_2 - PR_1)$$

Zur Überprüfung von Hypothese 7 werden die Ergebnisse des T-Tests für abhängige Gruppen, die sich auf die Teamsupervisionsgruppe beziehen, herangezogen. Für die Bestätigung der Hypothese müsste die Vortest/Nachtestdifferenz bei den Sozialen Ressourcen signifikant größer sein als bei den professionellen Ressourcen.

Zwar ist die Differenz bei den Sozialen Ressourcen geringfügig größer als bei den Professionellen Ressourcen, doch ist dieser Unterschied nicht signifikant.

H₀ wird daher beibehalten und H₁ verworfen.

Hypothese 8:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller Ressourcen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{TS} (NSR_2 - NSR_1) \leq M_{TS} (NPR_2 - NPR_1)$$

$$H_1: M_{TS} (NSR_2 - NSR_1) > M_{TS} (NPR_2 - NPR_1)$$

Zur Überprüfung der Hypothese 8 werden ebenfalls die Ergebnisse der T-Tests für abhängige Gruppen herangezogen, die sich auf die Teamsupervisionsgruppe beziehen. Für die Bestätigung dieser Hypothese müsste die Vortest/Nachtestdifferenz bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen signifikant höher sein als bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen.

Das Ergebnis des T-Tests zeigt tatsächlich eine größere Differenz bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen als bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen. Bei letzterer ist die Differenz sogar leicht negativ (Rückgang). Allerdings ist diese Differenz statistisch nicht signifikant, es liegt lediglich eine Tendenz vor (Diff: - 0,1235, t = - 1,833, p = 0,070).

Daher ist auch hier die H₁ abzulehnen und die H₀ beizubehalten.

Hypothese 9:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz der wahrgenommenen sozialen Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_{TS} (SR_2 - SR_1) \leq M_{GS} (SR_2 - SR_1)$$

$$H_1: M_{TS} (SR_2 - SR_1) > M_{GS} (SR_2 - SR_1)$$

Für die Überprüfung der Hypothese stehen Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie aus den Varianzanalysen Vortest/Nachtestdifferenzen (Skalen, Einzelitems) zur Verfügung. Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung müsste sich ein signifikanter Effekt des Interaktionsfaktors Zeit * Gruppe zeigen, bei den Varianzanalysen der Vortest/Nachtestdifferenzen müsste sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Supervisionsgruppen zeigen.

Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt sich kein signifikanter Interaktionseffekt in Bezug auf die sozialen Ressourcen. Auch bei den Einzelitems der Skala Soziale Ressourcen zeigten sich keine signifikanten Interaktionseffekte.

Die Analyse der Vortest/Nachtestdifferenzen bei den Sozialen Ressourcen und den Einzelitems dieser Skala zeigt ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Supervisionsgruppen.

Somit finden sich keine Hinweise dafür, dass bei Teilnehmern an Teamsupervision die Vortest/Nachtestdifferenz bei den Sozialen Ressourcen höher ist als bei Teilnehmern an Gruppensupervision.

H1 ist daher zu verwerfen und H0 beizubehalten.

Hypothese 10:

Bei TeilnehmernInnen von Teamsupervision ist die Vortest/Nachtest-Differenz bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit sozialer Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen von Gruppensupervision.

Statistische Hypothesen:

H0: $M_{TS} (NSR2-NSR1) \leq M_{GS} (NSR2-NSR1)$

H1: $M_{TS} (NSR2-NSR1) > M_{GS} (NSR2-NSR1)$

Auch für die Überprüfung der Hypothese 10 werden Ergebnisse aus den Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie aus den Analysen der Vortest/Nachtestdifferenzen der Skala Nutzbarkeit sozialer Ressourcen und deren Einzelitems herangezogen. Wie in Hypothese 9 müsste sich bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung ein signifikanter Effekt der Interaktion Zeit * Gruppe zeigen, bei den Varianzanalysen der Vortest/Nachtestdifferenzen müsste sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Supervisionsgruppen zeigen.

Die statistische Tendenz bezüglich der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen ($f = 3,026$, $p = 0,052$) ist auf einen Anstieg in der Teamsupervisionsgruppe bei gleichzeitigem Rückgang in den anderen Gruppen zurückzuführen. Bei dem Einzelitem 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte) zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt. Hier stieg der Wert für die Supervisionsgruppe an, während der Wert für beide anderen Gruppen zurückging.

Bei der Vortest/Nachtestdifferenz der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen zeigte sich in der Varianzanalyse zwischen den beiden Supervisionsgruppen kein signifikanter Unterschied. Bei dem Einzelitem 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzter) zeigte sich ein signifikanter Effekt zwischen den Gruppen. Während in der Teamsupervisionsgruppe der Wert anstieg, ging er in der Gruppensupervisionsgruppe signifikant zurück (Diff = 0,4768, $p = 0,032$).

Somit ist für die Skala Nutzbarkeit soziale Ressourcen die H1 abzulehnen und H0 beizubehalten. Für Item 26 (Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte) ist H0 zu verwerfen und H1 anzunehmen.

4. Hypothesen zum Zusammenhang von Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Hypothese 11:

Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen und sozialen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(PR2-PR1), (K2-K1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(PR2-PR1), (K2-K1)} > 0$$

Die Korrelationen zwischen den Vortest/Nachtestdifferenzen der Ressourcenskalen und den Vortest/Nachtestdifferenzen bei der wahrgenommener Kontrolle gegenüber Belastungen sind durchweg positiv und signifikant, bewegen sich allerdings alle im Bereich schwacher Korrelationen. (PRDIFF: $r = 0,261$, $p = 0,003$; SRDIFF: $r = 0,274$, $p = 0,001$; MRDIFF: $0,375$, $p < 0,001$)

Eine multiple Regressionsanalyse erbrachte zudem, dass die Variable Veränderungen bei den Materiellen Ressourcen in Zusammenhang mit Veränderungen bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen als Prädiktor für Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber Belastungen signifikant ist. ($r^2 = 0,160$, $f = 12,735$, $p < 0,001$).

H0 kann daher verworfen werden, H1 wird angenommen.

Hypothese 12:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Nutzbarkeit professioneller und sozialer Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(NPR2-NPR1), (SW2-SW1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(NPR2-NPR1), (SW2-SW1)} > 0$$

Die Korrelationen zwischen den Vortest/Nachtestdifferenzen der Skalen für die Nutzbarkeit der Ressourcen und den Vortest/Nachtestdifferenzen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen sind durchweg positiv und signifikant, bewegen sich allerdings ebenfalls alle im Bereich schwacher Korrelationen. (NPRDIFF: $r = 0,293$, $p = 0,001$; NSRDIF: $r = 0,368$, $p < 0,001$; NMRDIFF: $r = 0,300$, $p < 0,001$)

Eine multiple Regressionsanalyse erbrachte zudem, dass die Variable Veränderungen bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen in Zusammenhang mit Veränderungen bei den Materiellen Ressourcen als Prädiktor für Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen signifikant ist. ($r^2 = 0,169$, $f = 13,487$, $p < 0,001$).

H0 kann daher verworfen werden, H1 wird angenommen.

5. Hypothesen zum Zusammenhang von Kontrolle / Selbstwirksamkeit und gesundheitlicher Situation / Arbeitszufriedenheit

Hypothese 13:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(K2-K1), (G2-G1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(K2-K1), (G2-G1)} > 0$$

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die Korrelationsberechnungen zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber Belastungen und Veränderungen bei den Gesundheitsindikatoren herangezogen. Bei den Skalen für Nachgedanken, Erschöpfung, Bedrückung, Müdigkeit und Psychosomatische Beschwerden bedeutet eine positive Differenz eine Verschlechterung, beim Allgemeinen Gesundheitszustand dagegen eine Verbesserung. Daher müssen zur Bestätigung der Hypothese die Korrelationen zwischen Skalendifferenzen beim Allg. Gesundheitszustand und Skalendifferenzen bei der wahrgenommenen Kontrolle positiv sein. Die Korrelationen zwischen allen anderen Variablen und den Skalendifferenzen bei der wahrgenommenen Kontrolle müssten dagegen negativ sein.

Zwischen den Vortest/Nachtestdifferenzen von wahrgenommener Kontrolle und den Vortest/Nachtestdifferenzen aller Gesundheitsindikatoren zeigten sich signifikante schwache Korrelationen. (Allg. Gesundheitszustand: $r = 0,266$, $p = 0,001$, Nachgedanken: $r = -0,34$, $p < 0,001$, Erschöpfung: $r = -0,180$, $p = 0,032$, Bedrückung: $r = -0,255$, $p = 0,002$, Ermüdung: $r = -0,278$, $p = 0,001$, Psychosomatische Beschwerden: $r = -0,320$, $p < 0,001$)

Eine Regressionsanalyse erbrachte, dass die Variable Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle gegenüber Belastungen als Prädiktor für Veränderungen beim Allgemeinen Gesundheitszustand ($r^2 = 0,72$, $f = 10,571$, $p = 0,001$), Veränderungen bei Erschöpfung ($r^2 = 0,033$, $f = 4,616$, $p = 0,033$) Veränderungen bei Bedrückung ($r^2 = 0,068$, $f = 9,893$, $p = 0,002$), Veränderungen bei Müdigkeit ($r^2 = 0,079$, $f = 11,777$, $p = 0,001$) und Veränderungen bei Psychosomatik ($r^2 = 0,105$, $f = 16,273$, $p < 0,001$) signifikant ist.

H0 kann daher verworfen werden und H1 angenommen werden.

Hypothese 14:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Einschätzung der gesundheitlichen Situation.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(SW2-SW1), (G2-G1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(SW2-SW1), (G2-G1)} > 0$$

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die Korrelationsberechnungen zwischen Veränderungen bei den Gesundheitsindikatoren und Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen herangezogen. Für die Skalen der Gesundheitsindikatoren gilt das gleiche wie es in der vorherigen Hypothese dargestellt wurde.

Signifikante schwache Korrelationen zeigten sich zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen beim Allg. Gesundheitszustand ($r = 0,267$, $p = 0,001$), Nachgedanken ($r = 0,329$, $p < 0,001$) und psychosomatischen Beschwerden ($r = 0,227$, $p = 0,007$). Alle anderen Korrelationen waren nicht signifikant.

Die Regressionsanalyse erbrachte, dass Veränderungen bei der Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen als Prädiktor für Veränderungen bei Nachgedanken ($r^2 = 0,108$, $f = 16,348$, $p < 0,001$) geeignet ist.

Für den Zusammenhang von Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei Erschöpfung, Bedrückung und Ermüdung ist daher H1 zu verwerfen und H0 beizubehalten.

Für den Zusammenhang von Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei Allg. Gesundheitszustand, Nachgedanken und Psychosomatischen Beschwerden ist H0 zu verwerfen und H1 anzunehmen.

Hypothese 15:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(K2-K1), (AZ2-AZ1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(K2-K1), (AZ2-AZ1)} > 0$$

Zur Überprüfung der Hypothese 15 wird die Korrelation zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle gegenüber Belastungen und Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit herangezogen.

Zwischen beiden Variablen besteht eine signifikante schwache positive Korrelation ($r = 0,249$, $p = 0,003$).

Die Regressionsanalyse erbrachte, dass die Variable Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle im Vergleich zu Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit kein signifikanter Prädiktor für Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit ist.

H0 ist daher zu verwerfen, H1 kann angenommen werden.

Hypothese 16:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit.

Statistische Hypothesen:

$$H0: R_{(SW2-SW1), (AZ2-AZ1)} \leq 0$$

$$H1: R_{(SW2-SW1), (AZ2-AZ1)} > 0$$

Zur Überprüfung der Hypothese 16 wird die Korrelation zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen und Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit herangezogen.

Zwischen beiden Variablen besteht eine signifikante schwache positive Korrelation ($r = 0,267$, $p = 0,001$).

Die Regressionsanalyse erbrachte, dass die Variable Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen ein signifikanter Prädiktor für Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit ($r^2 = 0,71$, $f = 10,637$, $p = 0,001$) ist.

H0 ist daher zu verwerfen, H1 kann angenommen werden.

7.4. Zusammenfassung

Die Untersuchungsstichprobe setzte sich aus insgesamt 451 Personen aus 17 Einrichtungen und Kliniken zusammen, die sich in unterschiedlicher Weise an der Untersuchung beteiligten. Die Untersuchungsteilnehmer waren überwiegend weiblich, das Durchschnittsalter betrug knapp 41 Jahre. Sie kamen zumeist aus medizinischen Berufen, wobei die Pflegeberufe mit einem Anteil von über 70 % dominierten. Ein hoher Anteil lebte in festen Partnerschaften, knapp über 40 % hatten ein oder mehrere Kinder, nur wenige ProbandenInnen waren allein erziehend. Hinsichtlich der Schulabschlüsse dominierten mittlere bis höhere Abschlüsse, bei den Ausbildungsabschlüssen dominierten die Ausbildungsberufe. Sowohl zwischen den Kliniken und Einrichtungen als auch zwischen den verschiedenen Teilnahmegruppen ergaben sich erwartungsgemäß Unterschiede bezüglich verschiedener Personenmerkmale.

Die TeilnehmerInnen der Untersuchung arbeiteten überwiegend in größeren Einrichtungen. Bei den Arbeitsbereichen dominierte die Allgemeine Psychiatrie, andere Arbeitsbereiche wurden eher selten genannt. Mit durchschnittlich 12 Jahren ist die Dauer der Betriebszugehörigkeit relativ hoch, was allerdings durchaus psychiatrietypisch ist. Etwa ein Viertel der ProbandenInnen waren leitende MitarbeiterInnen, die durchschnittliche Teamgröße betrug 12 Personen. Wochenstundenanzahl und Überstundenanzahl bewegten sich mit durchschnittlich 36 bzw. 1,3 Stunden in einem relativ normalen Ausmaß. Erwartungsgemäß zeigten sich auch hinsichtlich der Arbeitssituation sowohl zwischen den Kliniken und Einrichtungen als auch zwischen den Teilnahmegruppen Unterschiede.

Diejenigen, die zwischen beiden Messzeitpunkten an Supervision teilgenommen haben, haben durchschnittlich an 6 Sitzungen teilgenommen. Meist dauerte eine Sitzung 90 Minuten, als Sitzungsfrequenz wurde meist ein monatlicher Anstand genannt, allerdings war der Anteil derjenigen, die eine geringere Frequenz angaben, mit über 30 % relativ hoch. Zum Zeitpunkt der Befragung dauerte der Supervisionsprozess bei mehr als der Hälfte der SupervisionsteilnehmerInnen bereit länger als ein Jahr. Während die Supervision überwiegend auf Anordnung der Leitung zustande gekommen ist, oblag die Auswahl des/der SupervisorsIn bei über der Hälfte der SupervisandenInnen dem Team. Hinsichtlich der Supervisionsform dominierte die Teamsupervision vor der Gruppensupervision, Einzelsupervision spielte dagegen keine Rolle. Der/die SupervisorIn kam in der Regel von außerhalb der Klinik, interne Supervision spielte nur eine untergeordnete Rolle. Als Grundberufe der SupervisorenInnen wurden hauptsächlich PsychologInnen und ÄrztInnen genannt, SozialpädagogenInnen und Pflegeberufe spielten eine geringere Rolle. Bei den SupervisorenInneneigenschaften wurden Fachkenntnis, sprachliche Präzision, Einfühlungsvermögen, pädagogisches Geschick, Sympathie und Feldkenntnis am höchsten bewertet wurden. Theoretische Nähe, Geschlechtszugehörigkeit und Bekanntheit wurden dagegen geringer bewertet. Als wichtige Supervisionsthemen wurde vor allem die Arbeit mit Klienten hoch bewertet, deutlich schlechter wurden Teamkonflikte bzw. theoretische Aufarbeitung von Prob-

lemen bewertet. Konflikte mit der Leitung bzw. Konzeptionsentwicklung spielten als Supervisionsthemen eine untergeordnete Rolle. Bei den Gesamtbewertungsfragen wurde die Supervisionszufriedenheit höher bewertet als die wahrgenommenen Verbesserungen der Arbeitssituation durch die Supervision. Die überwiegende Mehrheit der ProbandenInnen hat zwischen den beiden Messzeitpunkten an Fortbildungen teilgenommen, wobei es sich zu einem großen Teil um therapeutische/beraterische Fortbildungen bzw. Facharztausbildungen handelte. Der Vergleich der Kliniken hinsichtlich der Supervisionsmerkmale ergab eine Reihe von Unterschieden. Diese betreffen sowohl Settingsmerkmale als auch die Bewertung von SupervisorenInneneigenschaften und Supervisionsthemen. Auch zwischen den Teilnahmegruppen 2 und 3 zeigten sich hinsichtlich einiger Supervisionsmerkmale Unterschiede.

Der Vergleich der drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich der personen- und arbeitsbezogenen deskriptiven Merkmale erbrachte bis auf die Arbeitsbereiche, bei denen in der Nicht-Supervisionsgruppe der Anteil der Beschäftigten in der Allgemeinen Psychiatrie höher war, keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich der Supervisionsmerkmale unterschieden sich die beiden Supervisionsgruppen an verschiedenen Stellen voneinander. Bei der Teamsupervisionsgruppe war die Sitzungszahl zwischen den Messzeitpunkten höher, die Sitzungsdauer kürzer, die Initiative zur Supervision ging häufiger von der Leitung aus, die Auswahl des/der SupervisorsIn erfolgte häufiger durch das Team und der Grundberuf des/der SupervisorsIn war häufiger PsychologeIn oder SozialpädagogeIn. In der Gruppensupervisionsgruppe war dagegen die Sitzungszahl zwischen den Messzeitpunkten geringer, die Sitzungsdauer länger, die Supervisionsinitiative und die Auswahl des/der SupervisorsIn erfolgte eher von Vorgesetzten oder einem Ausbildungsinstitut. Bemerkenswert ist die unterschiedliche Einschätzung der Bedeutung der Supervisionsthemen in den Supervisionsgruppen: Das Thema Arbeit mit KlientenInnen schätzten die TeamsupervisionsteilnehmerInnen als bedeutungsvoller eine als die GruppensupervisionsteilnehmerInnen. Die Themen Zusammenarbeit/Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten sowie die Theoretische Aufarbeitung von Problemen schätzten dagegen die Gruppensupervisionsteilnehmer als bedeutungsvoller ein. Ebenfalls interessant für die Untersuchung ist es, dass der Umfang der Fortbildungsaktivitäten zwischen den Messzeitpunkten bei den Supervisionsgruppen deutlich höher war als bei der Nicht-Supervisionsgruppe.

Die Reliabilität der eingesetzten Skalen wurde anhand der Daten aus der ersten Erhebung überprüft. Berechnet wurde die interne Konsistenz der Skala mit Cronbachs Alpha sowie die Item-Trennschärfe mit den Item-Gesamtscorekorrelationen. Die Berechnungen erbrachten für alle Skalen insgesamt gute bzw. zufriedenstellende Werte. Beim KFZA ergaben sowohl die Faktorenanalyse der Werte als auch der Vergleich mit den Referenzwerten aus anderen Untersuchungen Hinweise auf die valide Einsetzbarkeit des Verfahrens. Auch bei der Beschwerdenliste erbrachten Vergleiche mit Referenzwerten sowie Korrelationsanalysen mit ähnlichen Indikatoren, dass das Verfahren im Rahmen der Untersuchung zu validen Ergebnissen führt. Bei den Ressourcenskalen zeigten die Korrelationen mit dem KFZA und die gemeinsame Faktorenanalyse der Skalen, dass die diskriminante und konvergente Validität gegeben ist. Man kann somit davon ausgehen, dass die eingesetzten Skalen reliabel und valide sind.

Bei den Skalenwerten des KFZA zeigte sich bei beiden Erhebungszeitpunkten tendenziell höhere Werte für die Entlastungsskalen als für die Belastungsskalen, bei den Entlastungsskalen waren die Werte eher linksschief, bei den Belastungsskalen eher rechtsschief, was auf eine eher niedrigere Belastungssituation bei gleichzeitig höherem Handlungsspielraum hindeutet. Ähnliches trifft auf die Ressourcenskalen zu, auch hier waren die Skalenwerte an beiden Erhebungszeitpunkten eher linksschief und rechtssteil verteilt, was auf hohe Mittelwerte und ggfs. Deckeneffekte hinweist. Bei den Items und Skalen für die Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindika-

toren zeigten sich bei beiden Messzeitpunkten Werte, die auf eine – bezogen auf die Skalenmittelwerte - höhere Arbeitszufriedenheit und geringere gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. Belastetheit hinweisen. Der Vergleich der Skalenwerte verschiedener Gruppen (Kliniken, Arbeitsbereiche, Berufsgruppen, Alter, Dauer der Mitarbeit und Geschlecht) erbrachte bei den Werten der ersten Erhebung mehr Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen als bei der zweiten Erhebung. Insgesamt zeigten sich zwischen Kliniken, Arbeitsbereichen und Berufsgruppen jeweils am meisten signifikante Unterschiede bei den Skalenwerten, weniger Zusammenhänge zeigten sich zwischen den Skalenwerten und den eher personenbezogenen Variablen (Alter, Dauer der Mitarbeit und Geschlecht). Beim KFZA ergaben sich an beiden Erhebungszeitpunkten am meisten Unterschiede bei den Kliniken, Arbeitsbereichen und Berufsgruppen. Ähnliches trifft auch für die Ressourcenskalen und die Items für Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu. Bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich dagegen mehr Zusammenhänge zu den Personenvariablen Alter, Dauer der Mitarbeit und Geschlecht. Beim ersten Messzeitpunkt ergaben sich hier aber auch eine Reihe von signifikanten Unterschieden zwischen den Kliniken. Kaum Unterschiede zeigten sich zwischen den Teilnahmegruppen 1 und 2 und zwischen den Teilnahmegruppen 2 und 3. Man kann somit davon ausgehen, dass keine systematischen Selektionseffekte bzw. Regressionseffekte stattgefunden haben.

Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich schließlich nur bei der KFZA-Subskala Betriebliche Leistungen (Betriebliche Leistungen) ein signifikanter Unterschied. An beiden Messzeitpunkten erreichte die Gruppensupervisionsgruppe vor der Teamsupervisionsgruppe den höchsten Mittelwert.

Bei der hypothesenbezogenen Auswertung wurden die Daten daraufhin untersucht, ob sich die Ressourcen zwischen beiden Messzeitpunkten verändert haben und ob Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen bzw. innerhalb der Untersuchungsgruppen zwischen unterschiedlichen Ressourcenbereichen feststellbar sind. Darüber hinaus wurden für die Zusammenhangshypothesen Korrelationen zwischen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren berechnet.

In den Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigte sich weder bei den Skalen noch bei der Analyse der Einzelitems ein Anstieg der Ressourcenbewertungen von MZP 1 nach MZP 2. Es zeigte sich im Gegenteil insgesamt ein signifikanter Rückgang in den Bereichen Professionelle Ressourcen, Nutzbarkeit professionelle Ressourcen und Nutzbarkeit soziale Ressourcen über alle Gruppen. Nur eine statistisch bedeutsame Tendenz zeigte sich hinsichtlich dieser Bereiche bei der Interaktion Zeit * Gruppe. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang aber, dass bei der Nicht-Supervisionsgruppe in allen Ressourcenbereichen ein Rückgang der Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zu verzeichnen war, während bei beiden Supervisionsgruppen kaum Veränderungen zwischen beiden Messzeitpunkten zu verzeichnen waren. Lediglich bei dem Item Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte zeigte sich ein Interaktionseffekt, der Wert in der Teamsupervisionsgruppe stieg an bei gleichzeitigem Rückgang in der Gruppensupervisionsgruppe. Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich über alle Messzeitpunkte ein signifikanter Unterschied nur bei den materiellen Ressourcen und deren Nutzbarkeit, der auf Unterschiede zwischen der Gruppensupervisionsgruppe und der Nicht-Supervisionsgruppe zurückging. Die Ergebnisse wurden auch durch Analyse der Skalenwertdifferenzen bestätigt. Demnach konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass bei TeilnehmernInnen von Supervision die Bewertung der eigenen Ressourcen und deren Nutzbarkeit nach 10 Monaten besser ist als vorher, weder allgemein noch bereichsspezifisch.

Keine signifikanten Unterschiede erbrachte auch der Vergleich der Skalendifferenzen von Professionellen Ressourcen und Sozialen Ressourcen bzw. Nutzbarkeit professioneller Ressourcen und Nutzbarkeit sozialer Ressourcen innerhalb jeder Supervisionsgruppe. Offensichtlich zeigten sich keine supervisionsartspezifischen Veränderungen bei den Ressourceneinschätzungen.

Bei den in der zweiten Erhebung erfragten wahrgenommenen Veränderungen von Ressourcen, deren Nutzbarkeit und Kontrolle und Selbstwirksamkeit zeigten sich interessanterweise bei allen Items positive Mittelwerte. Der Vergleich der Untersuchungsgruppen ergab hier bei sechs Items signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die im Wesentlichen auf Unterschiede zwischen den Supervisionsgruppen und der Nicht-Supervisionsgruppe zurückzuführen waren. Die Korrelationsanalyse von gemessenen Veränderungen und wahrgenommenen Veränderungen erbrachte überwiegend signifikant positive Zusammenhänge bei den Einzelitems. Bei den Items Nutzbarkeit Feldkompetenz, Sicherheit, Berufliche Fertigkeiten, Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten und Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit zeigten sich zudem signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Differenzen und den Mittelwerten der wahrgenommenen Veränderungen. Hier kann man von einer positiven Verzerrung wahrgenommener Veränderungen im Vergleich zu gemessenen Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen ausgehen

Die Analyse der mit dem KFZA untersuchten Arbeitsbedingungen erbrachte, dass die Werte der Gruppensupervisionsgruppe für die Subskala betriebliche Leistungen höher war als diejenigen für die Teamsupervisionsgruppe. Angestiegen ist über die Zeit hinweg der Wert für quantitative Anforderungen, gleichzeitig sanken die Werte für Handlungsspielraum, Information Mitarbeiter und Betriebliche Leistungen zwischen den Messzeitpunkten. Offensichtlich bewerten die ProbandenInnen aller Gruppen die quantitative Arbeitsbelastung nach 10 Monaten höher, gleichzeitig sinken die Werte für die drei Entlastungsfaktoren. Eine Ausnahme macht die Teamsupervisionsgruppe, deren Wert beim Handlungsspielraum im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen beim zweiten Messzeitpunkt angestiegen ist.

Die korrelationsstatistische Auswertung der Zusammenhänge zwischen den Ressourcendifferenzen einerseits und den Vortest-Nachtestdifferenzen bei den Items Kontrolle und Selbstwirksamkeit erbrachte durchweg signifikant positive Korrelationen, wenn auch auf niedrigem Niveau. Offensichtlich sind Verbesserungen bei den Ressourcen und ihrer Nutzbarkeit mit Verbesserungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit einhergegangen.

Auch die Korrelationen zwischen Veränderungen bei Kontrolle und allen Indikatoren für Arbeitszufriedenheit und Gesundheit waren durchgängig signifikant. Zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei Arbeitszufriedenheit, allgemeinen Gesundheitszustand, Nachgedanken sowie Veränderungen bei psychosomatischen Beschwerden zeigten sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge. Somit scheinen Verbesserungen bei der Einschätzung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit mit Verbesserungen bei der Einschätzung der Arbeitszufriedenheit und des allgemeinen Gesundheitszustandes und dem Rückgang der Werte für Belastetheit bzw. psychosomatische Beschwerden einherzugehen. Regressionsanalysen der Zusammenhänge erbrachten, dass für Veränderungen der Kontrolle und für Veränderungen der Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen vor allem Veränderungen bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen und Veränderungen bei den materiellen Ressourcen signifikante Prädiktoren sind. Für Veränderungen bei der Arbeitszufriedenheit und Veränderungen bei dem Belastetheitssitem Nachgedanken sind Veränderungen bei der Selbstwirksamkeit signifikante Prädiktoren. Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle sind dagegen für Veränderungen bei den anderen gesundheitsbezogenen Items und Skalen (Allgemeiner Gesundheitszustand, Erschöpfung, Bedrückung, Müdigkeit und Psychosomatik) signifikante Prädiktoren. Moderatoreffekte auf den Zusammenhang von Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Ar-

beitszufriedenheit scheinen Veränderungen von Ressourcen und deren Nutzbarkeit zu haben. Für die Beziehung von Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Ermüdung waren Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit Moderatoren. Alle Moderatoreffekte waren modellgerecht, d.h. negative Zusammenhänge zwischen Arbeitsintensitätsveränderungen und Veränderungen bei Arbeitszufriedenheit und Ermüdung wurden abgemildert.

Die abschließende Überprüfung der Hypothesen auf der Grundlage der Analyseergebnisse erbrachte somit, dass die auf die Supervision bezogenen Hypothesen überwiegend nicht bestätigt werden konnten. Nur bei Hypothese 10 konnte entsprechend der Annahme bezogen auf die Nutzbarkeit praktischer Unterstützung durch Vorgesetz in der Teamsupervisionsgruppe eine signifikant größere positive Veränderung zwischen den Messzeitpunkten festgestellt werden als in der Gruppensupervisionsgruppe.

Die Hypothesen bezüglich der angenommenen Zusammenhänge zwischen Veränderungen bei den Ressourcen und deren Nutzbarkeit und Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie zwischen Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren konnten dagegen überwiegend – wenn auch mit schwachen Korrelationen – bestätigt werden.

8. Diskussion der Ergebnisse

In der Diskussion sollen zunächst die hypothesenbezogenen Ergebnisse der Untersuchung vor dem Hintergrund der Fragestellung und des theoretischen Modells der Untersuchung beleuchtet werden. Dabei wird insbesondere methodische Aspekte und Einschränkungen der Untersuchung eingegangen. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse im Lichte zusätzlicher, nicht unmittelbar hypothesengebundener Untersuchungsbefunde interpretiert. Hieraus ergeben sich einige Implikationen für die Supervisionspraxis und die Supervisionsforschung, deren Darstellung die Ergebnisdiskussion abschließt. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß der Autor dieser Arbeit neben seiner wissenschaftlichen Beschäftigung mit Supervision im Rahmen langjähriger Teilnahme an verschiedenen Supervisionen als Supervisand in unterschiedlichen Zusammenhängen auch selbst praktische Supervisionserfahrung gesammelt hat. Insbesondere was die supervisionspraktischen Implikationen angeht, ist dieser Blickwinkel von Bedeutung.

Das ursprüngliche Anliegen des Projektes war es, einen Beitrag zu einer differenzierten Erforschung des Bedingungsgefüges möglicher Supervisionseffekte zu leisten. Untersucht werden sollte, ob Supervision durch die Verbesserung berufsrelevanter Ressourcen zur besseren Bewältigung beruflicher Belastungen beitragen kann.

Von früheren Studien sollte sich die vorliegende Untersuchung dabei vor allem durch zwei Aspekte unterscheiden: Im Gegensatz zu oft wenig theoriebezogenen Evaluationsstudien sollten Supervisionseffekte vor dem Hintergrund stress- und ressourcentheoretischer Überlegungen und Konzepte (LAZARUS, ANTONOWSKY, HOBFOLL, FLAMMER) untersucht werden. Außerdem sollte sich die Untersuchung methodisch von bisherigen Untersuchungen dadurch unterscheiden, daß mögliche Effekte nicht als wahrgenommene Veränderungen, sondern als Veränderung von Messwerten erfasst werden.

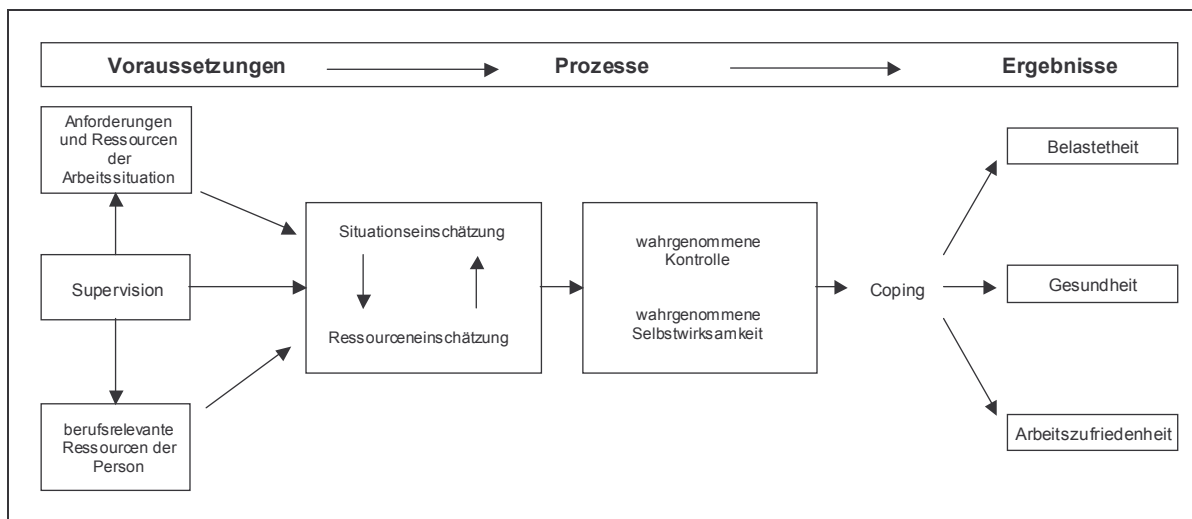


Abbildung 56: Modell der Untersuchung

Im Rahmen eines Messwiederholungsdesigns sollte bei MitarbeiternInnen stationärer psychiatrischer Einrichtungen untersucht werden, ob zwischen zwei Messzeitpunkten supervisionsformspezifische Verbesserungen bei wahrgenommenen professionellen und sozialen Ressourcen und deren Nutzbarkeit feststellbar sind und ob sich diese Veränderungen in Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren niederschlagen.

Damit ergab sich eine zweiteilige Fragestellung:

1. Bezogen auf Supervision ging es um deren möglichen psychohygienischen Aspekt durch die Entwicklung von Ressourcen.
2. Bezogen auf den stress- und ressourcentheoretischen Hintergrund ging es um die Annahmen des Untersuchungsmodells, wonach positive Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen Ressourcen und deren Nutzbarkeit, wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren bestehen.

In Hinblick auf die ursprüngliche supervisionsbezogene Fragestellung ist zunächst festzustellen, dass die Effekte so, wie sie in den Hypothesen angenommen wurden, nicht bzw. nur in sehr kleinem Umfang bestätigt werden konnten. Nach den Ergebnissen war in keiner der Supervisionsgruppen ein Anstieg der Ressourceneinschätzung zwischen den beiden Messzeitpunkten zu verzeichnen. Auch zeigten sich kaum Unterschiede zwischen und innerhalb der Supervisionsgruppen hinsichtlich der Veränderungen in den einzelnen Ressourcenbereichen. Lediglich bei der Nutzbarkeit praktischer Unterstützung durch Vorgesetzte zeigte sich in der Teamsupervisionsgruppe ein hypothesenkonformer Anstieg, während in den anderen Gruppen ein Rückgang zu verzeichnen war. Darüber hinaus zeigte sich in der Teamsupervision tendenziell ein Anstieg bei der Nutzbarkeit sozialer Ressourcen gegenüber einem Rückgang bei der Nutzbarkeit professioneller Ressourcen. Damit konnten kaum Hinweise über differenzierte positive Supervisionseffekte gefunden werden. Allenfalls in der Teamsupervisionsgruppe könnten nach den Ergebnissen solche Effekte vermutet werden.

Im Gegensatz hierzu konnten die Hypothesen, die sich auf die stress- und ressourcentheoretische Fragestellung bezogen, wenn auch auf niedrigem Niveau, weitgehend bestätigt werden. Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen und der wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit: Je besser die eigenen Ressourcen und deren Nutzbarkeit eingeschätzt werden, umso besser wird die eigene Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen eingeschätzt. Wie die regressionsanalytischen Ergebnisse nahe legen, scheint das insbesondere für die Bereiche Nutzbarkeit sozialer Ressourcen und Materielle Ressourcen zuzutreffen, deren Veränderungen signifikante Prädiktoren für Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit waren. Auch zwischen Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei den Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren zeigten sich signifikante Korrelationen: Je besser die eigene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber Belastungen eingeschätzt wird, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit und die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und desto geringer ist das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden und der Belastetheit.

Zudem konnten signifikante Moderatoreffekte gezeigt werden. Veränderungen bei Ressourcen und deren Nutzbarkeit sowie bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit scheinen die Beziehung zwischen Veränderungen der Arbeitsintensität und Veränderungen der Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren positiv zu beeinflussen: Steigende Arbeitsintensität ist demnach bei gleichzeitigen positiven Veränderungen dieser Moderatorenvariablen mit weniger negativen Veränderungen bei Arbeitszufriedenheit und Gesundheit verbunden.

Nach den Ergebnissen könnte man auf den ersten Blick also annehmen, dass es zwar Zusammenhänge zwischen Ressourcenveränderungen, Veränderungen bei Kontrolle/Selbstwirksamkeit

und Veränderungen bei Arbeitszufriedenheit und Gesundheit gibt, dass Supervision aber keinen messbaren Einfluss auf diese Zusammenhänge hat.

Damit stünden die Ergebnisse im Widerspruch zu den Ergebnissen einer Reihe früherer Untersuchungen, die zu dem Ergebnis kommen, dass Supervision mit positiven Effekten bzw. Nutzen in verschiedenen Bereichen verbunden ist. (vergleiche hierzu etwa GOTTFRIED e.a. 2003, EICHERT, 2005)

Beim Vergleich der Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass den Studien grundsätzlich unterschiedliche Untersuchungsansätze zugrunde liegen:

Zum einen ist der Gegenstand der Messung ein anderer. In vielen Evaluationsstudien zu Supervision wird nach „Wirkungen“ oder nach „Nutzen“ gefragt, den die SupervisandenInnen der Supervision zuschreiben. Im Gegensatz dazu wurde in der vorliegenden Untersuchung versucht, Veränderungen durch die Erfassung verschiedener Ressourcenbereiche an zwei Messzeitpunkten zu erfassen. Zwar ist hierdurch noch kein objektives Außenkriterium Gegenstand der Untersuchung geworden, doch ist der Zugang zu Veränderungen nicht mehr nur die Einschätzung einer Veränderung durch die ProbandenInnen sondern ein Veränderungsmaß (Differenz der Einschätzungen).

Ein weiterer wesentlicher Unterschied im Ansatz besteht in dem Design. Während bei den meisten Untersuchungen ein Design mit einem Messzeitpunkt ohne Kontrollgruppe zugrunde lag, wurde die vorliegende Untersuchung auf der Grundlage eines Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung durchgeführt. Zwar ist auch durch dieses Design nur schwer die Kausalität von Supervision für bestimmte Effekte nachweisbar, dazu ist der Gegenstand zu komplex. Aber es ist möglich, durch diesen Untersuchungsansatz zeitliche Verläufe verschiedener Gruppen zu vergleichen, was gegenüber reinen Korrelationsstudien bei dem prozessualen Charakter von Supervision von Vorteil ist.

Von der Untersuchungsmethodik und der Durchführung der Untersuchung ergeben sich allerdings auch einige wichtige Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

1. Zum einen betrifft dies die Stichprobengewinnung und den Fragebogenrücklauf. Insgesamt haben sich 451 Personen an der Untersuchung beteiligt, aber nur 147 Personen haben an beiden Messzeitpunkten teilgenommen. Ein erheblicher Teil an Erstbefragten ist für die weitere Untersuchung ausgefallen, ein kleinerer Teil ist bei der zweiten Befragung neu hinzugekommen. Zwar konnten aufgrund der Skalenwerte keine Regressions- oder Selektionseffekte festgestellt werden. Trotzdem sind solche Effekte nicht völlig auszuschließen.
2. Weiter war vor Beginn der Untersuchung eine Festlegung der Größe der verschiedenen Untersuchungsgruppen nicht möglich, da den jeweiligen Verantwortlichen in den Kliniken selbst oft nicht klar war, wer in welchem Umfang an welcher Art von Supervision teilnimmt und wer bereit sein würde, an der Untersuchung teilzunehmen. Letztlich waren die Untersuchungsgruppen auch sehr unterschiedlich groß. Positiv ist in diesem Zusammenhang aber zu vermerken, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich demographischer Merkmale und hinsichtlich der Merkmale der Arbeitssituation nicht signifikant voneinander unterscheiden.

3. Eine weitere methodische Einschränkung stellt die Tatsache dar, dass auch die Untersuchungsbedingungen nur sehr begrenzt hergestellt werden konnten. Es konnten lediglich die Befragungszeitpunkte und der dazwischen liegende Zeitraum festgelegt werden. Ob und wie lange ggfs. ein Supervisionsprozess vorher schon stattgefunden hatte und in welcher Frequenz die Supervision durchgeführt wurde, konnte nicht beeinflusst werden. Untersucht wurde also ein Ausschnitt vor einem mehr oder weniger langen Hintergrund. Ebenso wenig konnte die jeweilige Art der Supervision i.S. theoretischer oder methodischer Ansätze beeinflusst werden. Alle diese Bedingungen konnten daher allenfalls als Kontrollvariablen in die Untersuchung eingehen..
4. Ein weiterer problematischer Punkt ergibt sich aus den gewonnenen Daten zu den Ressourcen. Insbesondere bei den Skalen Professionelle Ressourcen und Nutzbarkeit professioneller Ressourcen sind die Mittelwerte beider Befragungszeitpunkte sehr hoch. Diesbezüglich können also Deckeneffekte nicht ausgeschlossen werden. Dies könnte für die Auswertung zur Folge haben, dass ein Anstieg bei diesen Ressourcen nicht gemessen werden kann. Entsprechend könnten nicht gemessene Verbesserungen statistische Artefakte sein, da Verbesserungen nicht mehr abbildbar gewesen wären.

Neben diesen auf die Untersuchungsmethodik bezogenen Aspekten muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass sich eine Vielzahl von Faktoren und Bedingungen auf die Ausprägung und Veränderung von berufsrelevanten Ressourcen auswirken kann, von denen als Kovariablen nur ein kleiner Teil berücksichtigt werden konnte. Neben den mitberücksichtigten Arbeits- und Supervisionsbedingungen können dies z.B. auch belastende oder entlastende Aspekte der privaten Lebenssituation sowie zwischenzeitliche einschneidende Ereignisse oder gesellschaftliche Entwicklungen sein, die für den psychiatrischen Bereich relevant sind. Mit dem ÄrzteInnenstreik hat letzteres in Deutschland tatsächlich während des Untersuchungszeitraums stattgefunden. Ob der Streik und sein Ergebnis aber für die TeilnehmerInnen der Untersuchung und deren Ressourceneinschätzung tatsächlich relevant war, kann hier nicht geklärt werden. Festzuhalten bleibt: Wenn man Effekte von Supervision untersuchen möchte, untersucht man immer sehr kleine Effekte vor dem Hintergrund eines differenzierten Bedingungsgefüges, in dem Supervision eher eine „homöopathische“ Dimension einnimmt.

Zusätzlich zu den bisher aufgeführten Aspekten gibt es aber auch einige weitere Ergebnisse der Untersuchung, aus denen sich eine weitergehende Interpretation ergeben könnte:

1. Zum einen konnte festgestellt werden, dass in der Nicht-Supervisionsgruppe in den Skalen für Professionelle Ressourcen, Nutzbarkeit professionelle Ressourcen und Soziale Ressourcen zwischen den Messzeitpunkten ein Rückgang zu verzeichnen war, während in den anderen Gruppen gleich bleibende Werte bzw. ein leichter Anstieg zu verzeichnen war. Zwar handelte es sich hierbei nicht um signifikante Veränderungen sondern nur um statistische bedeutsame Tendenzen, diese standen jedoch am Rand einer statistischen Signifikanz.
2. Die TeilnehmerInnen aller Untersuchungsgruppen zeigten in den KFZA-Skalen bei den quantitativen Anforderungen einen Anstieg, während bei verschiedenen Entlastungsfaktoren ein Rückgang zu verzeichnen war: Bei steigenden Anforderungen schienen die Bewältigungs- und Entlastungsmöglichkeiten allgemein zurückgegangen zu sein. Nur bei der Teamsupervisionsgruppe stieg der Wert für Handlungsspielraum beim zweiten Messzeitpunkt an.

3. Ein weiteres in diesem Zusammenhang interessantes Ergebnis ist, dass die Werte für die durch Zusatzfragen erhobenen wahrgenommenen Veränderungen der Ressourcen im Gegensatz zu den gemessenen Differenzen durchgängig positiv sind, und somit auf wahrgenommene Verbesserungen hindeuten, wobei bei einigen Items in den Supervisionsgruppen größere positive Veränderungen wahrgenommen wurden.

Das erste Ergebnis legt nahe, dass Supervision möglicherweise mit „präventiven“ oder „kompensatorischen“ Effekten verbunden sein könnte: Zwar können nach dieser Vermutung keine Verbesserungen in Bezug auf Ressourcen und deren Nutzbarkeit erwartet werden, aber es können Verschlechterungen verhindert werden. Supervision wäre demnach ein Mittel, professionelle, soziale und materielle berufliche Ressourcen und deren Nutzbarkeit aufrechtzuerhalten.

Beim zweiten Ergebnis ist der Aspekt der zunehmenden Belastung von Bedeutung, der durch die KFZA-Messungen sichtbar wird. Bisher wurden ausschließlich die wahrgenommenen Ressourcen und deren Veränderung betrachtet, nicht aber Veränderungen in der Arbeitssituation. Aus den KFZA-Ergebnissen geht aber hervor, dass sich die Arbeitssituation in der Einschätzung aller Gruppen insgesamt verschlechtert hat: Belastungen sind angestiegen, Entlastungsfaktoren sind zurückgegangen. Dies könnte sich auch in der Bewertung der Ressourcen, die sich „transaktional“ auf die Arbeitssituation bezieht, widerspiegeln haben. Dieser Befund würde auch die Vermutung von der „kompensatorischen Wirkung“ von Supervision stützen: Trotz Verschlechterung der Arbeitssituation bleiben in den Supervisionsgruppen die wahrgenommenen Ressourcen gleich.

Das dritte Ergebnis verweist schließlich auf den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Veränderungen und gemessenen Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen. Auch hier zeigte sich wieder in Bezug auf einige Items ein Unterschied zwischen Supervisionsgruppen und der Nicht-Supervisionsgruppe, die schlechter abschnitt. Insofern könnte auch dieser Befund im Einklang mit der Annahme eines kompensatorischen Supervisionseffektes stehen.

Aus dem letzten Ergebnis geht aber auch hervor, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht zwangsläufig im Widerspruch zu Untersuchungsergebnissen zu Supervision stehen, die ausgehend von der Messung wahrgenommener Veränderungen von positiven Effekten von Supervision ausgehen. Auch innerhalb der vorliegenden Untersuchung zeigen sich bei den Einzelitems Unterschiede zwischen wahrgenommenen Veränderungen und gemessenen Veränderungen. Zwar sind die Korrelationen zwischen wahrgenommenen und gemessenen Veränderungen bei den meisten Items signifikant positiv. Gleichzeitig scheinen die wahrgenommenen Veränderungen positiver zu sein als die gemessenen Differenzen. Bei den Items Nutzbarkeit Feldkompetenz, Sicherheit, Berufliche Fertigkeiten, Nutzbarkeit beruflicher Fertigkeiten und Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit waren diese Unterschiede auch signifikant.

Positive Abweichungen bei der Messung wahrgenommener Veränderungen, wie sie oben beschrieben wurden, erklären möglicherweise auch die Unterschiede zwischen der Vorläuferuntersuchung im ambulanten psychiatrischen Bereich (EICHERT 2005) und der vorliegenden Untersuchung. Die dort festgestellten Werte für wahrgenommene Veränderungen durch Supervision in verschiedenen Ressourcenbereichen waren relativ hoch. Die mit ähnlichen Skalen in der vorliegenden Untersuchung erfassten Veränderungen bei den Einschätzungen der Ressourcen zwischen zwei Messzeitpunkten waren dagegen vergleichsweise gering bzw. nicht messbar.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich in der vorliegenden Untersuchung zwar kaum Hinweise für eine Verbesserung von berufsrelevanten Ressourcen und deren Nutzbarkeit in Zu-

sammenhang mit Supervision gezeigt haben. Trotzdem gibt es Anhaltspunkte dafür, dass „präventive“ bzw. „kompensatorische“ Aspekte eine Rolle spielen könnten. Supervision könnte in diesem Sinne dazu beitragen, Verschlechterungen bei berufsrelevanten Ressourcen und deren Nutzbarkeit zu verhindern. Wie die Untersuchung gezeigt hat, könnte das insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsbelastungen von Beschäftigten im psychosozialen Bereich eine wichtige Rolle spielen.

Bestätigt haben sich in der Untersuchung – wenn auch auf niedrigem Niveau - die Zusammenhänge zwischen Veränderungen bei den Ressourcen und deren Nutzbarkeit und Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie deren Beziehung zu Veränderungen bei Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren..

Für die Supervisionspraxis bedeuten die Ergebnisse, dass Erwartungen, durch Supervision zu einer langfristigen deutlichen Verbesserung berufsrelevanter Ressourcen beitragen zu können, wahrscheinlich zu hoch angesetzt sind. Deutliche positive Effekte von Supervision sind möglicherweise eher im kurzfristigen Bereich zu finden, wenn z.B. in einer Fallbesprechung eine neue Perspektive auf komplexe Problemzusammenhänge eines/r PatientenIn eröffnet werden konnte oder wenn Probleme im Team geklärt werden konnten, die die Zusammenarbeit massiv behindert haben. Solche gelungenen Supervisionssitzungen verändern die Arbeitssituation nicht grundsätzlich, sind aber möglicherweise kurzfristig sehr entlastend. In gewisser Weise spiegelt sich dies auch in der Bewertung der Supervisionsthemen wieder, denn hier wurden vor allem die Themenkreise Arbeit mit KlientenInnen und Zusammenarbeit / Konflikte im Team als wichtig bewertet.

Wo aber im Rahmen von Supervision die Möglichkeit besteht, solche beruflichen „daily hassles“ (i.S. LAZARUS & FOLKMAN 1989) regelmäßig zu bearbeiten und zu klären, scheinen auch langfristige Ressourcen-Effekte möglich zu sein. Supervision scheint dann eine stabilisierende Funktion einnehmen zu können, indem sie der Beschädigung professioneller und sozialer Ressourcen durch ungeklärte Probleme und Konflikte vorbeugt. Vermittelt durch die Zusammenhänge von Ressourcen und Kontrolle/Selbstwirksamkeit könnte sie dann auch einen positiven Einfluss auf Arbeitszufriedenheit und gesundheitliches Wohlbefinden haben und zwar, wie die regressionsanalytischen Ergebnisse nahe legen, .auch trotz zunehmender Arbeitsintensität.

Unter diesem Blickwinkel scheint es vor allem wichtig zu sein, im Rahmen regelmäßiger Supervision kontinuierlich die Möglichkeit zu schaffen, alltägliche Probleme und Schwierigkeiten im Team oder mit PatientenInnen besprechen und klären zu können. In diesem Sinne stellt Supervision – insbesondere in Zusammenhang mit zunehmenden beruflichen Belastungen - selbst eine wichtige Ressource im sozialen Bereich dar.

Ziel weitergehender Supervisionsforschung wäre es, Bedingungen und Faktoren zu finden, unter denen verschiedene Supervisionsformen in stärkerem Maße Einfluss auf die Verbesserung berufsrelevanter professioneller, sozialer und materieller Ressourcen und deren Nutzbarkeit und damit auf den Stressprozess haben könnten..

Trotz der durch den Gegenstand und das Untersuchungsfeld bedingten Schwierigkeiten erscheint es sinnvoll, bei der Untersuchung von Supervision vermehrt Kontrollgruppen- und Längsschnittdesigns anzuwenden. Man wird dabei sicherlich nie alle möglichen Einflüsse kontrollieren können, trotzdem ermöglicht der Vergleich verschiedener Messwerte weitergehende Einblicke als die alleinige Untersuchung wahrgenommener Veränderungen im Rahmen eines Querschnittsdesigns.

Aus der Erfahrung mit dieser Untersuchung wäre es aber sinnvoll, Supervisionsprozesse möglichst von Beginn an und möglichst komplett zu untersuchen. Hierdurch könnte die „Einheitlichkeit“ des Treatments besser gewährleistet werden. Außerdem könnten Effekte durch unterschiedlich lange Vorprozesse besser kontrolliert werden.

Darüber hinaus wäre es gerade vor dem Hintergrund der möglichen Bedeutung eher kurzfristiger Effekte und ihrer Summierung sinnvoll, die Bearbeitung von „daily hassles“ in Supervisionssitzungen genauer in den Blick zu nehmen und dies mit weiteren Zwischenmessungen zu kombinieren. Dies würde dem Prozessverlauf von Supervision besser gerecht werden.

9. Literaturverzeichnis

- ALLSTETTER-NEUFELDT, Susan, BEUTLER, Larry E., BANCHERO, Robert (1997) Research on Supervisor Variables in Psychotherapy Supervision, in: WATKINS, Edward (1997) Handbook of Psychotherapy Supervision. New-York: John Wiley & Sons. Inc., S. 508 - 524
- AJZEN, I., MADDEN, T.J. (1986) The Theory of Planned Behavior, in: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, S. 179 - 211
- ANTONOVSKY, Aaron (1979) Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- ARLING, M. (1998) Supervision in Psychotherapy: An Educational Experiment in Integrative Metalearning, in: Transactional Analysis Journal 28/3, S. 224 - 233
- BADURA, Bernhard (1994) Arbeit im Krankenhaus, in: BADURA, Bernhard, FEUERSTEIN Günther (Hrsg). (1994) Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim/München: Juventa, S. 21 - 82
- BADURA, Bernhard, FEUERSTEIN Günther (Hrsg) (1994) Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim/München: Juventa
- BAGOZZI, R.P. (1992) The self-regulation of attitudes, intentions and behavior, in: Social Psychology Quarterly, 55/2, S. 178 - 204
- BALINT, Michael (1976): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta
- BANDURA, Albert (1977) Self efficiency: Toward an unifying theory of behavioral Change, in: Psychological Review, 84, S. 191 - 215
- BARDÉ, Benjamin (1991) Supervision – Theorie, Methode und empirische Forschung. Versuch eines systematischen Überblicks, in: Supervision 1991/19, S. 3 - 37
- BATTMANN, Wolfgang , SCHÖNPFLUG, Wolfgang (1999) Bewältigung von Stress in Organisationen, in: SONNTAG, Karl Heinz. (Hrsg.) Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien. Göttingen: Hogrefe, S. 245 - 260.
- BAURIEDL, Thea (1998) Abstinenz in der Supervision. Grundprinzipien einer psychoanalytisch orientierten Supervision, in: Freie Assoziation 1/1/2, S. 134 - 160
- BECKER, Peter (1982) Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle und Diagnostik. Weinheim: Beltz
- BECKER, Peter (1986) Theoretischer Rahmen in: BECKER, Peter, MINSEL, Beate (1986) Psychologie der seelischen Gesundheit. Göttingen: Hogrefe, Band 2, S. 1 – 90
- BECKER, Peter, MINSEL, Beate (1986) Psychologie der seelischen Gesundheit. 2 Bände Göttingen: Hogrefe

- BEER, Thomas (1998) Evaluation von Supervision, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 99 – 129
- BEHRENBURG, Angelika, FASSNACHT, Michael (1993) Pilotprojekt Supervision für hauptamtliche pädagogische Mitarbeiterinnen in der Bildungsarbeit im Bistum Münster. Münster: Diözesanbildungswerk Münster
- BELARDI, Nando (1994) Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann
- BERGMANN, Bärbel, RICHTER, Peter (Hrsg.) (1994) Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie. Göttingen: Hogrefe
- BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum
- BEUMER, Ullrich, SIEVERS, Burkhard (2000) Einzelsupervision als Rollenberatung. Die Organisation als inneres Objekt, in: Supervision 2000/3, S. 10 - 17
- BLASIUS, Dirk (1980) Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuchverlag
- BOESSENECKER, Karl-Heinz, TRUBE, Achim, WOHLFAHRT, Norbert (Hrsg.) (2000) Privatisierung im Sozialsektor: Rahmenbedingungen, Verlaufsformen und Probleme der Ausgliederung sozialer Dienste. Münster: Votum
- BOLLES, Robert Charles (1972) Learning Theory. New York: Holt, Rinehart and Winston
- BORTZ, Jürgen, DÖRING, Nicola (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Verlag
- BROMBERG, P.M. (1982) The supervisory process and parallel process in psychoanalysis, in: Contemporary Psychoanalysis, 18, S. 92 - 111
- BROSIUS, Felix (1998) SPSS 8. Professionelle Statistik unter Windows. Bonn: MITP-Verlag
- BRÜHLMANN-JECKLIN, Erica (2005) Supervision bei Pflegefachleuten. Eine Studie zur Situation in der Schweiz. Krems: Donauuniversität
- BRÜNKER, Jutta (2005) Beratung und Supervision. Fragen, Themen und Effekte. Frankfurt: Lang.
- BUCHHOLZ, Michael, HARTMANN, Armin (2002) Supervision im Focus: polyzentrische Analysen einer Supervision. Opladen: Westdeutscher Verlag,
- BUCHNER, Axel, ERDFELDER, Edgar, FAUL, Franz (1997). How to Use G*Power. URL http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how_to_use_gpowers.html

- BUCHWALD, Petra, SCHWARZER, Christine, HOBFOLL, Stevan E. (Hrsg.) (2004) Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe
- BUER, Ferdinand (1999) Profession oder Organisation? Wem dient die Supervision?, in: PÜHL, Harald (2000) Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich, S. 70 - 103
- BULLINGER, Monuka & KIRCHBERGER, Inge (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe
- BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE (Hrsg.) (1999) Sozialgesetzbuch - Textausgabe. Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- CALIGOR, L. (1981) Parallel and reciprocal processes in psychoanalytic supervision, in: Contemporary Psychoanalysis, 17, S. 1 - 27
- CAPLAN, Gerald (1974) Supportive Systems and community mental health: Lectures and Concept Development. New York: Behavioral Publication
- CAREY, John, WILLIAMS, Kathy, WELLS, Mica (1988) Relationships between Dimensions of Supervisors' Influence and Counselors Trainees' Performance, in: Counselor Education and Supervision 1988, S. 130 – 139, American Counseling Association
- CARIFIO, Michael S., HESS, Allen K. (1988) Was kennzeichnet den „idealen“ Supervisor?, in: Report Psychologie 5-6/88 S. 18 - 27
- CASSEL, J. (1974) Psychosocial processes and stress: Theoretical formulation, in: International Journal of Health Services, 4, S. 471 - 482
- COHEN, Sheldon, SYME, S.Leonard (1985) Social support and health. New York: Academic Press
- CONRADS, Sonja (1997) Supervision in der Führungskräfteentwicklung. Eine Qualitative Untersuchung in einer Versicherung. München: Rainer Hamp Verlag
- COOPER, Cary L., PAYNE, R. (Hrsg) (1978) Stress at work. Chichester: Wiley
- COX, Tom, GRIFFITHS, Amanda, RIAL-GONZÁLEZ, Eusebio (2005) Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
- DENNER, Lieselotte (2000) Gruppenberatung für Lehrer und Lehrerinnen. Eine empirische Untersuchung zur Wirkung schulinterner Supervision und Fallbesprechung. Bad Heilbrunn/OBB.: Klinkhardt
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUPERVISION E.V. (Hrsg.) (2006) Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis wissenschaftlicher Arbeiten.. Köln: DGSV
- DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula (1986) Irren ist menschlich oder: Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

- DODEGGE, Georg, ZIMMERMANN, Walter (2003) PsychKG NRW. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Praxiskommentar. Stuttgart: Boorberg
- DODENHOFF, Judith T. (1981) Interpersonal Attraction an Sirect-Indirect Supervisor Influence As Predictors of Counselor Trainee Effectiveness, in: Journal of Counseling Psychology 28/1, S. 47 - 52
- DOEHRMAN, M.J.G. (1976) Parallel process in supervision and psychotheraüy, in: Bulletin of the Menninger Clinic, 40/1, S. 9 - 105
- DRILLER, Ulrich, HOFFMEISTER, Christiane (2005) Gruppensupervision mit Dienstabteilungs- und Dienstschichtleitern. Erfahrungen, Theorien und Prozesse eines Pilotprojektes in der Bezirksregierung Lüneburg, in: Die Polizei, 6/2005, S. 168 - 173
- DUBACH, Susanne (2000) Burnout bei BerufsberaterInnen. Eine Fragebogenuntersuchung bei den BerufsberaternInnen der Allgemeinen Berufsberatung der Deutschschweiz. Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg. Freiburg (CH)
- DÜCKER, Barbara (1995) Stress, Kontrolle und soziale Unterstützung im industriellen Bereich. Bonn: Holos
- DULZ, Birger (1998) Zur Supervision der stationären Therapie von Borderline-Patienten, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 180 - 192
- DUNCKEL-SCHETTER, C., BENNETT, T.L. (1990) The availability of social support and ist activation in times of stress, in: SARASON, I.G., SARASON, B.R., PIERCE, G.R. (Eds.) Social support: An interactional view. New York: Wiley, S. 267 - 296
- ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- ECK, Dietrich (1998) Supervision in der Psychiatrie – Ein mehrperspektivischer Ansatz, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 12 – 26
- ECKHARDT, U., HOFFMANN, M., KALDENKERKEN, C., LORENZEN, I., SPENNERGÜC, A. (2001) Dialogisches Qualitätsmanagement – ein Modell für die supervisorische Praxis, in: Supervision 2, S. 43 - 52
- EDELHAIMB-HRUBEC, Christiana Maria (2005) Die „supervisorische Beziehung“ – Theoriekonzepte und soziale Repräsentation im Lehrsupervisoren-, Supervisoren-, und Supervisandensystem im Fokus der integrativen Supervision. Masterthese. Krems: Zentrum für psychosoziale Medizin an der Donau-Universität Krems
- EFSTATION, James, PATTON, Michael, KARDASH, Carol A. (1990) Measuring the Working Alliance in Counselor Supervision, in: Journal of counseling Psychology 37/3, S. 322 - 329
- EICHERT, Hans-Christoph (2003d) Privatisierung sozialer Dienstleistungen und Supervision. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, SUPERVISION: Theorie – Praxis – For-

schung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift - 14/2003, S. 1 – 19 - <http://www.fpi.publikationen.de/supervision-Eichert-Privatisierung-Supervision-14-2003.htm>

EICHERT, Hans-Christoph (2005) Supervision und beruflicher Stress im psychiatrischen Bereich. Ressourcenentwicklung durch Supervision. Vrije Universiteit Amsterdam. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift - 10/2005, S. 1 – 178 - <http://www.fpi-publikationen.de/supervision/Eichert-Stress-Psychiatrie-Ressourcenarbeit-Supervision-10-2005.htm>

EICHERT, Hans-Christoph (2005) Entwicklung beruflicher Ressourcen durch Supervision - Eine Untersuchung im ambulanten psychiatrischen Bereich -, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36. Jahrgang Heft 3, S. 285 – 302

EICHERT, Hans-Christoph, PETZOLD, Hilarion G. (2003a): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 11/2003, S. 1 – 20 <http://www.fpi.publikationen.de/supervision/Eichert-schweigepflicht-supervision-11-2003.htm>

EKSTEIN, Rudolf, WALLERSTEIN, Robert S. (1958) The teaching and learning of psychotherapy. New York: International Universities Press

ELLIS, Michael V., LADANY, Nicholas (1997) Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review, in: WATKINS, Edward (1997) Handbook of Psychotherapy Supervision. New-York: John Wiley & Sons. Inc., S. 447 - 507

ENDRESEN, I.M., ELLERTSEN, B., ENDRESEN, C., HJELMEN, A.M., MATRE, R., URSIN, H. (1991) Stress at work and psychological and immunological parameters in a group of Norwegian female bank employees, in: Stress & Work, 5, S. 217 - 227

ERBRING, Saskia (2006) Pädagogisch professionelle Kommunikation. Eine empirische Studie zur Professionalisierung von Lehrpersonen unter Supervision. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

FARR, Robert, MOSCOVICI, Serge (1984) Social representations. Cambridge: Cambridge University Press

FENGLER, Jörg (1998) Supervision und Evaluation, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 69 - 89

FENGLER, Jörg (2005) Ethikkriterien in Psychotherapie, Beratung und Supervision, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36. Jahrgang Heft 3, S. 303 – 309

FENGLER, Jörg (2006) Supervision und Coaching als Entscheidungsprozesse, in Gruppendynamik und Organisationsberatung, 37. Jahrgang Heft 3, S. 301 - 314

- FILSINGER, Dieter, AUCKENTHALER, Anna (1993) Supervision in der Aids-Arbeit: Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung. Abschlußbericht. Berlin: Freie Universität
- FISCHER, Martin (2001) Wirkfaktoren und Qualitätskriterien von Supervision. Endbericht zum Projekt „Evaluation des Veränderungspotenzials von Supervision in unterschiedlichen professionellen Feldern. Wien: Jubiläumsfond der Österreichischen Nationalbank
- FOA, E.B. (1974) Emotional processing of fear: Exposure to corrective Information, in: Psychological Bulletin, 99/1, S. 20 - 35
- FOUCAULT, Michel (1968) Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- FOUCAULT, Michel (1969) Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- FOUDRAINE, Jan (1976) Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. München: dtv
- FRANKENHAEUSER, M. (1980) Psychobiological aspects of life stress, in: LEVINE, S., URSIN, H.(Hrsg.) (1989): Coping and health. New York: Plenum Press, S. 203 - 223
- FRAZIER, Patricia A., TIX, Andrew P., BARRON, Kenneth E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research, in: Journal of Counseling Research, 51, S. 115 - 134
- FRENCH, J.R.P. (1978) Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstreß, in: FRESE, Michael, GREIF, Siegfried., SEMMER, Norbert. (Hrsg.) (1978) Industrielle Psychopathologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 42 - 51
- FRESE, Michael (1977) Psychische Störungen bei Arbeitern. Zum Einfluss von gesellschaftlicher Stellung und Arbeitsplatzmerkmalen. Salzburg
- FRESE, Michael, GREIF, Siegfried, SEMMER, Norbert (Hrsg.) (1978) Industrielle Psychopathologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 42 - 51
- FRIEDLANDER, M.L., SIEGEL, M., BRENNOCK, K. (1989) Parallel process in counseling and supervision: A case study, in: Journal of Counseling Psychology, 36/2, S. 149 - 157
- FRIEDLANDER, Myrna, SNYDER, Jilisa (1983) Trainee's Exspectations for the Supervisory Process: Testing a Developmental Model, in: Counselor Education and Supervision, 1983, S. 342 – 349, American Counseling Association
- FÜRSTENAU, Peter (1998) Psychoanalytisch-systemische Teamsupervision im psychiatrisch-psychosomatischen Bereich zwecks Förderung der Teamentwicklung, in: HENNCH, Christoph WERNER, Andreas, BERGMANN, Günther (Hrsg.) (1998) Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext. Frankfurt a.M.: VAS, S. 71 - 82
- GAERTNER, Adrian (1999) Gruppensupervision: Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen. Tübingen: edition diskord

- GAERTNER, Adrian (1999) Gruppensupervision: Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen Teil 2: Fallanalytische Untersuchung des Transkripts einer Supervisions-sitzung, in: GAERTNER, ADRIAN (1999) Gruppensupervision: Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen. Tübingen: edition diskord, S. 123 - 204
- GASTEIGER-KLICPERA, Barbara, KLICPERA, Christian (1996) Evaluation einer Ausbildung in systemischer Supervision für Lehrer, in: Integrative Therapie, 1-2/97, S. 146 - 166
- GEDIMAN, H.K., WOLKENFIELD, F. (1980) The parallelism phenomenon in psychoanalysis an supervision: Ist reconsideration as a triadic system, in: Psychoanalytic Quarterly, 49, S. 234 - 255
- GEILENKOTHEN, Judith (2005) Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung von Social Support und Selbstwirksamkeitserwartung für die psychische Gesundheit bei Führungskräften. Berlin: Logos-Verlag
- GOFFMAN, Erving (1977) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Edition Suhrkamp
- GOLDBERGER, Leo, BREZNITZ, Shlomo (Eds.) (1982) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press
- GOTTFRIED, Kurt, PETITJEAN, Sylvie, PETZOLD, Hilarion (2003) Supervision in der Psychiatrie. Eine Multicenterstudie (Schweiz), in: PETZOLD, Hilarion G., SCHIGL, Brigitte, FISCHER, Martin, HÖFNER, Claudia (2003) Supervision auf dem Prüfstand. Opladen: Leske und Budrich, S. 299 – 334
- GOTTHARD-LORENZ, Angela (1997) Organisationssupervision im Krankenhaus, in: Psycho-sozial 70, S. 25 – 32
- GOTTHARDT-LORENZ, Angela (1999) Supervision als Methode – eine Skizze, in: PÜHL, Harald (2000) Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich, S. 55 -69
- GOTTHARD-LORENZ, Angela, WALTHER, Ingrid (1998) Berufs- und Arbeitsfeldorientierung - Der Blickwinkel, der Supervision zur Supervision macht, in: HAUSEGGER, Trude, TATSCHL, Siegfried, WALTHER, Ingrid (Hrsg.) (1998) Supervision – den beruflichen Alltag professionell reflektieren. Innsbruck: Studienverlag, S. 11 - 22
- GRABBE, Yvonne, NOLTING, Hans Dieter, LOOS, Stefan (2005) DAK - BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg: DAK BGW
- GRABBE, Yvonne, NOLTING, Hans Dieter, LOOS, Stefan, KRÄMER, Katrin (2006) DAK – BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: DAK BGW
- GRABHORN, Ralph, STIRN, Aglaja (2002) Können Teamsupervisionen mit der ZBKT-Methode untersucht werden?, in: BUCHHOLZ, Michael, HARTMANN, Armin (2002)

Supervision im Focus: polyzentrische Analysen einer Supervision. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 43 - 64

- GRAY, A., FISCALINI, I. (1987) Parallel Process as a transference, in: Psychoanalytic Psychology, 4/2, S. 131 - 144
- GREBEN, Stanley, RUSKIN Ronald (1994) Clinical Perspectives of Psychotherapy Supervision. Washington, London: American Psychiatric Press Inc.
- GREBEN, Stanley E., RUSKIN, Ronald (1994) Significant Aspects of the Supervisor-Supervisee Relationship and Interaction, in: GREBEN, Stanley, RUSKIN Ronald (1994) Clinical Perspectives of Psychotherapy Supervision. Washington, London: American Psychiatric Press Inc., S. 1 - 10
- GÜSE, Hans-Georg, SCHMACKE, Norbert (1976) Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, 2 Bände. Kronberg: Athenäum-Verlag
- GUSY, Bernhard (1995) Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout – Eine Kausalanalyse. München: Profil Verlag
- HACKER, Winfried (Hrsg.) (1997) Einfluss der Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer auf die psychischen Anforderungen, die Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals. Dresden: Technische Universität Dresden
- HACKER, Winfried, REINHOLD, Stefan (1998) Beanspruchungsanalysen bei Pflegetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 52, S. 7 - 14
- HANSEN, James, ROBINS, Terri H., GRIMES, John (1982) Review of Research on Practicum Supervision, in: Counselor Education and Supervision, 1982, S. 15 - 24
- HARRISON, R.v. (1978) Person-Environment Fit and Job Stress, in: COOPER, Cary. L., PAYNE, R. (Hrsg) (1978) Stress at work. Chichester: Wiley S. 175 – 205
- HAUBL, Rolf (2007) Supervisionsforschung zwischen Praxis und Verwissenschaftlichung. Programmkritische Überlegungen. Tagungsbeitrag vom 22./23.09.2006. Frankfurt/Main: Sigmund-Freud-Institut
- HAUSEGGER, Trude, TATSCHL, Siegfried, WALTHER, Ingrid (Hrsg.) (1998) Supervision – den beruflichen Alltag professionell reflektieren. Innsbruck: Studienverlag
- HAUSINGER, Brigitte (2003) Ökonomie und Arbeit: der Kontext von Supervision. Kassel: http://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-663/1/dis2729_04.pdf
- HEFFELS, Leon., PETZOLD, Hilarion. G. (2006): Zur Weiterbildungsfunktion der Supervision am Beispiel der Supervision für Lehrer. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - /2006
- HELTZEL, Rudolf (1997) Die Bedeutung von Feldkompetenz für die Beratung und Supervision in der Psychiatrie, in: Psychosozial, 70, S. 57 – 69

- HELTZEL, Rudolf (1998) Zur Supervision der stationären Therapie schizophrener Patienten, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 156 - 170
- HELTZEL, Rudolf (2000) Entwicklungsbegleitung in psychiatrischen Organisationen, in: PÜHL, Harald (2000) Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich, S. 332 – 358
- HENNCH, Christoph WERNER, Andreas, BERGMANN, Günther (Hrsg.) (1998) Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext. Frankfurt a.M.: VAS
- HEPPNER, Paul, HANDLER, Patrick (1982) The Relationship Between Supervisory Behaviors and Perceived Supervisor Expertness, Attractiveness, or Trustworthiness, in: Counselor Education and Supervision, 1982, S. 37 - 46
- HERRMANN, Bärbel (1997) Es könnte auch anders sein! Stuttgart, Berlin: Diakonische Akademie
- HERSCHBACH, Peter (1991) Psychische Belastungen von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: Ed. Medizin VCH
- HOLLOWAY, Elisabeth (1995) Clinical Supervision: a systems approach. Thousand Oaks: Sage Publications
- HOLLOWAY, Elizabeth (1998) Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz. Paderborn: Junfermann
- HOLLOWAY, Elisabeth, FREUND, RD, GARDBER, S.L., NELSON, M.L., WALKER, B.E. (1989) Relation of Power and Involvement to Theoretical Orientation in Supervision: An Analysis of Discourse, in: Journal of Counseling Psychology 36/1, S. 88 - 102
- HOLMES, T.H., RAHE, R.H. (1967) The Social Readjustment Scale, in: Journal of Psychosomatic Research, 11, S. 213 – 218
- HOUSE, J.S. (1981) Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley
- HOWARD, K.I., LUEGER, R.J., Mailing, M.S., MARTINOVICH, Z. (1992) A phasy theory of psychotherapies, in: Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley
- HOYOS, Carl, FREY, Dieter (Hrsg.) (1999) Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz
- JACOBSON, N. S., TRUAX, P. (1991) Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change, in Psychotherapy research, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, S. 12-19
- JACOBY, Russell (1978) Soziale Amnesie. Eine Kritik der konformistischen Psychologie von Adler bis Laing. Frankfurt: Suhrkamp

- JERVIS, Giovanni (1980) Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Syndikat
- JUGERT, Gert (1998) Zur Effektivität pädagogischer Supervision. Eine Evaluationsstudie schulinterner Gruppensupervision mit Lehrern. Frankfurt a.M.: Peter Lang
- KAHN, R. (1978) Konflikt, Ambiguität und Überforderung. Drei Elemente des Stress am Arbeitsplatz, in: FRESE, Michal, GREIF, Siegfried, SEMMER, Norbert (Hrsg.) (1978) Industrielle Psychopathologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 18 - 83
- KNAUS, Karl-Josef, PETZOLD, Hilarion, MÜLLER, Lotti (2005) Supervision in der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie, in: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift 5/2005, S. 1 – 30
- KOBASA, Suzanne C. (1979) Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness, in: Journal of Personality and Social Psychology, 37/1, S. 1 - 11
- KOBASA, Suzanne C., PUC CETTI, M.C. (1983) Personality and social resources in stress resistance, in: Journal of Personality and social Psychology, 45, S. 839 - 850
- KÜHL, Wolfgang, PASTÄNIGER-BEHNKEN, Claudia (1998) Supervision in Thüringen, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 130 - 147
- KÜHL, Wolfgang, PASTÄNIGER-BEHNKEN, Claudia (1999a) Supervision in Thüringen (1) – Eine erste Bestandsaufnahme im Bereich der Sozialen Arbeit, in: KÜHL, Wolfgang, SCHINDEWOLF, Regina (Hrsg.) (1999) Supervision und das Ende der Wende. Professionelle Kompetenzentwicklung in den neuen Bundesländern. Opladen: Leske und Budrich, S. 81 – 92
- KÜHL, Wolfgang, PASTÄNIGER-BEHNKEN, Claudia (1999a) Supervision in Thüringen (2) – Eine erste Bestandsaufnahme im Bereich der Sozialen Arbeit, in: KÜHL, Wolfgang, SCHINDEWOLF, Regina (Hrsg.) (1999) Supervision und das Ende der Wende. Professionelle Kompetenzentwicklung in den neuen Bundesländern. Opladen: Leske und Budrich, S. 161 - 187
- KÜHL, Wolfgang, SCHINDEWOLF, Regina (Hrsg.) (1999) Supervision und das Ende der Wende. Professionelle Kompetenzentwicklung in den neuen Bundesländern. Opladen: Leske und Budrich
- LAING, Ronald D. (1976) Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Hamburg: Rowohlt
- LAING, Ronald D. (1974) Die Politik der Familie. Hamburg: Rowohlt
- LAMBERT, Michael J., OGGLES, Benjamin M. (1997) The effectiveness of psychotherapy supervision, in: WATKINS, Edward (1997) Handbook of Psychotherapy Supervision. New-York: John Wiley & Sons. Inc., S. 421 – 446)
- LAZARUS, Richard S. (1966) Psychological Stress and the coping process. New York: McGraw-Hill

- LAZARUS, Richard S., FOLKMAN, S. (1989) Hassels and Uplift Scales. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- LAZARUS, Richard S., LAUNIER, R. (1978) Stress related transactions between person and environment, in: PERVIN, L.A., LEWIS, M. (Hrsg.) (1978) Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum S. 287 - 327
- LEDERMAN, S. (1982) A contribution to the theory and practice of supervision, in Psychoanalytic Review, 69, S. 432 - 434
- LEVINE, S., URSIN, H.(Hrsg.) (1989): Coping and health. New York: Plenum Press
- LEVI, Lennart (1981) Preventing work stress. Reading: Adison-Wesley
- LEWIN, Kurt (1964) A dynamic theory of personality (Neudruck der Ausgabe 1935). New York: McGraw-Hill
- LIENERT, Gustav A. (1998) Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz
- MAURER, Peter (1998) Supervision pastoraler Berufe in der Erzdiözese Wien – Geschichte, Erfahrungen und Auswirkungen einer berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahme für (hauptamtliche) Seelsorger/innen. Wien: www.ressourcen.at
- MAURER, Peter (2001) Impulse für die Schulentwicklung durch Supervision und Coaching – Chancen, Voraussetzungen, Erfahrungsberichte. Wien: www.petermaurer.at
- McGRATH, Joseph (Hrsg.) (1970) Social and psychological factors in stress. New York: Holt, Rinehart & Winston
- McGRATH, Joseph (1981) Stress und Verhalten in Organisationen, in: NITSCH, Jürgen R. Hrsg. (1981) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 441 - 499
- McHALE, Ed, CARR, Alan (1998) The Effect of Supervisor and Trainee Therapist Gender an Supervision Discourse, in: Journal of Family Therapy 20, S. 395 - 411
- McNEILL, B., STOLTENBERG, C.D., PIERCE, R.A. (1985) Supervisees Perception of their Development: A Test of the Counselor Complexity Model, in: Journal of Counseling Psychology, 32, S. 630 - 633
- MÖLLER, Heidi (1998) Supervision in forensischen Psychiatrien, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 211 - 224
- MÖLLER, Heidi (1998) Selbstkonfrontationsinterviews bei Experten der Supervision, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 196 – 215
- MÖLLER, Heidi (1998) Schamerleben in Supervisionsprozessen, in: Gruppendynamik 29/4, S. 403 - 419
- MÖLLER, Heidi (2001) Was ist gute Supervision? Stuttgart: Klett-Cotta

- MÖLLER, Heidi, MÄRTENS, Michael (2000) Evaluation von Supervision wohin?, in: PÜHL, Harald (2000) Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich, S. 104-122
- MOELTNER, Hannah Magdalena (2005) Belastungen und externale Ressourcen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Bochum: Ruhruniversität Fakultät für Psychologie
- MOSCOVICI, Serge (1984): The phenomenon of social representations, in: FARR, Robert, MOSCOVICI, Serge (1984) Social representations. Cambridge: Cambridge University Press
- MOTHERSOLE, Geoff (1999) Parallel Process: A Review, in: The clinical supervisor 18/2 S. 107 - 121
- MÜLLER, Gabi, SCHRAMM, Karen (1998) Subjektive Theorien von Supervisoren unterschiedlicher Richtungen. Diplomarbeit. Berlin: Fachbereich Psychologie der Technischen Universität Berlin
- MÜLLER, Lotti, PETZOLD, Hilarion, SCHREITER-GASSER, Ursula (2005) Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz, in: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration 1-2/31, S. 181 - 214
- MÜNCH, Karsten (1997) Interne Supervision in der Psychiatrischen Klinik, in: Psychosozial, 70, S. 47 - 56
- MUMMENDEY, Hans Dieter (1995) Die Fragebogenmethode. Göttingen: Hogrefe
- NETTER, Petra, HENNIG, Jürgen (2002) Stress, biopsychologische Perspektive, in: SCHWARZER, Ralf, JERUSALEM, Matthias, WEBER, Hannelore (Hrsg.) (2002) Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe, S. 569 – 573
- NEUSCHÄFER, Knut (2004) Supervisorinnen und Supervisoren in der Schule. Organisationsinterne Supervision der Schulabteilung der Bezirksregierung Münster, in: Supervision, 23, S. 70 - 84
- NIEHAUS, Mathilde ((2005) Modelle der Evaluationsforschung von sonderpädagogischen Praxisprojekten. Ein Beitrag zur Diskussion um Standards in der Aus- und Weiterbildung, in: Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 74, S. 1 – 14
- NITSCH, Jürgen R. Hrsg. (1981) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- NOLTING, Hans Dieter, BERGER, Judith, NIEMANN, Désirée, SCHIFFHORST, Guido, GENZ, Hartmut O., KORDT, Martin (2001) Stress-Monitoring 2001. Überblick über die Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Hamburg: BGW – DAK

- NOLTING, Hans Dieter, BERGER, Judith, FÜTTERER, Bärbel, SCHIFFORST, Guido (2000) DAK BGW Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik. Hamburg: BGW – DAK
- OBERHOFF, Bernd (1998) Übertragungsanalyse in der Supervision. Ein Konzept, in: Freie Assoziation 1/2, S. 58 - 80
- OEFFNER, Scarlett (2005) Supervision – Ein Instrument zur berufsbezogenen Kompetenzerweiterung. Eine Evaluationsstudie in einer Non-Profit-Organisation. Frankfurt a.M.: Universität Frankfurt a.M.
- PABST, Stefan (2000) Rahmenbedingungen und Trends in der Bundesrepublik Deutschland: Die Veränderung gesetzlicher Grundlagen für die Erbringung sozialer Dienstleistungen, in: BOESSENECKER, Karl-Heinz, TRUBE, Achim, WOHLFAHRT, Norbert (Hrsg.) (2000) Privatisierung im Sozialsektor: Rahmenbedingungen, Verlaufsformen und Probleme der Ausgliederung sozialer Dienste. Münster: Votum, S. 64 – 79
- PERVIN, L.A., LEWIS, M. (Hrsg.) (1978) Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum
- PETZOLD, Christa, PETZOLD, Hilarion G. (1998) Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 240 - 258
- PETZOLD, Hilarion G. (1997k) Differentielle Teamarbeit, Teamformate und Teamprozeßqualität – Konzepte zur Optimierung aus integrativer Sicht, in: PETZOLD, Hilarion G. (1998) Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann, S. 433 - 453
- PETZOLD, Hilarion G. (1998) Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann
- PETZOLD, Hilarion G. (2005e) Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer „Profession“ – Begriffliche Mythen und einige Fakten zu Herkunft und Hintergrund des Wortes „Supervision“ aus Integrativer Perspektive, in: SUPERVISION Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift, 01/2005, S. 1 - 12
- PETZOLD, Hilarion G., ORTH, Ilse, SIEPER, Johanna, TELSEMEYER, Petra (2003) Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, SUPERVISION Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift, 05/2003
- PETZOLD, Hilarion G., PETZOLD-RODRIGUEZ, Francisca (1998) Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem, in: PETZOLD, Hilarion G.: Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann, S. 191 - 211

- PETZOLD, Hilarion G., SCHAY, Peter, EBERT, Wolfgang (2003) Integrative Suchttherapie. Opladen, Düsseldorf: Leske und Budrich
- PETZOLD, Hilarion G., SCHIGL, Brigitte, FISCHER, Martin, HÖFNER, Claudia (2003) Supervision auf dem Prüfstand. Opladen: Leske und Budrich
- PRÜMPER, Jochen, HARTMANNSSGRUBER, Klaus, FRESE, Michael (1995) KFZA – Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 39 (3), S. 125-132
- PÜHL, Harald (1997) Fallen und Dreiecke im Dschungel institutioneller Supervision, in: Psychosozial, 70, S. 33 – 40
- PÜHL, Harald (2000) Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich
- RABELT, Vera (2005) Zur Bedeutung von Supervision in transdisziplinären (Forschungs)Netzwerken, in: BeNN – Wissenschaftliche Begleitforschung, Moderation und Coaching regionaler Netze auf dem Gebiet neuer Nutzungsstrategien. Abschlussbericht. Zur Bedeutung von Supervision in Netzwerken, S. 121 - 132
- RAICHELSON, S.H., HERRON, W.G., PRIMAVERA, L.H., RAMIREZ, S.M. (1997) Incidence and Effects of Parallel Process in Psychotherapy Supervision, in: The Clinical Supervisor, 15/2, S. 37 - 58
- RAPPE-GIESECKE, Kornelia (1990) Theorie und Praxis der Gruppen- und Teamsupervision. Berlin: Springer Verlag
- RAPPE-GIESECKE, Kornelia, GIESECKE, Michael (1997) Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung - Die Integration von Selbsterfahrung und distanzierter Beobachtung in Beratung und Wissenschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag (STW))
- RAVE-SCHWANK, Maria (1997) Supervision in der psychiatrischen Klinik, in: Psychosozial, 70, S. 11 – 14
- REEVES, Don, CULBRETH, John, GREENE, Al (1997) Effects of sex, age and education level on the supervisory style of substance abuse counselor supervisors, in: Journal of alcohol and drug education 43/1, S. 76 - 86
- REICH, A. (1973) Psychoanalytic Contributions. New York: International Universities Press
- REICHEL, Auguste (2005) Wirkung von Supervision im Umgang mit Aggressionen im Kindergarten. Krems: Donauuniversität Krems
- REISING, G.N., DANIELS, M.H. (1983) A Study of Hogan's model of counselor development an supervision, in: Journal of Counseling Psychology, 30, S. 235 - 244
- RICHTER, Gabriele, HACKER, Winfried (1998) Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger

- RICHTER, Gabriele (2006) Gesundheitsförderung und Reduzierung psychischer und physischer Belastungen für Gesundheitsberufe. Beitrag zum Weltgesundheitstag. Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- RILEY, V. (1981) Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia, in: Science, 212, S. 1100 - 1109
- RITSCHER, Wolf (1998) Systemisch-psychodramatische Supervision in der psychosozialen Arbeit. Theoretische Grundlagen und ihre Anwendung. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz
- RÖCHER, Friedeborg (2006) Supervision in interkulturell zusammengesetzten Gruppen, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 37. Jahrgang Heft 1, S. 61 - 66
- ROST, Wolf-Detlef (1988) Als Supervisor in einer Fachklinik – Ein Erfahrungsbericht, in: Supervision 1988/14, S. 50 - 60
- ROTHBAUM, F.M., WEISZ, J.R., SNYDER, S.S. (1982) Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control, in: Journal of Personality and Social Psychology, 42, S. 5 - 37
- ROTTER, Julian B. (1973) Social learning and clinical psychology. Englewood cliffs, New York: Prentice-Hall
- SARASON, I.G., SARASON, B.R., PIERCE, G.R. (Eds.) Social support: An interactional view. New York: Wiley
- SAUER, Joachim, SCHIERL, Jasmine (2002) Wirkfaktoren und Effektivität von Supervision bei verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus, in: Psychologische Medizin 13, 4, S. 8 - 17
- SCHAARSCHMIDT, Uwe, AROLD, Helga, KIESCHKE, Ulf (1993) Die Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte, in: SCHEUNPFLUG, Annette. (Hrsg.) (1993) Schulleitung im gesellschaftlichen Umbruch, München: Oldenburg Schulbuchverlag, S. 62 - 73
- SCHACHTER, S. (1962) Cognitive, social and physiological determinants of emotional state, in: Psychological Review, 69, S. 379 - 407
- SCHAY, Peter, DREGGER, B., SIEGELE, Frank, PETZOLD, Hilarion G. (2002) Die Wirksamkeit von Supervision für den Klienten – eine empirische Erkundung im Bereich der Drogentherapie, in: PETZOLD, Hilarion G., SCHAY, Peter, EBERT, Wolfgang (2003) Integrative Suchttherapie. Opladen, Düsseldorf: Leske und Budrich
- SCHEIER, M. F., CARVER, C. S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update, in: Cognitive Therapy and Research, 16, S. 201 - 228.
- SCHEUNPFLUG, Annette (Hrsg.) (1993) Schulleitung im gesellschaftlichen Umbruch, München: Oldenburg Schulbuchverlag

- SCHIGL, Brigitte, PETZOLG, Hilarion G. (1997) Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich – ein begleitendes Forschungsprojekt, in: Integrative Therapie 1997/1-2, S. 85 - 145
- SCHNEIDER, Klaus, MÜLLER, Andreas (1998) Supervisionsevaluationsinventar. Entwicklung und Anwendung, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 90 – 98
- SCHREYÖGG, Astrid (1991) Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie & Praxis. Paderborn: Junfermann
- SCHREYÖGG, Astrid (1994) Supervision – Didaktik & Evaluation. Integrative Supervision in der Praxis. Paderborn: Junfermann
- SCHWARZER, Ralf (2000) Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- SCHWARZER, Ralf, JERUSALEM, Matthias, WEBER, Hannelore (Hrsg.) (2002) Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe
- SEARLES, H.F. (1955) The informational value of the supervisor's emotional experience, in: Collected papers on schizophrenia and related subjects. London: Hogarth Press, S. 135 - 146
- SELLS, James e.a. (1997) Relationship of Supervisor and Trainee Gender to In-Session Verbal Behavior and Ratings of Trainee Skills, in: Journal of counseling Psychology 44/4, S. 406 - 412
- SELYE, Hans (1950) The physiology and pathology of exposure to stress - a treatise based on the concepts of the general-adaption-syndrome and the diseases of adaption. Montreal: Acta
- SHANFIELD, Stephen B., MATTHEWS, Kenneth L., HETHERLY, Vroni (1993) What do excellent psychotherapy Supervisors do?, in: The American journal of psychiatry, 7, S. 1081 - 1084
- SHUMAKER, S.A., BROWNELL, A. (1984) Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps, in: Journal of Social Issues, 40, S. 11 - 36
- SIPOS, Valerija (2001) Effekte von Supervision auf Therapieprozess und Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa: ein Beitrag zur Supervisionsforschung. URN: urn:nbn:de:bvb: 473-opus-176. URL: <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2005/17>
- SONNTAG, Karl Heinz (Hrsg.) Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien. Göttingen: Hogrefe,
- STADLER, Peter, SPIESS, Erika (2003) Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

- STRAUSS, Bernhard (1998) Evaluation in der stationären Psychotherapie. Expertentagung: Wirksamkeitskriterien in der Psychotherapie. Köln am 7.5.1998
- STROBEL-SEILER, Susanne (2005) Zur Relevanz von Supervision für die Berufszufriedenheit von Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Konstanz: Universität Konstanz
- STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus (2002) Gesundheitspsychologie – Eine sozialpsychologische Perspektive, in: STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus, HEWSTONE, Miles (Hrsg.) (2002) Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, S. 579 - 621
- STROEBE, Wolfgang, JONAS, Klaus, HEWSTONE, Miles (Hrsg.) (2002) Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- STUFFLEBEAM, D. L., FOLEY, W. J., GEPHART, W. J., HAMMOND, L. R., MERRIMAN, H. O., & PROVUS, M. M. (1971). Educational evaluation and decision-making in education., Itasca, IL: Peacock
- SZASZ, Thomas S. (1982) Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Fischer
- TEITELBAUM, Stanley (1998) The Impact of Supervisory style, in: Psychoanalysis and Psychotherapy 15/1, S. 115 - 129. US: International Universities Press
- THIERAU, Heike (1991) Analyse und empirische Überprüfung wissenschaftlicher Evaluationskonzepte in der betrieblichen Weiterbildung. Bonn: Psych. Dissertation Universität Bonn
- TOLMAN, Edward Ch. (1959) Purposive Behavior in Animals and Men. The Columbia Encyclopaedia, Sixth Edition
- TRAPP, Wolfgang (1999) Mediator- und Moderatoreffekte im Zusammenwirken von Streß, Gesundheit und Ressourcen. Aachen: Shaker Verlag
- TRUBE, Achim, WOHLFAHRT, Norbert (2000) Zur theoretischen Einordnung: Von der Bürokratie zur Merkatokratie? System- und Steuerungsprobleme eines ökonomisierten Sozialsektors, in: BOESSENECKER, Karl-Heinz, TRUBE, Achim, WOHLFAHRT, Norbert (Hrsg.) (2000) Privatisierung im Sozialsektor: Rahmenbedingungen, Verlaufsformen und Probleme der Ausgliederung sozialer Dienste. Münster: Votum, S. 18 – 38
- TURKKAN, J.S., BRADY, J.V., HARRIS, A.H. (1982) Animal studies of stressful interactions: A behavioral-physiological overview, in: GOLDBERGER, Leo, BREZNITZ, Shlomo (eds.) (1982) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press
- ULICH, Eberhard (2001). Arbeitspsychologie. Stuttgart: Poeschel
- UDRIS, Ivars (1981) Stress in arbeitspsychologischer Sicht, in: NITSCH, Jürgen R. Hrsg. (1981) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 391 - 440

- UDRIS, Ivars, FRESE, Michael. (1999) Belastung und Beanspruchung, in: HOYOS, Carl, FREY, Dieter (Hrsg.) (1999) Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz, S. 429 - 445
- UDRIS, Ivars, RIMANN, Martin, THALMANN, Karin (1994) Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen, in: BERGMANN, Bärbel, RICHTER, Peter (Hrsg.) (1994) Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie. Göttingen: Hogrefe, S. 198 – 215
- VAERNES, R.J., MYHRE, G., AAS, H., HOMNES, T., HANSEN, I., TONDER, O. (1991) Relationships between stress, psychological factors, health and immune levels among military aviators, in: Work & Stress, 5, S. 5 - 16
- VAN KESSEL, Louis (1998) Theorie und Praxeologie des Lernens in der Supervision aus niederländischer Sicht – Einige Bausteine, in: BERKER, Peter, BUER, Ferdinand (1998) Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 46 - 68
- WATKINS, Edward (1997) Handbook of Psychotherapy Supervision. New-York: John Wiley & Sons. Inc.
- WEIGAND, Wolfgang (1997) Zur Korrespondenz zwischen Supervision und Organisationsentwicklung, in: Psychosozial, 70, S. 15 - 24
- WELLENDORF, Franz (1997) Einige Gedanken zum Konzept der Institutionsanalyse, in: Psychosozial, 70, S. 41 – 46
- WERNADO, Mario (1998) Zur Supervision der stationären Therapie von Suchtpatienten, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 204 – 210
- WERNER, Andreas, HENNCH, Christoph (1998) Evaluation von Stationsteam-supervision in der inneren Medizin, in: HENNCH, Christoph, WERNER, Andreas, BERGMANN, Günther (Hrsg.) (1998) Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinik-kontext. Frankfurt a.M.: VAS, S. 125 - 139
- WIELAND-ECKELMANN, Rainer (1992) Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung. Göttingen: Hogrefe
- WITTICH, Andrea (2004) Supervision in der Krankenpflege. Formative Evaluation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Universität Freiburg <http://www.freidok.ub.uni-freiburg.de/volltexte/1368/>.
- WOLFERSDORF, Manfred, GRÜNEWALD, Iris (1998) Supervision in Teams mit depressiven Patienten, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 171 - 179
- ZAEPFEL, Helmut, METZMACHER, Bruno (1998) Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: ECK, Dietrich (Hrsg.) (1998) Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 225 - 239

ZAJONK, Robert B. (1989) Styles of explanation in social psychology, in: European Journal of Social Psychology, 19, S. 345 - 368

ZEGANS, Leonard S. (1982) Stress and the Development of Somatic Disorders, in: GOLDBERGER, Leo, BREZNITZ, Shlomo (Eds.) (1982) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press

ZERSSEN, Detlef. von (1976) Die Beschwerden-Liste. Manual. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft

10. Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Effektebenen von Supervision | 29 |
| Abbildung 2: Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis | 70 |
| Abbildung 3: Supervisionsrelevante Faktoren | 71 |
| Abbildung 4: HHN-Achse mit Rückkoppelungssystemen nach SCHWARZER e.a. 2002 | 81 |
| Abbildung 5: Allgemeines Anpassungssyndrom nach SELYE | 82 |
| Abbildung 6: Transaktionales Stressmodell aus: SCHWARZER 2000, S. 16 | 84 |
| Abbildung 7: Klassen von Bewältigungsprozessen nach LAZARUS und LAUNIER 1978 | 84 |
| Abbildung 8: Lebensraumkonzept nach LEWIN (aus: PETZOLD 1992 a, S. 607) | 86 |
| Abbildung 9: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (nach SCHWARZER 1996, S. 93) | 88 |
| Abbildung 10: Vermutete Effekte von sozialer Unterstützung auf das Wohlergehen und die Gesundheit (nach STADLER & SPIESS 2003, S. 108) | 90 |
| Abbildung 11: Vereinfachtes Prozessmodell zum Aufbau der Kontrollmeinung durch Verarbeitung von Ereignissen (aus FLAMMER, 1990, S. 221) | 92 |
| Abbildung 12: Ressourcen und Selbstmodell | 92 |
| Abbildung 13: Theorie des geplanten Verhaltens (AJZEN, MADDEN 1986) | 94 |
| Abbildung 14: Die zwei Pfade der Beziehung Gefahr - Schädigung (aus COX 2005, S. 62) | 97 |
| Abbildung 15: Ansatzpunkte der Stressbewältigung und Prävention nach BATTMANN & SCHÖNPFLUG (1999) | 98 |
| Abbildung 16: Durchschnittlicher Wert auf der Beschwerdeskala in Abhängigkeit von organisationsbedingter Belastung, Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung (aus: NOLTING e.a. 2005, S. 77) | 110 |
| Abbildung 17: Modell der Untersuchung | 122 |
| Abbildung 18: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 3 - 4 | 124 |
| Abbildung 19: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 5 - 6 | 126 |
| Abbildung 20: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 7 - 8 | 127 |
| Abbildung 21: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 9 - 10 | 128 |
| Abbildung 22: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 11 | 129 |
| Abbildung 23: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 12 | 130 |
| Abbildung 24: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 13 - 14 | 130 |
| Abbildung 25: Erwartetes Ergebnismuster Hypothesen 15 - 16 | 131 |
| Abbildung 26: Untersuchungsdesign | 133 |
| Abbildung 27: Scree-Plot Eigenwerte der wahrgenommene Ressourcen | 138 |
| Abbildung 28: Scree-Plot Eigenwerte wahrgenommene Nutzbarkeit von Ressourcen | 139 |
| Abbildung 29: Veränderungen Professionelle Ressourcen | 227 |
| Abbildung 30: Veränderungen Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | 227 |
| Abbildung 31: Veränderungen Soziale Ressourcen | 227 |
| Abbildung 32: Veränderungen Nutzbarkeit soziale Ressourcen | 227 |
| Abbildung 33: Veränderungen Materielle Ressourcen | 227 |
| Abbildung 34: Veränderungen Nutzbarkeit materielle Ressourcen | 227 |
| Abbildung 35: Veränderungen Fortbildungsmöglichkeiten | 229 |
| Abbildung 36: Veränderungen Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten | 229 |
| Abbildung 37: Veränderungen Feldkompetenz | 231 |
| Abbildung 38: Veränderungen Nutzbarkeit Feldkompetenz | 231 |
| Abbildung 39: Veränderungen Berufliche Fertigkeiten | 231 |
| Abbildung 40: Veränderungen Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten | 231 |
| Abbildung 41: Veränderungen Einfühlungsvermögen | 231 |
| Abbildung 42: Veränderung Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen | 231 |
| Abbildung 43: Veränderungen Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesetzte | 232 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 44: Veränderungen Handlungsspielraum | 235 |
| Abbildung 45: Veränderungen Vielseitigkeit | 235 |
| Abbildung 46: Veränderungen Ganzheitlichkeit | 235 |
| Abbildung 47: Veränderungen soziale Rückendeckung | 235 |
| Abbildung 48: Veränderungen Zusammenarbeit | 235 |
| Abbildung 49: Veränderungen qualitative Anforderungen | 235 |
| Abbildung 50: Veränderungen quantitative Anforderungen | 236 |
| Abbildung 51: Veränderungen Arbeitsunterbrechungen | 236 |
| Abbildung 52: Veränderungen Umgebungsbedingungen | 236 |
| Abbildung 53: Veränderungen Information Mitarbeiter | 236 |
| Abbildung 54: Veränderungen betriebliche Leistungen | 236 |
| Abbildung 55: Einzelitems mit signifikantem Mittelwertsunterschied und signifikanter Korrelation | 243 |
| Abbildung 56: Modell der Untersuchung | 271 |

11. Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1: US-amerikanische und deutschsprachige Supervisionsauffassung (PETZOLD e.a. 2003) | 11 |
| Tabelle 2: Supervisionsformen | 19 |
| Tabelle 3: Supervisionsnutzen (BRÜHLMANN-JECKLIN 2005, S. 74) | 38 |
| Tabelle 4: Supervisionsnutzen (MÜLLER e.a. 2005, S. 198) | 41 |
| Tabelle 5: Qualitative Analyse unerwünschter Wirkungen, negativer Wirkungen und Schädigungen durch Supervision in den letzten 6 Monaten (n=60) (GOTTFRIED e.a. S. 320) | 46 |
| Tabelle 6: Supervisionsrisiken für SupervisandenInnen (nach MÜLLER e.a. 2005, S. 201) | 47 |
| Tabelle 7: Supervisionsrisiken für PatientenInnen (nach MÜLLER e.a. 2005, S. 201) | 47 |
| Tabelle 8: Risiken und Nebenwirkungen von Supervision für Befragte (nach BRÜHLMANN-JECKLIN 2005, S. 82) | 48 |
| Tabelle 9: Einrichtungen eines Standardversorgungsgebietes | 69 |
| Tabelle 10: Erwartungen an die Supervision (nach GOTTFRIED e.a. 2003, S. 323) | 77 |
| Tabelle 11: Ressourcenfaktoren getrennt nach Verbesserung und verbesserter Nutzbarkeit (nach EICHERT 2005, S. 296) | 78 |
| Tabelle 12: Begriffliche Differenzierung von sozialem Rückhalt (nach SCHWARZER 2000, S. 54) | 89 |
| Tabelle 13: KFZA-Mittelwerte nach (NOLTING e.a. 2001) | 100 |
| Tabelle 14: Mittelwerte Belastungsskalen (vgl. WITTICH 2004, S. 109 ff.) | 103 |
| Tabelle 15: KFZA-Mittelwerte nach EICHERT (2005) | 103 |
| Tabelle 16: Beispiele für innere und äußere Ressourcen (aus RICHTER 2006, S. 4) | 105 |
| Tabelle 17: SMQ nach NOLTING e.a. (2001, S. 18 ff.) | 109 |
| Tabelle 18: Unfallzahlen nach NOLTING e.a. (2001, S. 26 ff.) | 109 |
| Tabelle 19: Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand nach EICHERT (2005) | 111 |
| Tabelle 20: Ermittlung der Stichprobengröße für Varianzanalyse mit Messwiederholung | 135 |
| Tabelle 21: Ermittlung der Stichprobengröße für Varianzanalyse ohne Messwiederholung | 135 |
| Tabelle 22: Inhalte der Fragebögen | 136 |
| Tabelle 23: Komponentenmatrix zur FA der Items zu den wahrgenommenen Ressourcen (rotiert) | 139 |
| Tabelle 24: Komponentenmatrix zur FA der Items zur wahrgenommenen Nutzbarkeit von Ressourcen (rotiert) | 140 |
| Tabelle 25: Hypothesen und Untersuchungsmethodik | 145 |
| Tabelle 26: Zeitplanung des Projekts | 146 |
| Tabelle 27: Zeitlicher Verlauf des Projekts | 148 |
| Tabelle 28: Fragebogenrücklauf | 151 |
| Tabelle 29: Differenzierte Untersuchungsgruppen | 152 |
| Tabelle 30: Geschlecht | 153 |
| Tabelle 31: Alter | 154 |
| Tabelle 32: Beruf | 154 |
| Tabelle 33: Partnerschaft | 154 |
| Tabelle 34: Anzahl der Kinder | 155 |
| Tabelle 35: Alleinerziehend | 155 |
| Tabelle 36: Schulabschluss | 155 |
| Tabelle 37: Berufsausbildung | 155 |
| Tabelle 38: Teilnahmegruppe und Beruf | 157 |
| Tabelle 39: Anzahl der MitarbeiterInnen | 158 |
| Tabelle 40: Arbeitsbereiche | 159 |
| Tabelle 41: Dauer der Mitarbeit, Arbeitszeit, Teamgröße | 159 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 42: Position | 159 |
| Tabelle 43: Dauer der Mitarbeit, Arbeitszeit Teamgröße im Einrichtungsvergleich | 160 |
| Tabelle 44: Teilnahmegruppen und Arbeitsbereich | 161 |
| Tabelle 45: Supervisionsteilnahme | 162 |
| Tabelle 46: Anzahl der Sitzungen (Mittelwert) | 162 |
| Tabelle 47: Sitzungsdauer | 162 |
| Tabelle 48: Sitzungsfrequenz | 163 |
| Tabelle 49: Dauer des Supervisionsprozesses | 163 |
| Tabelle 50: Initiative zur Supervision | 163 |
| Tabelle 51: Supervisionsform | 164 |
| Tabelle 52: Auswahl SupervisorIn | 164 |
| Tabelle 53: Grundberuf SupervisorIn | 164 |
| Tabelle 54: SupervisorenInneneigenschaften | 165 |
| Tabelle 55: Supervisionsthemen | 165 |
| Tabelle 56: Supervisionszufriedenheit, Verbesserung der Arbeitssituation | 166 |
| Tabelle 57: Teilnahme an Fortbildungen | 166 |
| Tabelle 58: Fortbildungsstunden | 166 |
| Tabelle 59: Fortbildungsziel | 167 |
| Tabelle 60: ANOVA Kliniken und SupervisorenInneneigenschaften | 168 |
| Tabelle 61: ANOVA Kliniken und Supervisionsthemen | 169 |
| Tabelle 62: ANOVA Kliniken und Supervisionszufriedenheit / Verbesserung der Arbeitssituation | 169 |
| Tabelle 63: ANOVA Teilnahmegruppen und SupervisorenInneneigenschaften | 171 |
| Tabelle 64: ANOVA Teilnahmegruppen und Supervisionsthemen | 171 |
| Tabelle 65: ANOVA Teilnahmegruppen und Supervisionszufriedenheit / Verbesserung der Arbeitssituation | 172 |
| Tabelle 66: Teilnahmegruppe und Fortbildungsziele | 172 |
| Tabelle 67: Untersuchungsgruppen und Arbeitsbereiche | 174 |
| Tabelle 68: Untersuchungsgruppen und Initiative zur Supervision | 175 |
| Tabelle 69: Untersuchungsgruppen und Auswahl des / der SupervisorsIn | 175 |
| Tabelle 70: Untersuchungsgruppen und Grundberuf des / der SupervisorsIn | 176 |
| Tabelle 71: ANOVA Untersuchungsgruppen und Supervisionsthemen | 177 |
| Tabelle 72: Untersuchungsgruppen und Fortbildung | 177 |
| Tabelle 73: ANOVA Untersuchungsgruppen und Anzahl der Fortbildungsstunden | 178 |
| Tabelle 74: Einzelitems KFZA | 179 |
| Tabelle 75: KFZA Reliabilität und Trennschärfe | 180 |
| Tabelle 76: KFZA Komponentenmatrix (rotiert) | 181 |
| Tabelle 77: KFZA Referenzwertvergleich | 182 |
| Tabelle 78: Einzelitems Beschwerdenliste | 183 |
| Tabelle 79: Beschwerdenliste Reliabilität und Trennschärfe | 183 |
| Tabelle 80: Korrelationen Belastetheits- und Gesundheitsindikatoren | 184 |
| Tabelle 81: Einzelitems Ressourcenskalen | 185 |
| Tabelle 82: Ressourcenskalen Reliabilität und Trennschärfe | 186 |
| Tabelle 83: Ressourcenskalen Komponentenmatrix (rotiert) | 186 |
| Tabelle 84: Korrelationen KFZA Ressourcenskalen | 187 |
| Tabelle 85: KFZA und Ressourcenskalen Komponentenmatrix (rotiert) | 188 |
| Tabelle 86: KFZA Skalen Skalenmittelwerte MZP 1 | 189 |
| Tabelle 87: Ressourcenskalen Skalenmittelwerte MZP 1 | 190 |
| Tabelle 88: Kontrolle und Selbstwirksamkeit Mittelwerte MZP 1 | 190 |
| Tabelle 89: Arbeitszufriedenheit, Allg. Gesundheitszustand, Belastetheit,, Psychosomatik Mittelwerte MZP 1 | 191 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 90: ANOVA Kliniken und KFZA-Skalen MZP 1 | 192 |
| Tabelle 91: ANOVA Kliniken und Ressourcenskalen MZP 1 | 193 |
| Tabelle 92: ANOVA Kliniken und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1 | 193 |
| Tabelle 93: ANOVA Kliniken und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1 | 194 |
| Tabelle 94: ANOVA Arbeitsbereiche und KFZA-Skalen MZP 1 | 195 |
| Tabelle 95: ANOVA Arbeitsbereiche und Ressourcenskalen MZP 1 | 196 |
| Tabelle 96: ANOVA Arbeitsbereiche und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1 | 197 |
| Tabelle 97: ANOVA Berufsgruppen und KFZA-Skalen MZP 1 | 198 |
| Tabelle 98: ANOVA Berufsgruppen und Ressourcenskalen MZP 1 | 199 |
| Tabelle 99: ANOVA Berufsgruppen und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 1 | 200 |
| Tabelle 100: ANOVA Berufsgruppen und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1 | 200 |
| Tabelle 101: Korrelation Alter und KFZA-Skalen MZP 1 | 200 |
| Tabelle 102: Korrelation Alter und Ressourcenskalen MZP 1 | 201 |
| Tabelle 103: Korrelation Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1 | 202 |
| Tabelle 104: Korrelation Dauer der Mitarbeit und KFZA-Skalen MZP 1 | 202 |
| Tabelle 105: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Ressourcenskalen MZP 1 | 203 |
| Tabelle 106: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1 | 203 |
| Tabelle 107: ANOVA Geschlecht und KFZA-Skalen MZP 1 | 204 |
| Tabelle 108: ANOVA Geschlecht und Ressourcenskalen MZP 1 | 204 |
| Tabelle 109: ANOVA Geschlecht und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 1 | 205 |
| Tabelle 110: ANOVA Teilnahmegruppen und KFZA-Faktoren MZP 1 | 206 |
| Tabelle 111: KFZA-Skalen Skalenmittelwerte MZP 2 | 207 |
| Tabelle 112: Ressourcenskalen Skalenmittelwerte MZP 2 | 207 |
| Tabelle 113: Kontrolle und Selbstwirksamkeit Mittelwerte MZP 2 | 208 |
| Tabelle 114: Arbeitszufriedenheit, Allg. Gesundheitszustand, Belastetheit, Psychosomatik Mittelwerte MZP 2 | 208 |
| Tabelle 115: Wahrgenommene Veränderungen Ressourcen Mittelwerte MZP 2 | 209 |
| Tabelle 116: Wahrgenommene Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit MZP 2 | 210 |
| Tabelle 117: ANOVA Kliniken und KFZA-Skalen MZP 2 | 211 |
| Tabelle 118: ANOVA Kliniken und Ressourcenskalen MZP 2 | 212 |
| Tabelle 119: ANOVA Kliniken und Kontrolle / Selbstwirksamkeit MZP 2 | 212 |
| Tabelle 120: ANOVA Kliniken und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2 | 213 |
| Tabelle 121: ANOVA Arbeitsbereiche und KFZA-Skalen MZP 2 | 213 |
| Tabelle 122: ANOVA Arbeitsbereiche und Ressourcenskalen MZP 2 | 214 |
| Tabelle 123: ANOVA Berufsgruppen und KFZA-Skalen MZP 2 | 215 |
| Tabelle 124: ANOVA Berufsgruppen und Ressourcenskalen MZP 2 | 215 |
| Tabelle 125: Korrelation Alter und KFZA-Skalen MZP 2 | 216 |
| Tabelle 126: Korrelation Alter und Ressourcenskalen MZP 2 | 216 |
| Tabelle 127: Korrelation Alter und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2 | 216 |
| Tabelle 128: Korrelation Dauer der Mitarbeit und KFZA-Skalen MZP 2 | 217 |
| Tabelle 129: Korrelation Dauer der Mitarbeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2 | 217 |
| Tabelle 130: ANOVA Geschlecht und KFZA-Skalen MZP 2 | 218 |
| Tabelle 131: ANOVA Geschlecht und Ressourcenskalen MZP 2 | 218 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 132: ANOVA Geschlecht und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2 | 218 |
| Tabelle 133: Übersicht signifikante Skalenwertunterschiede MZP 1 und MZP 2 | 219 |
| Tabelle 134: ANOVA Teilnahmegruppen und KFZA-Skalen MZP 2 | 220 |
| Tabelle 135: ANOVA Teilnahmegruppen und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren MZP 2 | 220 |
| Tabelle 136: ANOVA Untersuchungsgruppen und KFZA-Skalen MZP 1 | 221 |
| Tabelle 137: ANOVA Untersuchungsgruppen und Ressourcenskalen MZP 1 | 221 |
| Tabelle 138: ANOVA Untersuchungsgruppen und KZFA-Skalen MZP 2 | 222 |
| Tabelle 139: Varianzanalyse Ressourcenskalen Gruppenmittelwerte MZP 1 und MZP 2 | 224 |
| Tabelle 140: Varianzanalyse Ressourcenskalen univariate Tests Faktor Gruppe | 225 |
| Tabelle 141: Varianzanalyse Ressourcenskalen Paarvergleich Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt) | 226 |
| Tabelle 142: Varianzanalyse Ressourcenskalen univariate Tests Faktor Zeit, Zeit * Gruppe | 226 |
| Tabelle 143: Varianzanalyse Einzelitems univariate Tests Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt) | 228 |
| Tabelle 144: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Paarvergleich Faktor Gruppen (Tabellenausschnitt) | 228 |
| Tabelle 145: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems univariate Tests Faktor Zeit, Zeit * Gruppe (Tabellenausschnitt) | 229 |
| Tabelle 146: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Mittelwertvergleiche MZP 1 und MZP 2 (Tabellenausschnitt) | 230 |
| Tabelle 147: Varianzanalyse Ressourcen Einzelitems Gruppenmittelwerte Item 26 MZP 1 und MZP 2 | 230 |
| Tabelle 148: Varianzanalyse KFZA-Skalen univariate Tests Faktor Gruppe | 233 |
| Tabelle 149: Varianzanalyse KFZA Betriebliche Leistungen Paarvergleich Faktor Gruppe (Tabellenausschnitt) | 233 |
| Tabelle 150: Varianzanalyse KFZA univariate Tests Faktor Zeit, Zeit*Gruppe | 234 |
| Tabelle 151: ANOVA Untersuchungsgruppen und Skalendifferenzen Ressourcen | 238 |
| Tabelle 152: ANOVA Untersuchungsgruppen und Einzelitemdifferenzen Ressourcen | 239 |
| Tabelle 153: ANOVA Untersuchungsgruppen und wahrgenommene Veränderungen Ressourcen | 240 |
| Tabelle 154: Korrelation Einzelitemdifferenzen und wahrgenommene Veränderung | 241 |
| Tabelle 155: T-Test Differenzen und wahrg. Veränderung Einzelitems (Tabellenausschnitt) | 242 |
| Tabelle 156: Mittelwerte Ressourcenskalenskalen MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen | 243 |
| Tabelle 157: T-Tests Mittelwerte Ressourcenskalen MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen | 244 |
| Tabelle 158: Mittelwerte Einzelitems MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen (Tabellenausschnitt) | 244 |
| Tabelle 159: T-Tests Mittelwerte Einzelitems MZP 1 und MZP 2 alle Supervisionsgruppen (Tabellenausschnitt) | 245 |
| Tabelle 160: Mittelwerte Skalendifferenzen Ressourcen Teamsupervisionsgruppe | 245 |
| Tabelle 161: T-Test Skalendifferenzen Ressourcen Teamsupervisionsgruppe | 246 |
| Tabelle 162: Mittelwerte Skalendifferenzen Ressourcen Gruppensupervisionsgruppe | 246 |
| Tabelle 163: T-Test Skalendifferenzen Ressourcen Gruppensupervisionsgruppe | 246 |
| Tabelle 164: Korrelation Skalendifferenzen Ressourcen und Kontrolle / Selbstwirksamkeit | 247 |
| Tabelle 165: Modellzusammenfassung Regression Veränderungen Kontrolle | 248 |
| Tabelle 166: Koeffizienten Regression Veränderungen Kontrolle | 249 |
| Tabelle 167: Modellzusammenfassung Regression Veränderungen Selbstwirksamkeit | 249 |
| Tabelle 168: Koeffizienten Regression Veränderungen Selbstwirksamkeit | 249 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 169: Korrelation Skalendifferenzen Kontrolle / Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren | 250 |
| Tabelle 170: Modellzusammenfassung Regressionen Veränderungen Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren | 251 |
| Tabelle 171: Koeffizienten Regressionen Veränderungen Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren | 252 |
| Tabelle 172: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/GRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit | 253 |
| Tabelle 173: Koeffizienten Regression AIDIFF/GRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit | 254 |
| Tabelle 174: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/NGRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit | 254 |
| Tabelle 175: Koeffizienten Regression AIDIFF/NGRDIFF auf Veränderungen Arbeitszufriedenheit | 254 |
| Tabelle 176: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/KONDIFF auf Veränderungen Müdigkeit | 255 |
| Tabelle 177: Koeffizienten Regression AIDIFF/KONDIFF auf Veränderungen Müdigkeit | 255 |
| Tabelle 178: Modellzusammenfassung Regression AIDIFF/SWDIFF auf Veränderungen Müdigkeit | 256 |
| Tabelle 179: Koeffizienten Regression AIDIFF/SWDIFF auf Veränderungen Müdigkeit | 256 |

12. Anhang

Anhang 1: Fragebögen A und B

Dipl.-Psych. Hans-Christoph Eichert

- Psychologischer Psychotherapeut -



Hans-Christoph Eichert Mozartstrasse 34 53115 Bonn

Hans-Christoph Eichert
Mozartstrasse 34
53115 Bonn

Telefon:
0228 / 9 65 32 94

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

für Ihre Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, möchte ich mich zunächst einmal herzlich bedanken.

In dieser Untersuchung, die ich im Rahmen eines Promotionsprojektes an der Universität Köln durchführe, geht es um den Einfluss von Supervision auf den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Gesundheit. Hierzu befrage ich sowohl Personen, die an Supervision teilnehmen, als auch solche, die nicht an Supervision teilnehmen. Ich werde Sie im Laufe der Zeit zwei Mal befragen, die zweite Befragung wird nach ca. 10 Monaten folgen.

Neben allgemeinen Fragen finden Sie in diesem Fragebogen Fragen zu Ihrer Arbeitssituation, zu Ihren beruflichen Ressourcen sowie Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation.

Bitte tragen Sie als erstes auf der ersten Fragebogenseite oben eine Codenummer ein. Diese ist sehr wichtig, denn sie dient dazu, später die Fragebögen der zweiten Befragung richtig zuordnen zu können. Die Codenummer setzt sich folgendermaßen zusammen: Die ersten beiden Felder sind für die ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens bestimmt. Die folgenden Felder sind für Ihren Geburtstag und Ihren Geburtsmonat bestimmt. Ein am 27.09.1973 geborener Frank Meier müsste also als Codenummer eintragen FR2709.

Bitte beantworten Sie im Fragebogen *jede Frage*. Gehen Sie dabei bitte folgendermaßen vor:

- Tragen Sie bei Fragen, die keine Antwortalternativen vorsehen, die zutreffende Antwort ein.
- Kreuzen Sie bei Fragen, die verschiedene Antwortmöglichkeiten vorsehen, diejenige Antwortmöglichkeit an, die *am ehesten* zutrifft. Bitte kreuzen Sie pro Frage *immer nur eine Antwortmöglichkeit* an.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Fragen beantworten.

Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, legen Sie ihn bitte in den beiliegenden Umschlag. Die Umschläge mit den ausgefüllten Fragebögen werden mir gesammelt zugeschickt.

Die Fragebögen werden anonym ausgewertet, ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Hans-Christoph Eichert

Fragebogen A

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| Code | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Welchen Beruf üben Sie derzeit aus ? | | | | | | |
| Krankenpfleger / Krankenschwester | <input type="checkbox"/> | 1 | PsychologeIn | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| ErgotherapeutIn | <input type="checkbox"/> | 2 | Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| ErzieherIn | <input type="checkbox"/> | 3 | sonstiges (bitte angeben): | | | |
| SozialpädagogeIn | <input type="checkbox"/> | 4 | _____ | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| In welchem Bereich arbeiten Sie ? | | | | | | |
| Allg. Psychiatrie | <input type="checkbox"/> | 1 | Sucht | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> | 2 | Rehabilitation | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> | 3 | sonstiges (bitte angeben): | | | |
| Geriatric | <input type="checkbox"/> | 4 | _____ | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| Wie viele MitarbeiterInnen arbeiten in Ihrer Einrichtung (Klinik etc.) insgesamt ? | | | | | | |
| unter 50 | <input type="checkbox"/> | 1 | 150 – 200 | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| 50 – 99 | <input type="checkbox"/> | 2 | über 200 | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| 100 - 149 | <input type="checkbox"/> | 3 | | | | |
| Ihr Geschlecht: | männlich | <input type="checkbox"/> | 1 | weiblich | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ihr Alter: | _____ Jahre | | | | | |
| Leben Sie mit einem/einer festen PartnerIn in einem Haushalt zusammen ? | | | | | | |
| | ja | <input type="checkbox"/> | 1 | nein | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Wie viele Kinder haben Sie ? | Anzahl: _____ | | | | | |
| Sind Sie allein erziehend ? | nein | <input type="checkbox"/> | 1 | ja | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie ? | | | | | | |
| keinen Schulabschluss | <input type="checkbox"/> | 1 | mittlere Reife | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | 2 | Fachhochschulreife Abitur | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| Welchen Berufsabschluss haben Sie ? | _____ | | | | | |

2. Fragen zu Ihren Arbeitsbedingungen

| | |
|--|--|
| Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer Einrichtung ? | _____ Jahre |
| Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich ? | _____ Stunden |
| Wie viele Stunden sind davon Überstunden ? | _____ Stunden |
| Mit wie vielen Personen arbeiten Sie regelmäßig zusammen (Team, Station etc.) ? | _____ Personen |
| In welcher Position arbeiten Sie derzeit ? | |
| MitarbeiterIn im Angestelltenverhältnis <input type="checkbox"/> ₁ | Leitungsfunktion im Angestelltenverhältnis <input type="checkbox"/> ₃ |
| MitarbeiterIn im Beamtenverhältnis <input type="checkbox"/> ₂ | Leitungsfunktion im Beamtenverhältnis <input type="checkbox"/> ₄ |

| Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit zu ? | sehr wenig | | | | sehr viel |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit ihnen zugeteilt wird ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Können Sie Ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit zu ? | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde, unterschiedliche Aufgabebereiche. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ich kann mich auf meinen/meine direkte/n Vorgesetzte/n verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit zu ? | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Man hält in der Abteilung gut zusammen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Meine Arbeit erfordert enge Zusammenarbeit mit anderen Leuten im Betrieb. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann mich während der Arbeit mit verschiedenen KollegenInnen über dienstliche und private Probleme unterhalten. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich bekomme von Vorgesetzten und KollegenInnen immer Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bei meiner Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich stehe häufig unter Zeitdruck. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich habe zuviel Arbeit. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich werde in meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen (z.B. durch das Telefon). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen wie Lärm, Klima, Staub. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Über wichtige Dinge und Vorgänge im Betrieb sind wir ausreichend informiert. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Leitung des Betriebs ist bereit, die Ideen und Vorschläge der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Unsere Firma bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Was trifft auf Sie persönlich zu ? | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

3. Fragen zu Ihrer Gesundheit

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ?

ausgezeichnet ₅ sehr gut ₄ gut ₃ weniger gut ₂ schlecht ₁

Wie oft kommt es vor, dass...

nie ₁ ₂ ₃ häufig ₄

...Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht, so dass Sie noch Stunden daran denken müssen ?

₁ ₂ ₃ ₄

...Sie sich am Feierabend müde und erschöpft fühlen ?

₁ ₂ ₃ ₄

...Sie sich am Feierabend unbefriedigt und bedrückt fühlen ?

₁ ₂ ₃ ₄

...Sie am Feierabend das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen ?

₁ ₂ ₃ ₄

Wie stark leiden Sie unter folgenden Beschwerden ?

gar nicht ₀ ₁ ₂ stark ₃

Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals

₀ ₁ ₂ ₃

Kurzatmigkeit

₀ ₁ ₂ ₃

Schwächegefühl

₀ ₁ ₂ ₃

Schluckbeschwerden

₀ ₁ ₂ ₃

Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust

₀ ₁ ₂ ₃

Druck- oder Völlegefühl im Leib

₀ ₁ ₂ ₃

Mattigkeit

₀ ₁ ₂ ₃

Übelkeit

₀ ₁ ₂ ₃

Sodbrennen oder saures Aufstoßen

₀ ₁ ₂ ₃

Reizbarkeit

₀ ₁ ₂ ₃

Grübelei

₀ ₁ ₂ ₃

Starkes Schwitzen

₀ ₁ ₂ ₃

Kreuz- oder Rückenschmerzen

₀ ₁ ₂ ₃

Innere Unruhe

₀ ₁ ₂ ₃

Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen

₀ ₁ ₂ ₃

Unruhe in den Beinen

₀ ₁ ₂ ₃

| Wie stark leiden Sie unter folgenden Beschwerden ? | gar nicht | | | stark |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Überempfindlichkeit gegen Wärme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Überempfindlichkeit gegen Kälte | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Übermäßiges Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Zittern | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nacken- und Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

4. Fragen zu Ihren Ressourcen

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ich verfüge über gute Fachkenntnisse in meinem Beruf | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann meine Fachkenntnisse in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich verfüge über gute Kenntnisse meines Arbeitsfeldes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann die Kenntnisse meines Arbeitsfeldes in meiner Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich bin in meiner Arbeit sicher | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann meine Sicherheit in meiner Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich verfüge über eine gute Wahrnehmungsfähigkeit für die PatientenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann meine Wahrnehmungsfähigkeit für PatientenInnen in der Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich verfüge über gute beruflichen Fertigkeiten (Arbeitsmethoden) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann meine beruflichen Fertigkeiten in der Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich verfüge über genügend berufliche Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Arbeit mit den PatientenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann meine Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich kann mich gegenüber den PatientenInnen gut abgrenzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann meine Abgrenzungsfähigkeit in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mich in die PatientenInnen gut einfühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mein Einfühlungsvermögen für die PatientenInnen in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bekomme Informationen und Ratschläge von meinen KollegenInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann die Informationen und Ratschläge meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine KollegenInnen unterstützen mich in meiner Arbeit praktisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann die Unterstützung meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine KollegenInnen zeigen in schwierigen Situationen Verständnis und hören mir aufmerksam zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann das Verständnis meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bekomme Informationen und Ratschläge von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann die Informationen und Ratschläge meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Vorgesetzten unterstützen mich in meiner Arbeit praktisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann die Unterstützung meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Vorgesetzten zeigen in schwierigen Situationen Verständnis und hören mir aufmerksam zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann das Verständnis meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsgestaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann meine Einflussmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verfüge über gute Fortbildungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann die Fortbildungsmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Die materielle Ausstattung in meiner Arbeit ist gut | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann die materielle Ausstattung in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Alles in allem habe ich gute Möglichkeiten, Belastungen in meiner Arbeit zu beeinflussen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Alles in allem habe ich das Gefühl, dass ich diese Möglichkeiten auch selbst wirkungsvoll einsetzen kann | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Dipl.-Psych. Hans-Christoph Eichert

- Psychologischer Psychotherapeut -



Hans-Christoph Eichert Mozartstrasse 34 53115 Bonn

Hans-Christoph Eichert
Mozartstrasse 34
53115 Bonn

Telefon:
0228 / 9 65 32 94

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

wie bei der ersten Befragung bereits angekündigt, folgt nun die zweite Befragung.

Wie im ersten Fragebogen finden Sie auch hier Fragen zu Ihrer Arbeitssituation, zu Ihren beruflichen Ressourcen sowie Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation. Zusätzlich werden Sie gebeten, in einigen Bereichen anzugeben, ob sich seit der letzten Befragung eine Veränderung ergeben hat.

Bitte tragen Sie – wie bei der ersten Befragung - als erstes auf der ersten Fragebogenseite oben Ihre Codenummer ein. Diese ist sehr wichtig, denn sie dient dazu, die Fragebögen der beiden Befragungen richtig zuzuordnen zu können. Die Codenummer setzt sich folgendermaßen zusammen: Die ersten beiden Felder sind für die ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens bestimmt. Die folgenden Felder sind für Ihren Geburtstag und Ihren Geburtsmonat bestimmt. Ein am 27.09.1973 geborener Frank Meier müsste also als Codenummer eintragen FR2709.

Bitte beantworten Sie im Fragebogen *jede Frage*. Gehen Sie dabei bitte folgendermaßen vor:

- Tragen Sie bei Fragen, die keine Antwortalternativen vorsehen, die zutreffende Antwort ein.
- Kreuzen Sie bei Fragen, die verschiedene Antwortmöglichkeiten vorsehen, diejenige Antwortmöglichkeit an, die *am ehesten* zutrifft. Bitte kreuzen Sie pro Frage *immer nur eine Antwortmöglichkeit* an.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Fragen beantworten.

Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, legen Sie ihn bitte in den beiliegenden Umschlag. Die Umschläge mit den ausgefüllten Fragebögen werden mir gesammelt zugeschickt.

Die Fragebögen werden anonym ausgewertet, ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich.

Für Ihre Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, möchte ich mich noch einmal herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Hans-Christoph Eichert

Fragebogen B

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| Code | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

1. Fragen zu Ihrer Person

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Welchen Beruf üben Sie derzeit aus ? | | | | | | |
| Krankenpfleger / Krankenschwester | <input type="checkbox"/> | 1 | PsychologeIn | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| ErgotherapeutIn | <input type="checkbox"/> | 2 | Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| ErzieherIn | <input type="checkbox"/> | 3 | sonstiges (bitte angeben): | | | |
| SozialpädagogeIn | <input type="checkbox"/> | 4 | _____ | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| In welchem Bereich arbeiten Sie ? | | | | | | |
| Allg. Psychiatrie | <input type="checkbox"/> | 1 | Sucht | <input type="checkbox"/> | 5 | |
| Psychosomatik | <input type="checkbox"/> | 2 | Rehabilitation | <input type="checkbox"/> | 6 | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> | 3 | sonstiges (bitte angeben): | | | |
| Geriatric | <input type="checkbox"/> | 4 | _____ | <input type="checkbox"/> | 7 | |
| Ihr Geschlecht: | männlich | <input type="checkbox"/> | 1 | weiblich | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ihr Alter: | _____ Jahre | | | | | |

2. Fragen zu Ihren Arbeitsbedingungen

| Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit zu ? | sehr wenig sehr viel | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit ihnen zugeteilt wird ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie Ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde, unterschiedliche Aufgabenbereiche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit zu ? | sehr wenig | | | | sehr viel |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann mich auf meinen/meine direkte/n Vorgesetzte/n verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Man hält in der Abteilung gut zusammen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Meine Arbeit erfordert enge Zusammenarbeit mit anderen Leuten im Betrieb. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich kann mich während der Arbeit mit verschiedenen KollegenInnen über dienstliche und private Probleme unterhalten. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich bekomme von Vorgesetzten und KollegenInnen immer Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bei meiner Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich stehe häufig unter Zeitdruck. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich habe zuviel Arbeit. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich werde in meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen (z.B. durch das Telefon). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen wie Lärm, Klima, Staub. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Über wichtige Dinge und Vorgänge im Betrieb sind wir ausreichend informiert. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Leitung des Betriebs ist bereit, die Ideen und Vorschläge der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Unsere Firma bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Was trifft auf Sie persönlich zu ? | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

3. Fragen zu Ihrer Gesundheit

| Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ? | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------|----------------------------|-----|----------------------------|-------------|----------------------------|----------|----------------------------|
| ausgezeichnet | <input type="checkbox"/> 5 | sehr gut | <input type="checkbox"/> 4 | gut | <input type="checkbox"/> 3 | weniger gut | <input type="checkbox"/> 2 | schlecht | <input type="checkbox"/> 1 |

| Wie oft kommt es vor, dass... | nie | | | häufig |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ...Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht, so dass Sie noch Stunden daran denken müssen ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| ...Sie sich am Feierabend müde und erschöpft fühlen ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| ...Sie sich am Feierabend unbefriedigt und bedrückt fühlen ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| ...Sie am Feierabend das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| Wie stark leiden Sie unter folgenden Beschwerden ? | gar nicht | | | stark |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Druck- oder Völlegefühl im Leib | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Mattigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Übelkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sodbrennen oder saures Aufstoßen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Grübeleien | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Kreuz- oder Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Überempfindlichkeit gegen Wärme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Überempfindlichkeit gegen Kälte | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Übermäßiges Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Zittern | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nacken- und Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

4. Fragen zu Ihren Ressourcen

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|--|--|--|--|
| Ich verfüge über gute Fachkenntnisse in meinem Beruf | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine Fachkenntnisse in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich verfüge über gute Kenntnisse meines Arbeitsfeldes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die Kenntnisse meines Arbeitsfeldes in meiner Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich bin in meiner Arbeit sicher | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|--|--|--|--|
| Ich kann meine Sicherheit in meiner Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich verfüge über eine gute Wahrnehmungsfähigkeit für die PatientenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine Wahrnehmungsfähigkeit für PatientenInnen in der Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich verfüge über gute beruflichen Fertigkeiten (Arbeitsmethoden) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine beruflichen Fertigkeiten in der Arbeit einsetzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich verfüge über genügend berufliche Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Arbeit mit den PatientenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann mich gegenüber den PatientenInnen gut abgrenzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine Abgrenzungsfähigkeit in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann mich in die PatientenInnen gut einfühlen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|--|--|--|--|
| Ich kann mein Einfühlungsvermögen für die PatientenInnen in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich bekomme Informationen und Ratschläge von meinen KollegenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die Informationen und Ratschläge meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Meine KollegenInnen unterstützen mich in meiner Arbeit praktisch | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die Unterstützung meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Meine KollegenInnen zeigen in schwierigen Situationen Verständnis und hören mir aufmerksam zu | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann das Verständnis meiner KollegenInnen nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich bekomme Informationen und Ratschläge von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die Informationen und Ratschläge meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Meine Vorgesetzten unterstützen mich in meiner Arbeit praktisch | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------|--|--|--|--|
| Ich kann die Unterstützung meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Meine Vorgesetzten zeigen in schwierigen Situationen Verständnis und hören mir aufmerksam zu | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann das Verständnis meiner Vorgesetzten nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich habe Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsgestaltung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann meine Einflussmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich verfüge über gute Fortbildungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die Fortbildungsmöglichkeiten in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Die materielle Ausstattung in meiner Arbeit ist gut | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |
| Ich kann die materielle Ausstattung in meiner Arbeit nutzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser | | | | | |

| Geben Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| Alles in allem habe ich gute Möglichkeiten, Belastungen in meiner Arbeit zu beeinflussen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser |
| Alles in allem habe ich das Gefühl, dass ich diese Möglichkeiten auch selbst wirkungsvoll einsetzen kann | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Veränderung seit der letzten Befragung: | <input type="checkbox"/> -2 schlechter | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 unverändert | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> +2 besser |

5. Fragen zu Fortbildung und Supervision

| | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Haben Sie seit der letzten Befragung an berufsbezogener Fortbildung teilgenommen ? | ja <input type="checkbox"/> 1 | nein <input type="checkbox"/> 2 |
| Wie viele Stunden haben Sie insgesamt an Fortbildungen teilgenommen ? | _____ Stunden | |
| Wenn Sie in der Zwischenzeit an einer längeren Fortbildung teilgenommen haben: Welches Ziel hatte diese Fortbildung ? | _____ | |

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Hatten Sie seit der letzten Befragung Supervision ? | ja <input type="checkbox"/> 1 | nein <input type="checkbox"/> 2 |
| Wenn Sie diese Frage mit nein beantwortet haben, brauchen Sie die weiteren Fragen nicht zu beantworten. Beantworten Sie bitte die weiteren Fragen, wenn Sie seit der letzten Befragung Supervision hatten. | | |
| An wie vielen Supervisionssitzungen haben seit der letzten Befragung teilgenommen ? | Anzahl: _____ | |
| Wie lange dauerte eine Supervisionssitzung ? | | |
| bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> 1 | bis 120 Minuten <input type="checkbox"/> 3 | |
| bis 90 Minuten <input type="checkbox"/> 2 | länger als 120 Minuten <input type="checkbox"/> 4 | |
| In welchem Zeitabstand fanden die einzelnen Sitzungen statt ? | | |
| wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 | monatlich <input type="checkbox"/> 4 | |
| alle zwei Wochen <input type="checkbox"/> 2 | anderer Rhythmus (bitte angeben): | |
| alle 3 Wochen <input type="checkbox"/> 3 | _____ <input type="checkbox"/> 5 | |
| Über welchen Zeitraum erstreckte sich der Supervisionsprozess insgesamt ? | | |
| bis 12 Monate <input type="checkbox"/> 1 | bis 24 Monate <input type="checkbox"/> 3 | |
| bis 18 Monate <input type="checkbox"/> 2 | über 24 Monate <input type="checkbox"/> 4 | |

| | | | | |
|--|----------------------------|---|----------------------------|--|
| Wie kam die Supervision zustande ? | | | | |
| Anordnung der Leitung | <input type="checkbox"/> 1 | Wunsch der KollegInnen | <input type="checkbox"/> 3 | |
| eigenes Interesse | <input type="checkbox"/> 2 | im Rahmen der Ausbildung | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Um welche Supervisionsform handelte es sich ? | | | | |
| Einzelsupervision | <input type="checkbox"/> 1 | Teamsupervision mit Vorgesetzter/m | <input type="checkbox"/> 4 | |
| (Berufs)Gruppensupervision | <input type="checkbox"/> 2 | sonstiges (bitte angeben): | | |
| Teamsupervision ohne Vorgesetzte/n | <input type="checkbox"/> 3 | _____ | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Wer wählte den/die SupervisorIn aus ? | | | | |
| Vorgesetzte/r | <input type="checkbox"/> 1 | sonstige (bitte angeben): | | |
| Sie selbst | <input type="checkbox"/> 2 | _____ | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Team | <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| Wer führte die Supervision durch ? | | | | |
| SupervisorIn aus der Klinik (interne Supervision) | <input type="checkbox"/> 1 | SupervisorIn von außerhalb der Klinik (externe Supervision) | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Welchen Grundberuf hat Ihr/e SupervisorIn ? | | | | |
| Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> 1 | sonstiger (bitte angeben): | | |
| PsychologeIn | <input type="checkbox"/> 2 | _____ | <input type="checkbox"/> 4 | |
| SozialpädagogeIn | <input type="checkbox"/> 3 | | | |

| Geben Sie an, wie stark die Aussagen Ihrer Meinung nach auf den/die SupervisorIn zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | | trifft völlig zu | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|--|--|--|--|
| Er/Sie zeichnet sich durch sehr gute Fachkenntnisse aus. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Er/Sie kennt sich in unserem Arbeitsfeld sehr gut aus | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Er/Sie hat großes Einfühlungsvermögen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Er/Sie ist mir sympathisch | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Er/Sie war mir schon vorher persönlich bekannt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |

| Geben Sie an, wie stark die Aussagen Ihrer Meinung nach auf den/die SupervisorIn zutreffen: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Er/Sie kann Dinge sehr gut sprachlich auf den Punkt bringen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Geschlechtszugehörigkeit unseres/r SupervisorsIn spielt in dem Supervisionsprozess eine wichtige Rolle | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Er/Sie kann Zusammenhänge sehr gut erklären / verfügt über pädagogisches Geschick | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Er/Sie hat einen ähnlichen theoretischen Hintergrund wie ich | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Welche Bedeutung haben/hatten die folgenden Themenbereiche in der Supervision ? | sehr wenig | | | | sehr viel |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Arbeit mit den PatientenInnen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Zusammenarbeit und Konflikte im Team | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Zusammenarbeit und Konflikte mit der Leitung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Konzeptionsentwicklung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sozial- und berufspolitische Zusammenhänge | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Theoretische Aufarbeitung von Problemen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| Geben Sie an, was auf Sie zutrifft: | trifft gar nicht zu | | | | trifft völlig zu |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Alles in allem bin ich mit der Supervision sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Alles in allem hat die Supervision zu einer Verbesserung meiner Arbeitssituation beigetragen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Anhang 2: Reliabilität KFZA, Ressourcen und Beschwerdenliste

1. KFZA: Handlungsspielraum

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | |
|----|---------|-----------------------------|
| 1. | KFZA001 | Reihenfolge Arbeitsschritte |
| 2. | KFZA002 | Einfluss auf Arbeitsteilung |
| 3. | KFZA003 | Planung der Arbeit |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA001 | 3,5360 | ,8707 | 347,0 |
| 2. | KFZA002 | 3,3545 | ,9728 | 347,0 |
| 3. | KFZA003 | 3,7464 | ,8796 | 347,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 10,6369 | 5,0470 | 2,2465 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA001 | 7,1009 | 2,5881 | ,6071 | ,6709 |
| KFZA002 | 7,2824 | 2,3882 | ,5696 | ,7173 |
| KFZA003 | 6,8905 | 2,5487 | ,6141 | ,6626 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 347,0 N of Items = 3

Alpha = ,7635

2. KFZA Vielseitigkeit

REL I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | |
|----|---------|----------------------------------|
| 1. | KFZA004 | Neues Lernen |
| 2. | KFZA005 | Wissen einsetzen |
| 3. | KFZA006 | Unterschiedliche Arbeitsbereiche |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA004 | 3,9057 | ,8859 | 350,0 |
| 2. | KFZA005 | 3,9486 | ,9101 | 350,0 |
| 3. | KFZA006 | 3,3743 | ,9956 | 350,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 11,2286 | 4,3774 | 2,0922 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA004 | 7,3229 | 2,4198 | ,4255 | ,4961 |
| KFZA005 | 7,2800 | 2,1105 | ,5440 | ,3169 |
| KFZA006 | 7,8543 | 2,4515 | ,2998 | ,6840 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 350,0 N of Items = 3

Alpha = ,6076

3. KFZA: Ganzheitlichkeit

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA007 Arbeitsergebnis
 2. KFZA008 Arbeitsprodukt

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA007 | 3,5862 | ,9117 | 348,0 |
| 2. | KFZA008 | 2,8563 | 1,2228 | 348,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 6,4425 | 3,3886 | 1,8408 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA007 | 2,8563 | 1,4951 | ,4765 | . |
| KFZA008 | 3,5862 | ,8312 | ,4765 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 348,0 N of Items = 2

Alpha = ,6270

4. KFZA: Soziale Rückendeckung

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA009 Zuverlässigkeit KollegenInnen
 2. KFZA010 Zuverlässigkeit Vorgesetzte
 3. KFZA011 Zusammenhalt in der Abteilung

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA009 | 4,1153 | ,8591 | 347,0 |
| 2. | KFZA010 | 3,9366 | 1,0920 | 347,0 |
| 3. | KFZA011 | 3,8040 | ,9384 | 347,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 11,8559 | 5,6092 | 2,3684 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA009 | 7,7406 | 3,0250 | ,6177 | ,6294 |
| KFZA010 | 7,9193 | 2,4906 | ,5588 | ,7002 |
| KFZA011 | 8,0519 | 2,9048 | ,5702 | ,6707 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 347,0 N of Items = 3

Alpha = ,7482

5. KFZA: Zusammenarbeit

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | |
|----|---------|--|
| 1. | KFZA012 | Zusammenarbeit mit anderen |
| 2. | KFZA013 | Kommunikation mit Kollegen |
| 3. | KFZA014 | Rückmeldung Vorgesetzte und KollegenInne |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA012 | 4,1348 | ,8316 | 356,0 |
| 2. | KFZA013 | 3,7978 | ,9276 | 356,0 |
| 3. | KFZA014 | 3,1938 | ,9839 | 356,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 11,1264 | 4,3981 | 2,0972 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA012 | 6,9916 | 2,6901 | ,3726 | ,6407 |
| KFZA013 | 7,3287 | 2,1649 | ,5029 | ,4668 |
| KFZA014 | 7,9326 | 2,0630 | ,4837 | ,4954 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 356,0 N of Items = 3

Alpha = ,6405

6. KFZA: Qualitative Anforderungen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA015 Kompliziertheit der Arbeit
 2. KFZA016 Überforderung Konzentrationsfähigkeit

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA015 | 2,2073 | 1,0231 | 357,0 |
| 2. | KFZA016 | 2,1261 | 1,1482 | 357,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 4,3333 | 3,3801 | 1,8385 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA015 | 2,1261 | 1,3183 | ,4320 | . |
| KFZA016 | 2,2073 | 1,0468 | ,4320 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 357,0 N of Items = 2

Alpha = ,6006

7. KFZA: Quantitative Anforderungen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA017 Zeitdruck
 2. KFZA018 Quantitative Überforderung

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA017 | 3,1634 | 1,2032 | 355,0 |
| 2. | KFZA018 | 2,7915 | 1,1080 | 355,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 5,9549 | 4,5177 | 2,1255 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA017 | 2,7915 | 1,2276 | ,6910 | . |
| KFZA018 | 3,1634 | 1,4478 | ,6910 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 355,0 N of Items = 2

Alpha = ,8156

8. KFZA: Arbeitsunterbrechungen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA019 Fehlende Informationen/Materialien/Arbei
2. KFZA020 Arbeitsunterbrechungen

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA019 | 2,3529 | 1,0188 | 357,0 |
| 2. | KFZA020 | 3,4314 | 1,1087 | 357,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 5,7843 | 2,8326 | 1,6830 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA019 | 3,4314 | 1,2291 | ,2503 | . |
| KFZA020 | 2,3529 | 1,0380 | ,2503 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 357,0 N of Items = 2

Alpha = ,3992

9. KFZA: Umgebungsbedingungen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA021 Umgebungsbedingungen
 2. KFZA022 Materielle Ausstattung

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA021 | 2,3803 | 1,2209 | 355,0 |
| 2. | KFZA022 | 2,8620 | 1,3719 | 355,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 5,2423 | 4,9411 | 2,2229 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA021 | 2,8620 | 1,8820 | ,4683 | . |
| KFZA022 | 2,3803 | 1,4906 | ,4683 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 355,0 N of Items = 2

Alpha = ,6349

10. KFZA: Information Mitarbeiter

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA023 Information
 2. KFZA024 Einflussmöglichkeiten auf Leitung

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA023 | 3,2910 | 1,0632 | 354,0 |
| 2. | KFZA024 | 3,0706 | ,9774 | 354,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 6,3616 | 3,3023 | 1,8172 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA023 | 3,0706 | ,9553 | ,5853 | . |
| KFZA024 | 3,2910 | 1,1304 | ,5853 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 354,0 N of Items = 2

Alpha = ,7368

11: KFZA: Betriebliche Leistungen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1. KFZA025 Weiterbildungsmöglichkeiten
2. KFZA026 Aufstiegschancen

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | KFZA025 | 3,6331 | 1,0398 | 357,0 |
| 2. | KFZA026 | 2,5238 | 1,0534 | 357,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|--------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 6,1569 | 3,2506 | 1,8029 | 2 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| KFZA025 | 2,5238 | 1,1097 | ,4837 | . |
| KFZA026 | 3,6331 | 1,0813 | ,4837 | . |

Reliability Coefficients

N of Cases = 357,0 N of Items = 2

Alpha = ,6520

12. Beschwerdenliste

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| Item | Label | Description |
|------|-------|---------------------------------------|
| 1. | BL001 | Klossgefühl |
| 2. | BL002 | Kurzatmigkeit |
| 3. | BL003 | Schwächegefühl |
| 4. | BL004 | Schluckbeschwerden |
| 5. | BL005 | Bruststiche |
| 6. | BL006 | Druckgefühl |
| 7. | BL007 | Mattigkeit |
| 8. | BL008 | Übelkeit |
| 9. | BL009 | Sodbrennen |
| 10. | BL010 | Reizbarkeit |
| 11. | BL011 | Grübeleien |
| 12. | BL012 | Schwitzen |
| 13. | BL013 | Rückenschmerzen |
| 14. | BL014 | Innere Unruhe |
| 15. | BL015 | Schweregefühl/Müdigkeit in den Beinen |
| 16. | BL016 | Unruhe in den Beinen |
| 17. | BL017 | Überempfindlichkeit gegen Wärme |
| 18. | BL018 | Überempfindlichkeit gegen Kälte |
| 19. | BL019 | Übermässiges Schlafbedürfnis |
| 20. | BL020 | Schlaflosigkeit |
| 21. | BL021 | Schwindelgefühle |
| 22. | BL022 | Zittern |
| 23. | BL023 | Nacken/Schulterschmerzen |
| 24. | BL024 | Gewichtsabnahme |

| Item | Label | Mean | Std Dev | Cases |
|------|-------|--------|---------|-------|
| 1. | BL001 | ,2054 | ,4789 | 336,0 |
| 2. | BL002 | ,2917 | ,6070 | 336,0 |
| 3. | BL003 | ,5000 | ,7330 | 336,0 |
| 4. | BL004 | ,1161 | ,3561 | 336,0 |
| 5. | BL005 | ,3661 | ,6867 | 336,0 |
| 6. | BL006 | ,5833 | ,7911 | 336,0 |
| 7. | BL007 | 1,0119 | ,8357 | 336,0 |
| 8. | BL008 | ,1994 | ,4937 | 336,0 |
| 9. | BL009 | ,3690 | ,7335 | 336,0 |
| 10. | BL010 | ,9315 | ,6985 | 336,0 |
| 11. | BL011 | ,8720 | ,8241 | 336,0 |
| 12. | BL012 | ,4732 | ,8282 | 336,0 |
| 13. | BL013 | 1,1310 | 1,0166 | 336,0 |
| 14. | BL014 | ,7440 | ,8067 | 336,0 |
| 15. | BL015 | ,6190 | ,8486 | 336,0 |
| 16. | BL016 | ,3185 | ,6346 | 336,0 |
| 17. | BL017 | ,5327 | ,9005 | 336,0 |
| 18. | BL018 | ,6875 | ,9243 | 336,0 |
| 19. | BL019 | ,8899 | ,9059 | 336,0 |
| 20. | BL020 | ,7143 | ,8579 | 336,0 |
| 21. | BL021 | ,3036 | ,6206 | 336,0 |
| 22. | BL022 | ,1488 | ,3961 | 336,0 |
| 23. | BL023 | 1,1458 | 1,0190 | 336,0 |
| 24. | BL024 | ,1220 | ,4015 | 336,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 13,2768 | 98,8455 | 9,9421 | 24 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|-------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------|
| BL001 | 13,0714 | 94,1322 | ,4825 | ,8985 |
| BL002 | 12,9851 | 92,8744 | ,4789 | ,8981 |
| BL003 | 12,7768 | 89,3441 | ,6469 | ,8942 |
| BL004 | 13,1607 | 96,6368 | ,2974 | ,9012 |
| BL005 | 12,9107 | 90,8577 | ,5741 | ,8960 |
| BL006 | 12,6935 | 88,9356 | ,6222 | ,8946 |
| BL007 | 12,2649 | 87,6938 | ,6679 | ,8933 |
| BL008 | 13,0774 | 93,7074 | ,5121 | ,8980 |
| BL009 | 12,9077 | 92,0243 | ,4465 | ,8986 |
| BL010 | 12,3452 | 91,2954 | ,5291 | ,8969 |
| BL011 | 12,4048 | 89,2028 | ,5758 | ,8956 |
| BL012 | 12,8036 | 91,1732 | ,4418 | ,8989 |
| BL013 | 12,1458 | 88,5548 | ,4838 | ,8987 |
| BL014 | 12,5327 | 87,8795 | ,6820 | ,8930 |
| BL015 | 12,6577 | 88,1064 | ,6289 | ,8943 |
| BL016 | 12,9583 | 93,1147 | ,4350 | ,8988 |
| BL017 | 12,7440 | 90,9492 | ,4125 | ,9000 |
| BL018 | 12,5893 | 91,4965 | ,3673 | ,9014 |
| BL019 | 12,3869 | 89,1275 | ,5202 | ,8972 |
| BL020 | 12,5625 | 88,8319 | ,5737 | ,8957 |
| BL021 | 12,9732 | 92,4142 | ,5067 | ,8975 |
| BL022 | 13,1280 | 95,7478 | ,3794 | ,9002 |
| BL023 | 12,1310 | 87,4873 | ,5414 | ,8970 |
| BL024 | 13,1548 | 96,4775 | ,2798 | ,9013 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 336,0

N of Items = 24

Alpha = ,9014

13. Professionelle Ressourcen

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | |
|----|---------|---|
| 1. | RESS001 | Fachkenntnisse |
| 2. | RESS003 | Feldkompetenz |
| 3. | RESS005 | Sicherheit |
| 4. | RESS007 | Wahrnehmungsfähigkeit Klienten |
| 5. | RESS009 | Berufliche Fertigkeiten |
| 6. | RESS011 | Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten |
| 7. | RESS013 | Abgrenzungsfähigkeit |
| 8. | RESS015 | Einfühlungsvermögen |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS001 | 4,1057 | ,7002 | 350,0 |
| 2. | RESS003 | 4,2229 | ,7657 | 350,0 |
| 3. | RESS005 | 4,1114 | ,7879 | 350,0 |
| 4. | RESS007 | 4,3714 | ,6190 | 350,0 |
| 5. | RESS009 | 4,1171 | ,7225 | 350,0 |
| 6. | RESS011 | 3,9086 | ,8516 | 350,0 |
| 7. | RESS013 | 4,1829 | ,7227 | 350,0 |
| 8. | RESS015 | 4,1943 | ,6441 | 350,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 33,2143 | 16,3236 | 4,0402 | 8 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS001 | 29,1086 | 12,6357 | ,6424 | ,8182 |
| RESS003 | 28,9914 | 12,0085 | ,7026 | ,8093 |
| RESS005 | 29,1029 | 11,9665 | ,6854 | ,8114 |
| RESS007 | 28,8429 | 13,0727 | ,6407 | ,8202 |
| RESS009 | 29,0971 | 12,3802 | ,6729 | ,8140 |
| RESS011 | 29,3057 | 12,7802 | ,4629 | ,8435 |
| RESS013 | 29,0314 | 13,6638 | ,4000 | ,8471 |
| RESS015 | 29,0200 | 13,6987 | ,4635 | ,8388 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 350,0 N of Items = 8

Alpha = ,8443

14. Nutzbarkeit professionelle Ressourcen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | | |
|----|---------|-------------|-----------------------------------|
| 1. | RESS002 | Nutzbarkeit | Fachkenntnisse |
| 2. | RESS004 | Nutzbarkeit | Feldkompetenz |
| 3. | RESS006 | Nutzbarkeit | Sicherheit |
| 4. | RESS008 | Nutzbarkeit | Wahrnehmungsfähigkeit Klienten |
| 5. | RESS010 | Nutzbarkeit | berufliche Fertigkeiten |
| 6. | RESS012 | Nutzbarkeit | Handlungs- und Entscheidungsmögli |
| 7. | RESS014 | Nutzbarkeit | Abgrenzungsfähigkeit |
| 8. | RESS016 | Nutzbarkeit | Einfühlungsvermögen |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS002 | 4,0917 | ,7676 | 349,0 |
| 2. | RESS004 | 4,1261 | ,7702 | 349,0 |
| 3. | RESS006 | 4,1089 | ,7803 | 349,0 |
| 4. | RESS008 | 4,2951 | ,7124 | 349,0 |
| 5. | RESS010 | 4,1089 | ,7269 | 349,0 |
| 6. | RESS012 | 3,8682 | ,8609 | 349,0 |
| 7. | RESS014 | 4,1748 | ,7774 | 349,0 |
| 8. | RESS016 | 4,1862 | ,6757 | 349,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 32,9599 | 19,4697 | 4,4124 | 8 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS002 | 28,8682 | 14,9309 | ,6658 | ,8510 |
| RESS004 | 28,8338 | 14,4895 | ,7481 | ,8417 |
| RESS006 | 28,8510 | 14,9375 | ,6505 | ,8526 |
| RESS008 | 28,6648 | 15,3097 | ,6552 | ,8526 |
| RESS010 | 28,8510 | 14,8283 | ,7347 | ,8440 |
| RESS012 | 29,0917 | 14,9111 | ,5741 | ,8625 |
| RESS014 | 28,7851 | 16,2727 | ,4133 | ,8781 |
| RESS016 | 28,7736 | 15,7676 | ,6048 | ,8579 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 349,0 N of Items = 8

Alpha = ,8711

15. Soziale Ressourcen

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | |
|----|---------|--------------------------------------|
| 1. | RESS017 | Information Kollegen |
| 2. | RESS019 | Praktische Unterstützung Kollegen |
| 3. | RESS021 | Emotionale Unterstützung Kollegen |
| 4. | RESS023 | Information Vorgesetzte |
| 5. | RESS025 | Praktische Unterstützung Vorgesetzte |
| 6. | RESS027 | Emotionale Unterstützung Vorgesetzte |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS017 | 3,8063 | ,8764 | 351,0 |
| 2. | RESS019 | 3,8775 | ,8779 | 351,0 |
| 3. | RESS021 | 3,9886 | ,9441 | 351,0 |
| 4. | RESS023 | 3,6211 | 1,0564 | 351,0 |
| 5. | RESS025 | 3,4501 | 1,1375 | 351,0 |
| 6. | RESS027 | 3,8291 | 1,0444 | 351,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 22,5726 | 21,8054 | 4,6696 | 6 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| RESS017 | 18,7664 | 16,6367 | ,6155 | ,8621 |
| RESS019 | 18,6952 | 16,2239 | ,6803 | ,8524 |
| RESS021 | 18,5840 | 16,0208 | ,6475 | ,8568 |
| RESS023 | 18,9516 | 14,8062 | ,7236 | ,8435 |
| RESS025 | 19,1225 | 14,2164 | ,7339 | ,8423 |
| RESS027 | 18,7436 | 15,2484 | ,6702 | ,8532 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 351,0 N of Items = 6

Alpha = ,8736

16. Nutzbarkeit soziale Ressourcen

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | |
|----|---------|--|
| 1. | RESS018 | Nutzbarkeit Information Kollegen |
| 2. | RESS020 | Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollege |
| 3. | RESS022 | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollege |
| 4. | RESS024 | Nutzbarkeit Information Vorgesetzte |
| 5. | RESS026 | Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgesese |
| 6. | RESS028 | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgesese |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS018 | 3,9569 | ,8323 | 348,0 |
| 2. | RESS020 | 3,9713 | ,8415 | 348,0 |
| 3. | RESS022 | 3,9569 | ,9365 | 348,0 |
| 4. | RESS024 | 3,6667 | 1,0317 | 348,0 |
| 5. | RESS026 | 3,5661 | 1,1125 | 348,0 |
| 6. | RESS028 | 3,7443 | 1,0440 | 348,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 22,8621 | 21,6639 | 4,6545 | 6 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS018 | 18,9052 | 16,5357 | ,6553 | ,8737 |
| RESS020 | 18,8908 | 16,2820 | ,6882 | ,8691 |
| RESS022 | 18,9052 | 15,7748 | ,6737 | ,8702 |
| RESS024 | 19,1954 | 14,7283 | ,7415 | ,8591 |
| RESS026 | 19,2960 | 14,3127 | ,7263 | ,8629 |
| RESS028 | 19,1178 | 14,6921 | ,7349 | ,8603 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 348,0 N of Items = 6

Alpha = ,8859

17. Materielle Ressourcen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | |
|----|---------|---------------------------|
| 1. | RESS029 | Einflussmöglichkeiten |
| 2. | RESS031 | Fortbildungsmöglichkeiten |
| 3. | RESS033 | Materielle Ausstattung |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS029 | 3,7082 | ,8477 | 353,0 |
| 2. | RESS031 | 3,6431 | 1,0267 | 353,0 |
| 3. | RESS033 | 3,4278 | ,8700 | 353,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 10,7790 | 3,9510 | 1,9877 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS029 | 7,0708 | 2,3160 | ,3552 | ,4362 |
| RESS031 | 7,1360 | 1,7712 | ,4120 | ,3340 |
| RESS033 | 7,3513 | 2,3933 | ,2975 | ,5187 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 353,0 N of Items = 3

Alpha = ,5397

18. Nutzbarkeit materielle Ressourcen

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

| | | |
|----|---------|---------------------------------------|
| 1. | RESS030 | Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten |
| 2. | RESS032 | Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten |
| 3. | RESS034 | Nutzbarkeit materielle Ausstattung |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS030 | 3,6724 | ,8674 | 351,0 |
| 2. | RESS032 | 3,6581 | 1,0295 | 351,0 |
| 3. | RESS034 | 3,5840 | ,8574 | 351,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 10,9145 | 4,4441 | 2,1081 | 3 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS030 | 7,2422 | 2,4755 | ,4456 | ,5498 |
| RESS032 | 7,2564 | 1,9055 | ,5202 | ,4388 |
| RESS034 | 7,3305 | 2,6105 | ,3965 | ,6115 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 351,0 N of Items = 3

Alpha = ,6402

19. Gesamtressourcen

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| | | |
|-----|---------|---|
| 1. | RESS001 | Fachkenntnisse |
| 2. | RESS003 | Feldkompetenz |
| 3. | RESS005 | Sicherheit |
| 4. | RESS007 | Wahrnehmungsfähigkeit Klienten |
| 5. | RESS009 | Berufliche Fertigkeiten |
| 6. | RESS011 | Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten |
| 7. | RESS013 | Abgrenzungsfähigkeit |
| 8. | RESS015 | Einfühlungsvermögen |
| 9. | RESS017 | Information Kollegen |
| 10. | RESS019 | Praktische Unterstützung Kollegen |
| 11. | RESS021 | Emotionale Unterstützung Kollegen |
| 12. | RESS023 | Information Vorgesetzte |
| 13. | RESS025 | Praktische Unterstützung Vorgesetzte |
| 14. | RESS027 | Emotionale Unterstützung Vorgesetzte |
| 15. | RESS029 | Einflussmöglichkeiten |
| 16. | RESS031 | Fortbildungsmöglichkeiten |
| 17. | RESS033 | Materielle Ausstattung |

| | | Mean | Std Dev | Cases |
|-----|---------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS001 | 4,0957 | ,6985 | 345,0 |
| 2. | RESS003 | 4,2145 | ,7665 | 345,0 |
| 3. | RESS005 | 4,1072 | ,7869 | 345,0 |
| 4. | RESS007 | 4,3652 | ,6194 | 345,0 |
| 5. | RESS009 | 4,1101 | ,7190 | 345,0 |
| 6. | RESS011 | 3,9130 | ,8377 | 345,0 |
| 7. | RESS013 | 4,1797 | ,7211 | 345,0 |
| 8. | RESS015 | 4,1942 | ,6379 | 345,0 |
| 9. | RESS017 | 3,7971 | ,8790 | 345,0 |
| 10. | RESS019 | 3,8725 | ,8800 | 345,0 |
| 11. | RESS021 | 3,9855 | ,9477 | 345,0 |
| 12. | RESS023 | 3,6261 | 1,0603 | 345,0 |
| 13. | RESS025 | 3,4435 | 1,1427 | 345,0 |
| 14. | RESS027 | 3,8290 | 1,0495 | 345,0 |
| 15. | RESS029 | 3,7072 | ,8447 | 345,0 |
| 16. | RESS031 | 3,6261 | 1,0269 | 345,0 |
| 17. | RESS033 | 3,4319 | ,8705 | 345,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 66,4986 | 66,1577 | 8,1337 | 17 |

Item-total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS001 | 62,4029 | 61,5494 | ,3759 | ,8546 |
| RESS003 | 62,2841 | 60,0237 | ,4670 | ,8510 |
| RESS005 | 62,3913 | 59,7563 | ,4752 | ,8506 |
| RESS007 | 62,1333 | 61,5578 | ,4338 | ,8528 |
| RESS009 | 62,3884 | 60,7324 | ,4380 | ,8522 |
| RESS011 | 62,5855 | 59,1562 | ,4889 | ,8498 |
| RESS013 | 62,3188 | 61,0434 | ,4078 | ,8534 |
| RESS015 | 62,3043 | 62,1775 | ,3552 | ,8553 |

| | | | | |
|---------|---------|---------|-------|-------|
| RESS017 | 62,7014 | 58,3031 | ,5276 | ,8480 |
| RESS019 | 62,6261 | 57,4557 | ,5942 | ,8448 |
| RESS021 | 62,5130 | 57,6808 | ,5265 | ,8479 |
| RESS023 | 62,8725 | 55,9430 | ,5731 | ,8455 |
| RESS025 | 63,0551 | 54,9534 | ,5843 | ,8450 |
| RESS027 | 62,6696 | 56,2277 | ,5609 | ,8461 |
| RESS029 | 62,7913 | 58,3400 | ,5506 | ,8470 |
| RESS031 | 62,8725 | 59,2860 | ,3678 | ,8567 |
| RESS033 | 63,0667 | 60,9054 | ,3308 | ,8571 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 345,0

N of Items = 17

Alpha = ,8581

20. Nutzbarkeit Gesamtresourcen

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| Item | Item Label | Description |
|------|------------|---|
| 1. | RESS002 | Nutzbarkeit Fachkenntnisse |
| 2. | RESS004 | Nutzbarkeit Feldkompetenz |
| 3. | RESS006 | Nutzbarkeit Sicherheit |
| 4. | RESS008 | Nutzbarkeit Wahrnehmungsfähigkeit Klienten |
| 5. | RESS010 | Nutzbarkeit berufliche Fertigkeiten |
| 6. | RESS012 | Nutzbarkeit Handlungs- und Entscheidungsmögli |
| 7. | RESS014 | Nutzbarkeit Abgrenzungsfähigkeit |
| 8. | RESS016 | Nutzbarkeit Einfühlungsvermögen |
| 9. | RESS018 | Nutzbarkeit Information Kollegen |
| 10. | RESS020 | Nutzbarkeit praktische Unterstützung Kollege |
| 11. | RESS022 | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Kollege |
| 12. | RESS024 | Nutzbarkeit Information Vorgesetzte |
| 13. | RESS026 | Nutzbarkeit praktische Unterstützung Vorgese |
| 14. | RESS028 | Nutzbarkeit emotionale Unterstützung Vorgese |
| 15. | RESS030 | Nutzbarkeit Einflussmöglichkeiten |
| 16. | RESS032 | Nutzbarkeit Fortbildungsmöglichkeiten |
| 17. | RESS034 | Nutzbarkeit materielle Ausstattung |

| Item | Item Label | Mean | Std Dev | Cases |
|------|------------|--------|---------|-------|
| 1. | RESS002 | 4,0909 | ,7711 | 341,0 |
| 2. | RESS004 | 4,1173 | ,7733 | 341,0 |
| 3. | RESS006 | 4,1085 | ,7802 | 341,0 |
| 4. | RESS008 | 4,2991 | ,7019 | 341,0 |
| 5. | RESS010 | 4,1056 | ,7280 | 341,0 |
| 6. | RESS012 | 3,8680 | ,8627 | 341,0 |
| 7. | RESS014 | 4,1642 | ,7799 | 341,0 |
| 8. | RESS016 | 4,1789 | ,6776 | 341,0 |
| 9. | RESS018 | 3,9531 | ,8353 | 341,0 |
| 10. | RESS020 | 3,9707 | ,8432 | 341,0 |
| 11. | RESS022 | 3,9589 | ,9447 | 341,0 |
| 12. | RESS024 | 3,6716 | 1,0336 | 341,0 |
| 13. | RESS026 | 3,5630 | 1,1218 | 341,0 |
| 14. | RESS028 | 3,7478 | 1,0520 | 341,0 |
| 15. | RESS030 | 3,6716 | ,8698 | 341,0 |
| 16. | RESS032 | 3,6422 | 1,0352 | 341,0 |
| 17. | RESS034 | 3,5748 | ,8666 | 341,0 |

| Statistics for | Mean | Variance | Std Dev | N of Variables |
|----------------|---------|----------|---------|----------------|
| SCALE | 66,6862 | 85,8865 | 9,2675 | 17 |

Item-total Statistics

| Item | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| RESS002 | 62,5953 | 76,8299 | ,6260 | ,8951 |
| RESS004 | 62,5689 | 76,7224 | ,6323 | ,8949 |
| RESS006 | 62,5777 | 78,3976 | ,4980 | ,8988 |
| RESS008 | 62,3871 | 78,6850 | ,5388 | ,8978 |
| RESS010 | 62,5806 | 77,7972 | ,5886 | ,8964 |
| RESS012 | 62,8182 | 76,9904 | ,5384 | ,8976 |
| RESS014 | 62,5220 | 79,6326 | ,4056 | ,9014 |
| RESS016 | 62,5073 | 79,0860 | ,5262 | ,8982 |

| | | | | |
|---------|---------|---------|-------|-------|
| RESS018 | 62,7331 | 76,4315 | ,5996 | ,8957 |
| RESS020 | 62,7155 | 75,8041 | ,6383 | ,8945 |
| RESS022 | 62,7273 | 74,9930 | ,6113 | ,8952 |
| RESS024 | 63,0147 | 73,5792 | ,6338 | ,8944 |
| RESS026 | 63,1232 | 73,0260 | ,6051 | ,8959 |
| RESS028 | 62,9384 | 73,4227 | ,6299 | ,8946 |
| RESS030 | 63,0147 | 75,5086 | ,6365 | ,8944 |
| RESS032 | 63,0440 | 76,0186 | ,4873 | ,9000 |
| RESS034 | 63,1114 | 78,3228 | ,4441 | ,9005 |

Reliability Coefficients

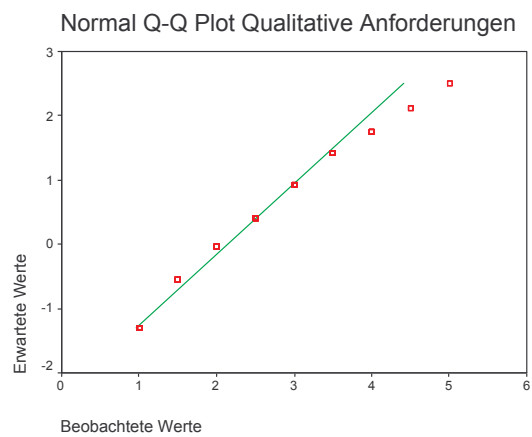
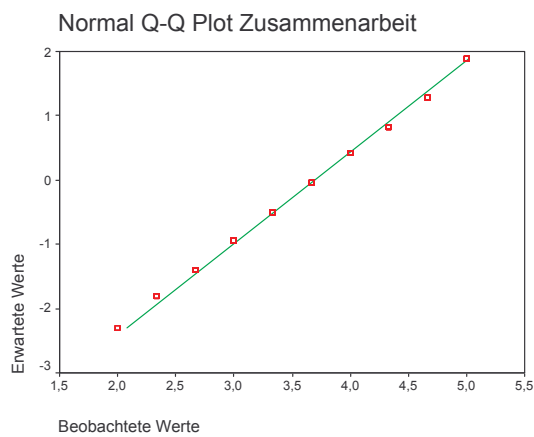
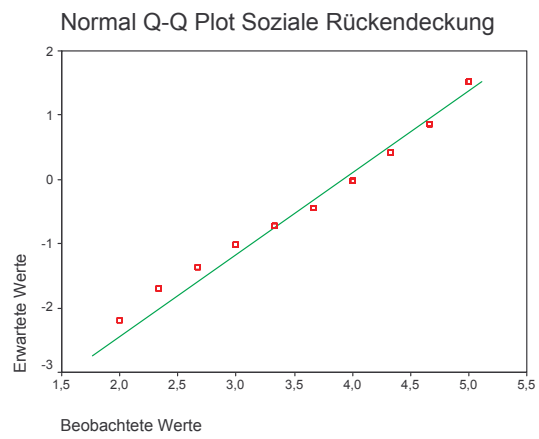
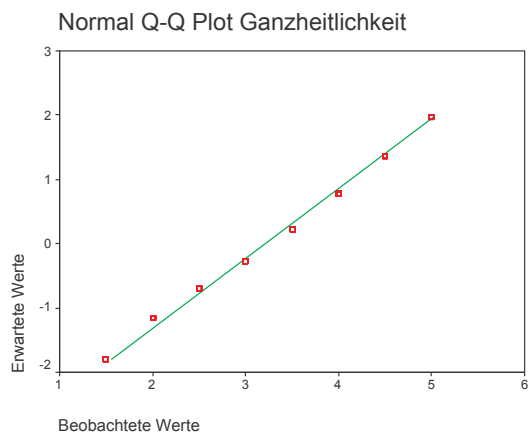
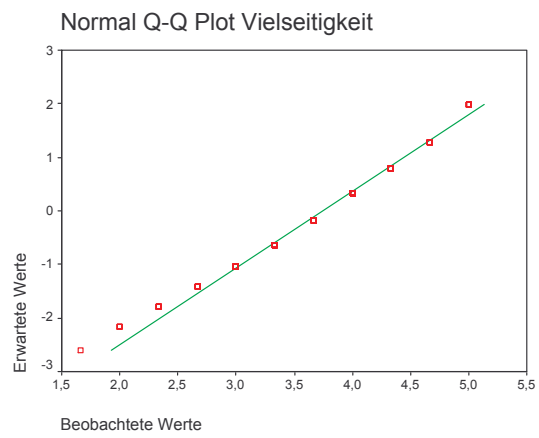
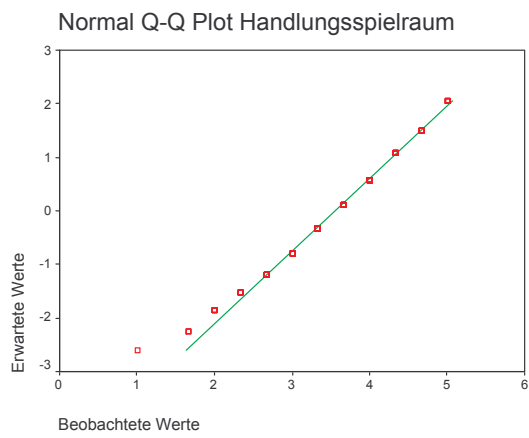
N of Cases = 341,0

N of Items = 17

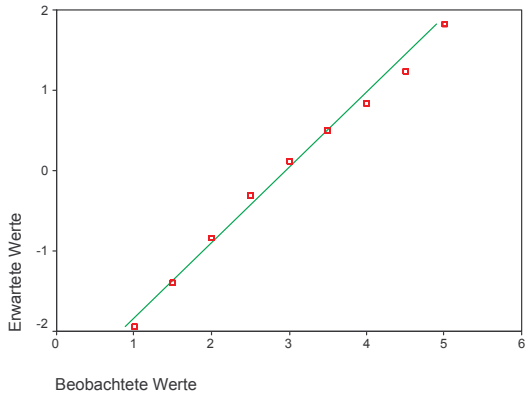
Alpha = ,9023

Anhang 3: Normalverteilungsplots der Skalen MZP 1 und MZP 2

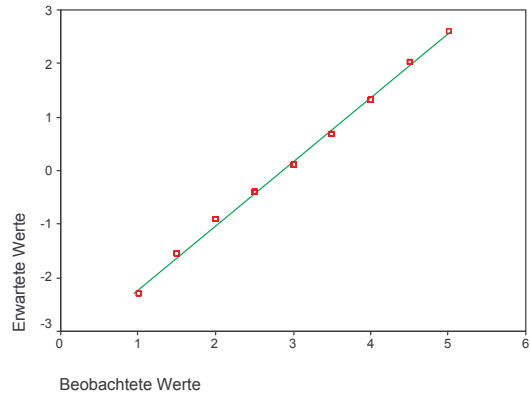
1. KFZA-Skalen MZP 1 Q-Q-Plots



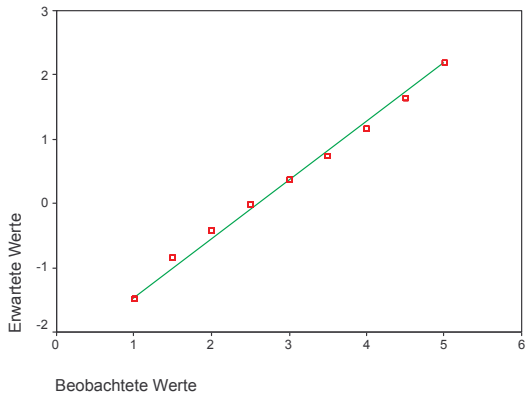
Normal Q-Q Plot Quantitative Anforderungen



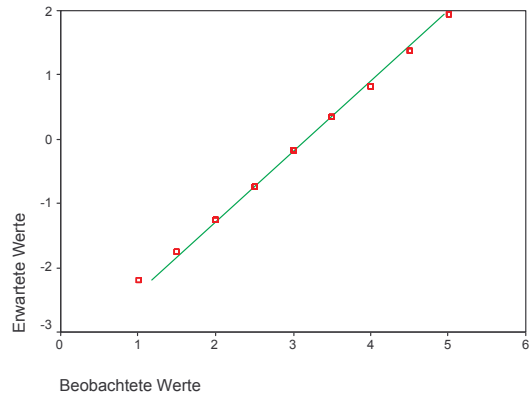
Normal Q-Q Plot Arbeitsunterbrechungen



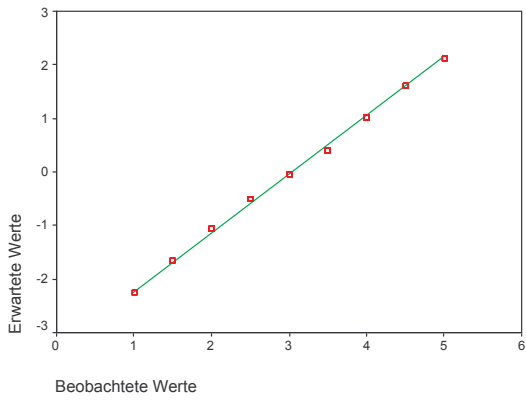
Normal Q-Q Plot Umgebungsbedingungen



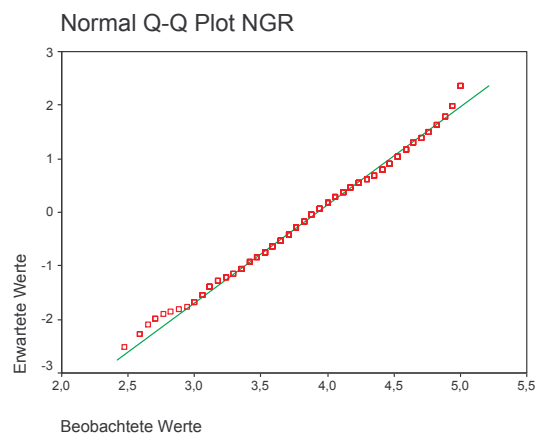
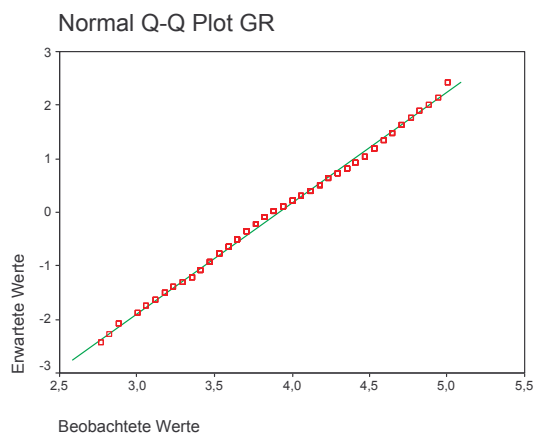
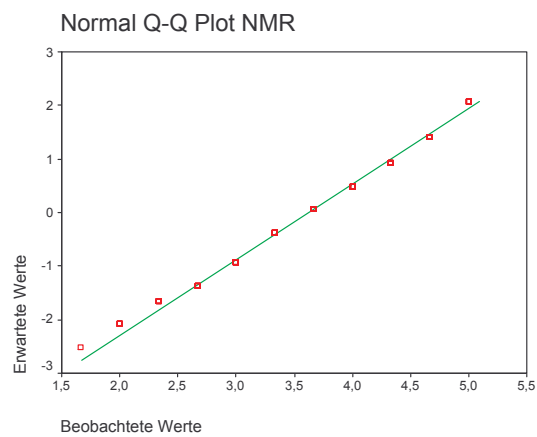
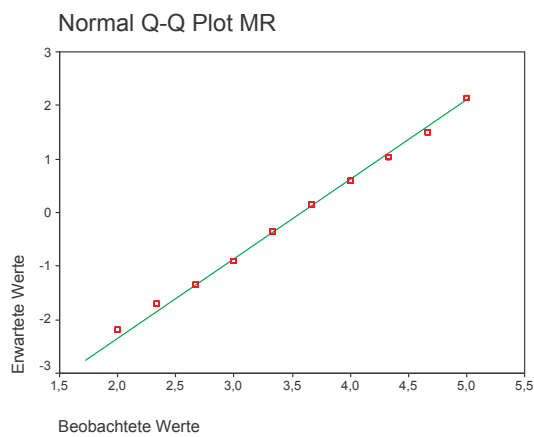
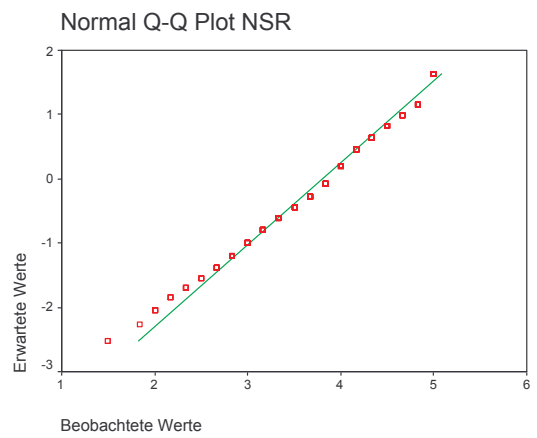
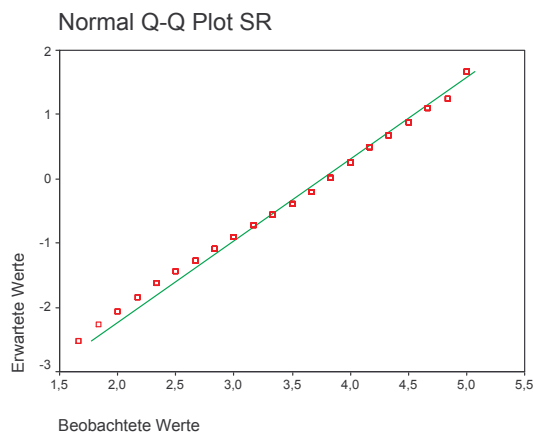
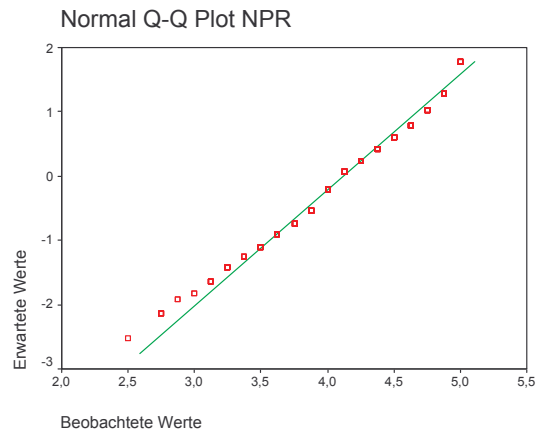
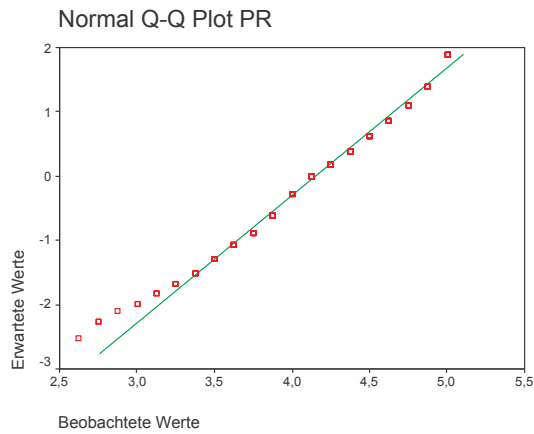
Normal Q-Q Plot Information Mitarbeiter



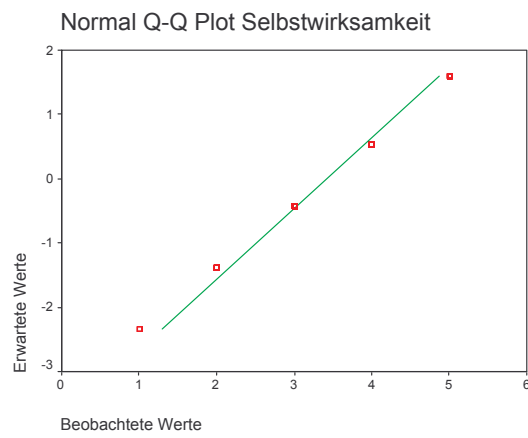
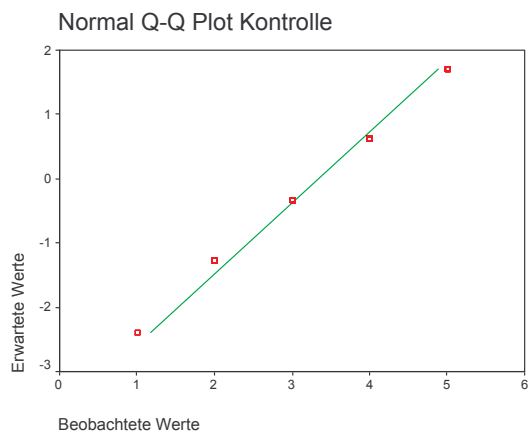
Normal Q-Q Plot Betriebliche Leistungen



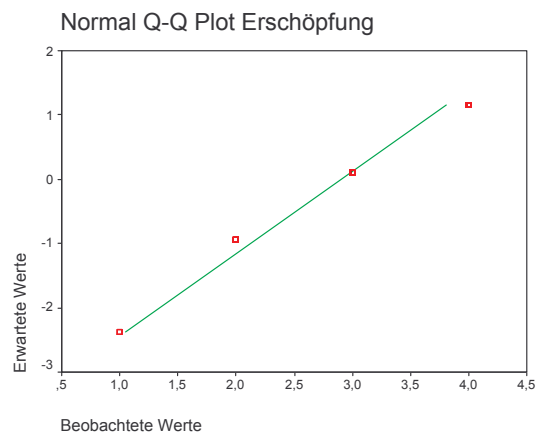
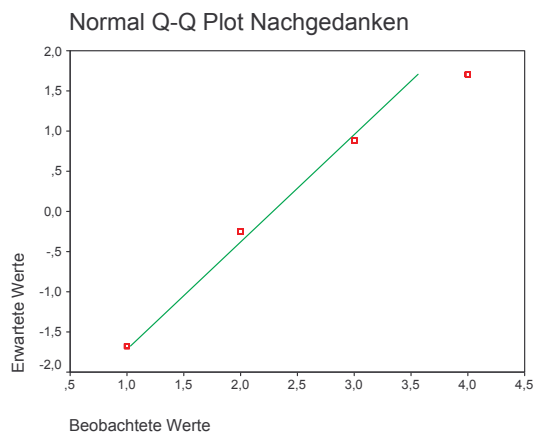
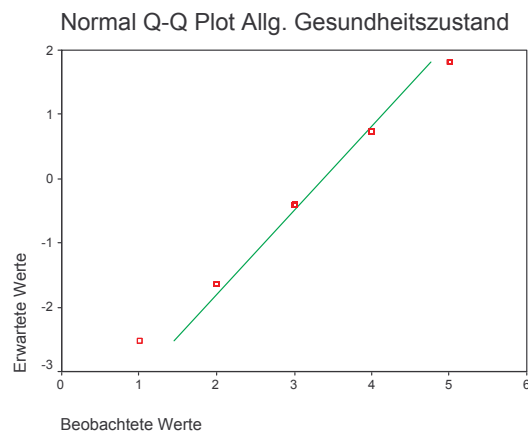
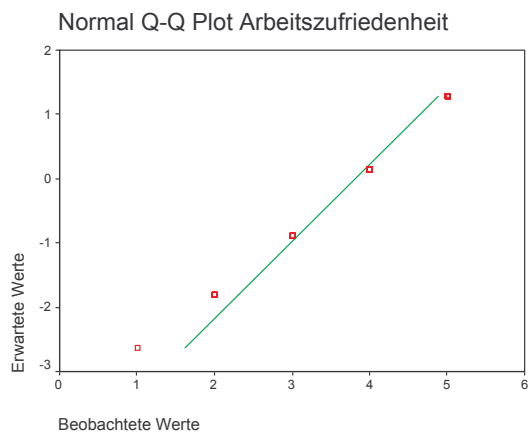
2. Ressourcenskalen MZP 1 Q-Q-Plots

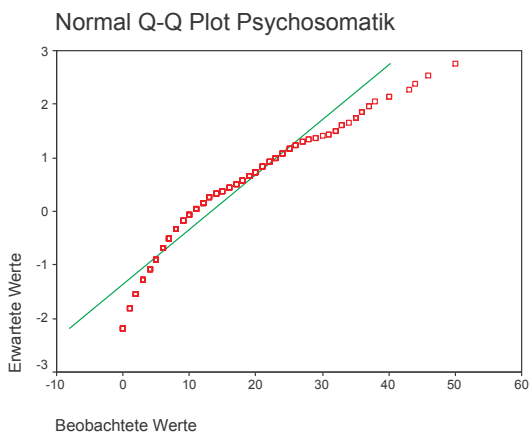
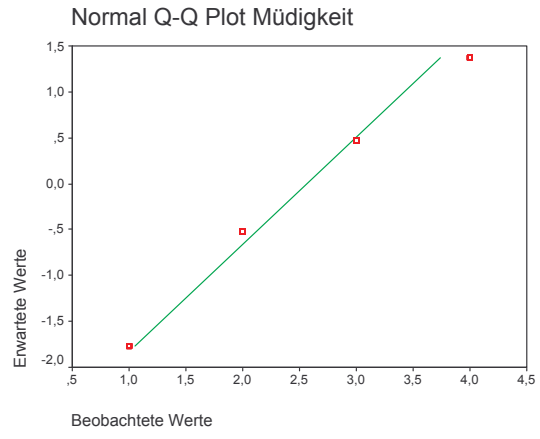
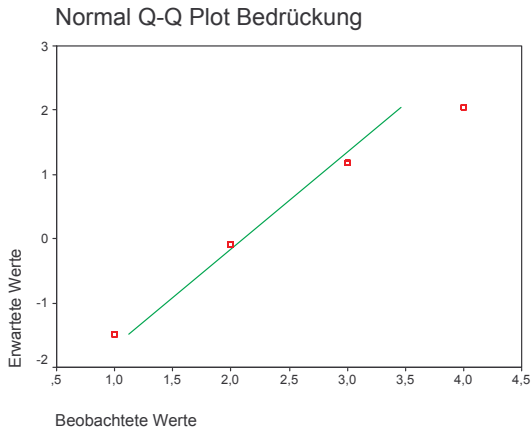


3. Kontrolle und Selbstwirksamkeit MZP 1 Q-Q-Plots

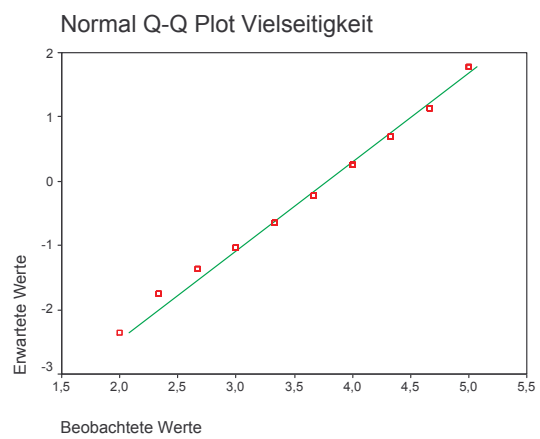
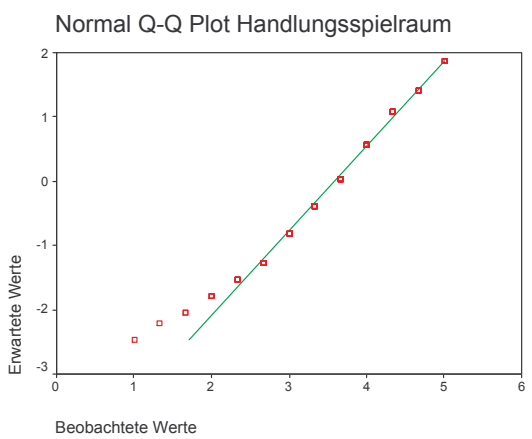


4. Arbeitszufriedenheit und Gesundheit MZP 1 Q-Q-Plots

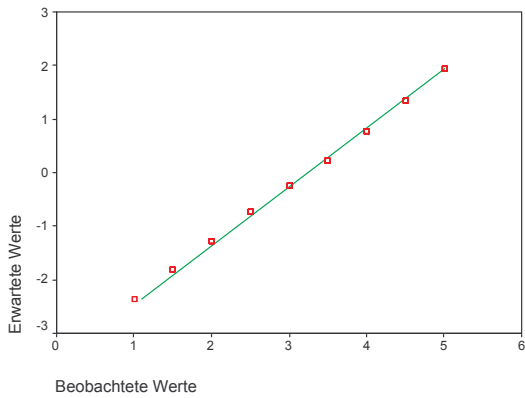




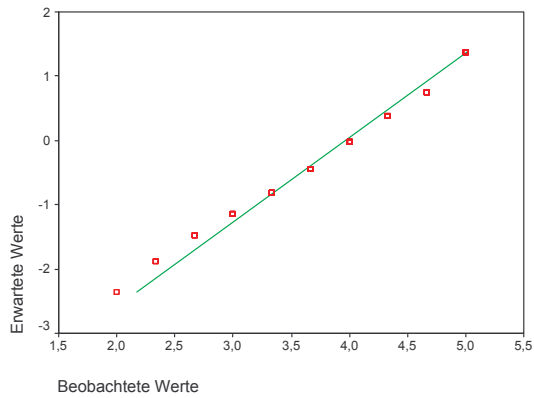
5. KFZA-Skalen MZP 2 Q-Q-Plots



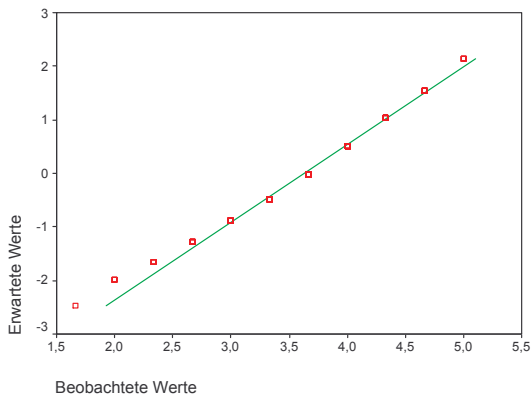
Normal Q-Q Plot Ganzheitlichkeit



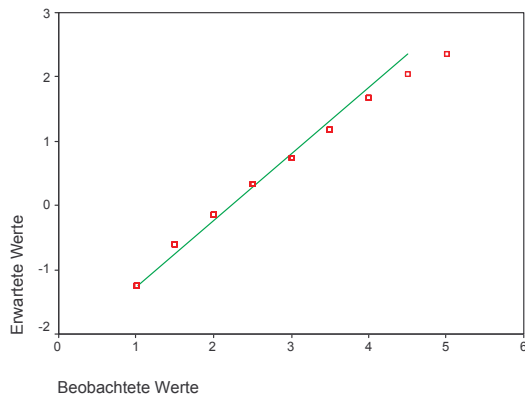
Normal Q-Q Plot Soziale Rückendeckung



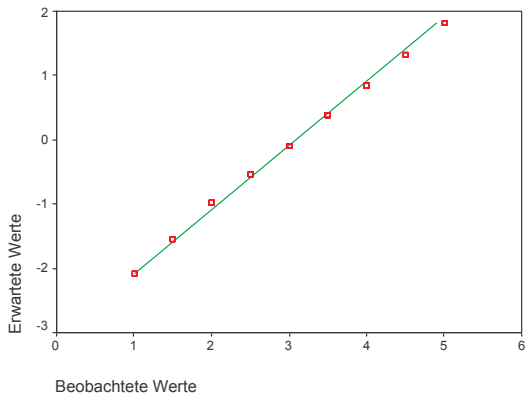
Normal Q-Q Plot Zusammenarbeit



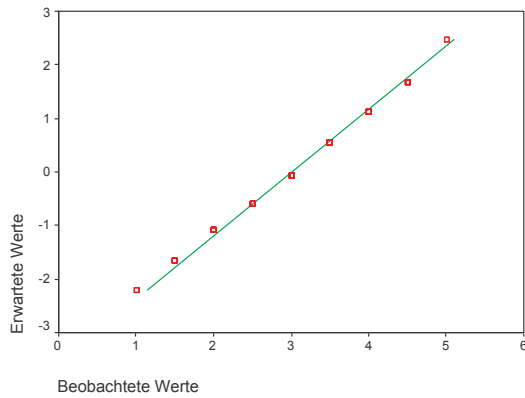
Normal Q-Q Plot Qualitative Anforderungen



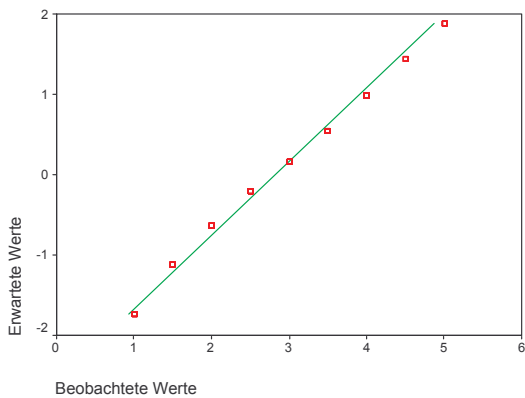
Normal Q-Q Plot Quantitative Anforderungen



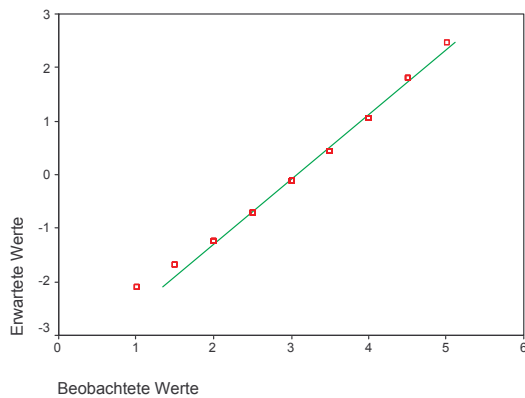
Normal Q-Q Plot Arbeitsunterbrechungen

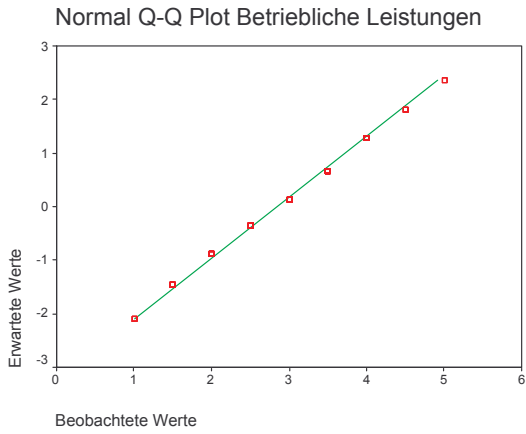


Normal Q-Q Plot Umgebungsbedingungen

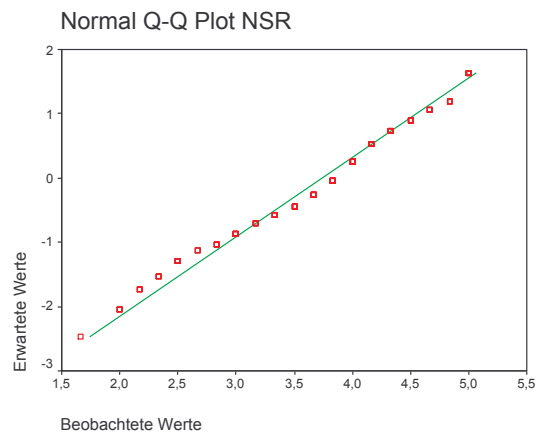
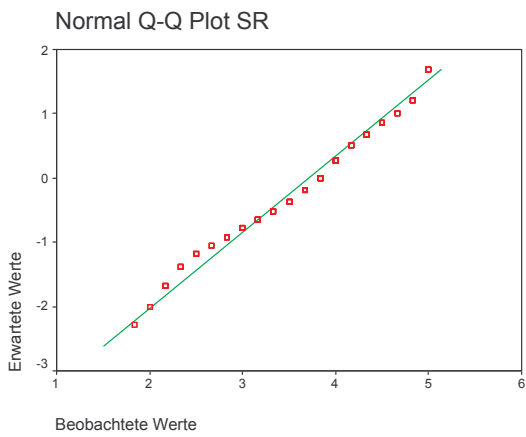
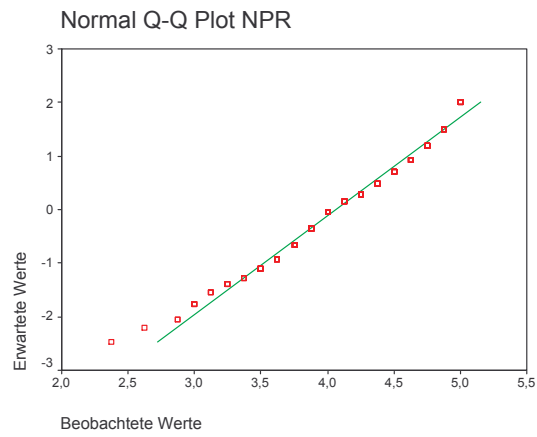
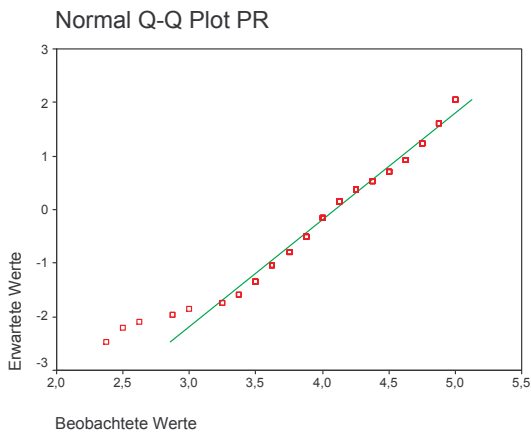


Normal Q-Q Plot Information Mitarbeiter

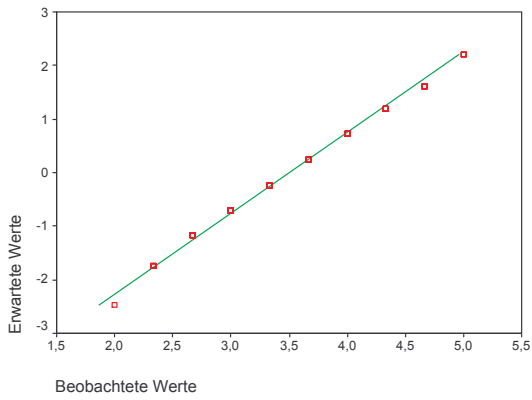




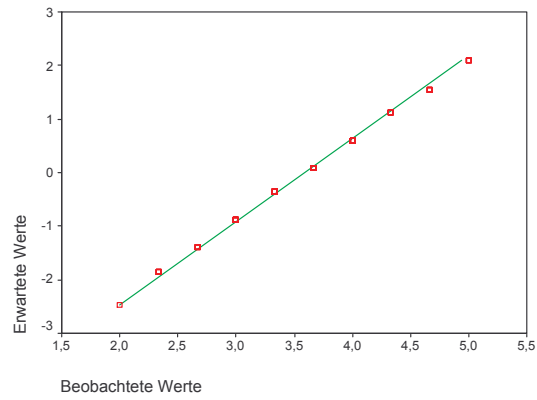
6. Ressourcenskalen MZP 2 Q-Q-Plots



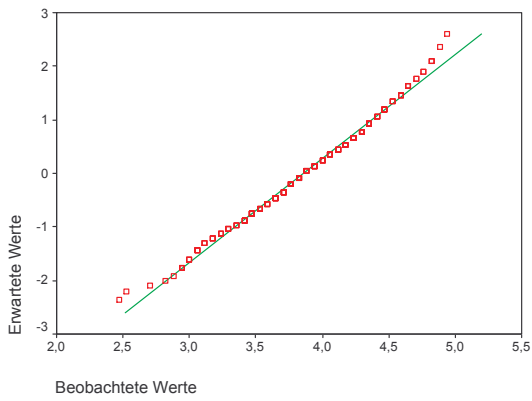
Normal Q-Q Plot MR



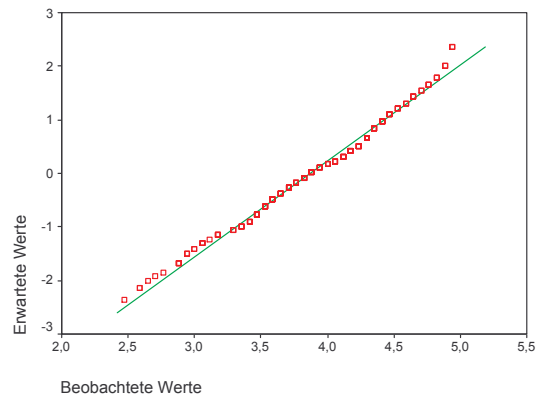
Normal Q-Q Plot NMR



Normal Q-Q Plot GR

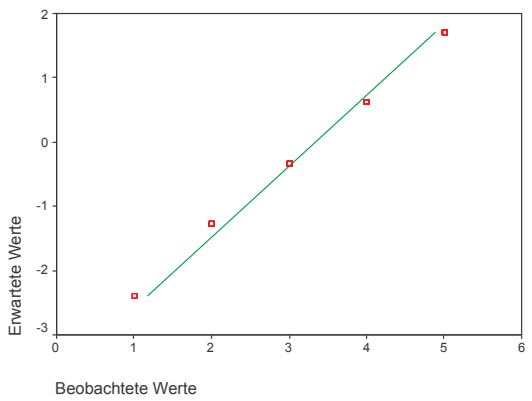


Normal Q-Q Plot NGR

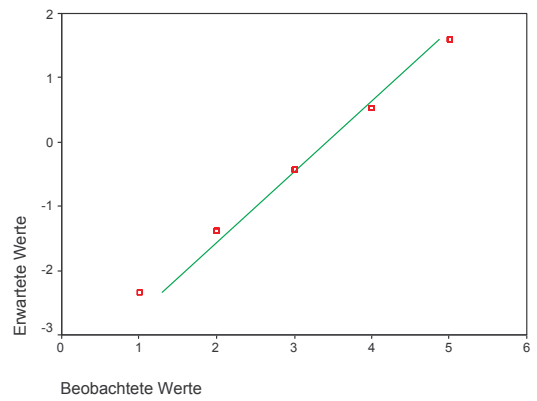


7. Kontrolle und Selbstwirksamkeit MZP 2

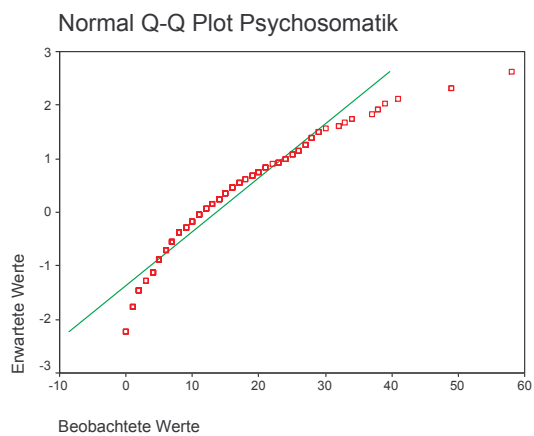
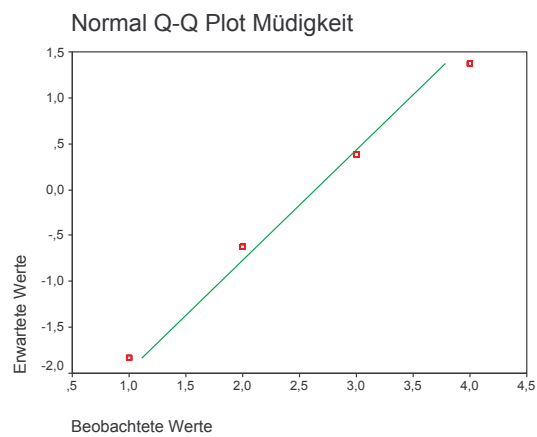
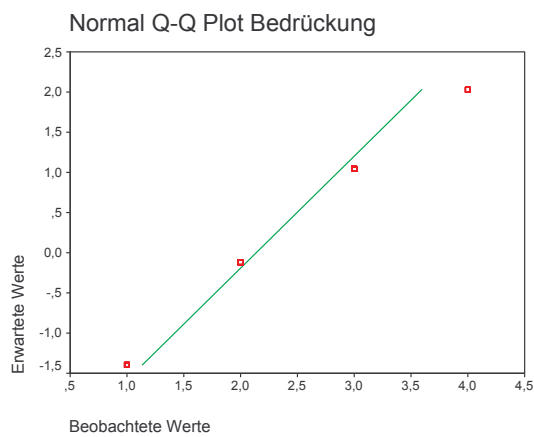
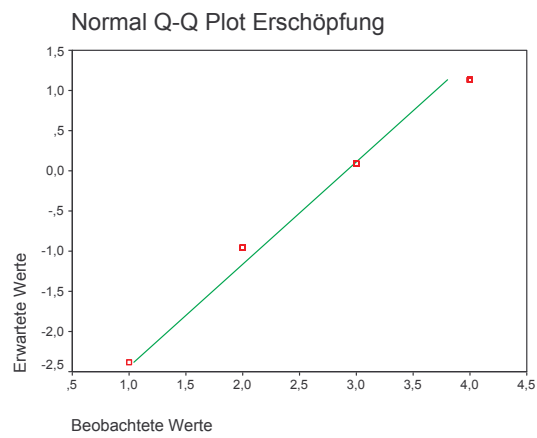
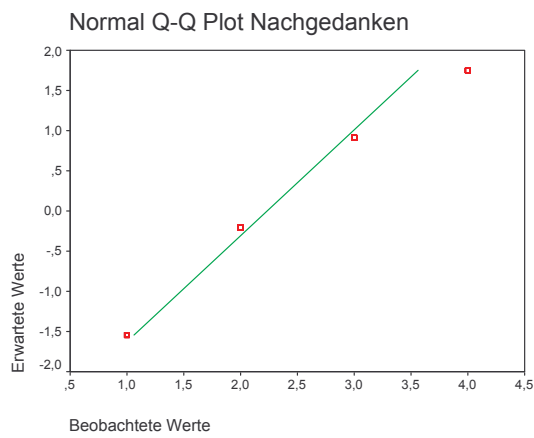
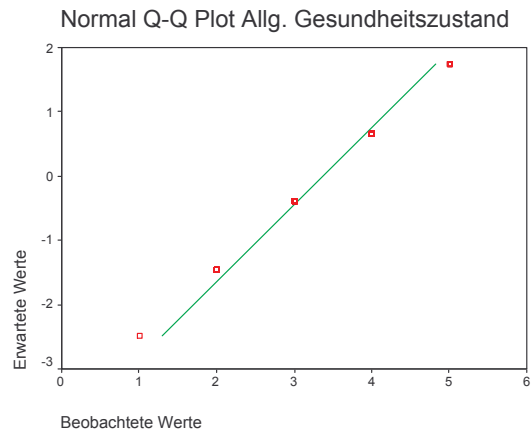
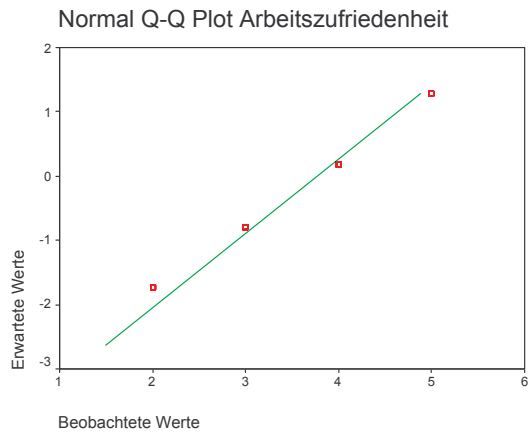
Normal Q-Q Plot Kontrolle



Normal Q-Q Plot Selbstwirksamkeit



8. Arbeitszufriedenheit und Gesundheit MZP 2 Q-Q-Plots



Anhang 4: Normalverteilung und Varianzenhomogenität Ressourcenskalen und KFZA-Skalen MZP 1 und MZP 2

1. Ressourcenskalen Messzeitpunkt 1

Normalverteilung

| | Gruppe | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistik | df | Sig. | Statistik | df | Sig. |
| Professionelle Ressourcen | Teamsupervision | ,091 | 88 | ,068 | | | |
| | Gruppensupervision | ,135 | 35 | ,107 | ,955 | 35 | ,279 |
| | keine Supervision | ,141 | 15 | ,200 | ,943 | 15 | ,444 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Teamsupervision | ,095 | 88 | ,047 | | | |
| | Gruppensupervision | ,113 | 35 | ,200 | ,959 | 35 | ,335 |
| | keine Supervision | ,125 | 15 | ,200 | ,946 | 15 | ,464 |
| Soziale Ressourcen | Teamsupervision | ,089 | 88 | ,083 | | | |
| | Gruppensupervision | ,175 | 35 | ,008 | ,962 | 35 | ,396 |
| | keine Supervision | ,263 | 15 | ,006 | ,906 | 15 | ,137 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Teamsupervision | ,081 | 88 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,187 | 35 | ,003 | ,959 | 35 | ,344 |
| | keine Supervision | ,175 | 15 | ,200 | ,917 | 15 | ,230 |
| Materielle Ressourcen | Teamsupervision | ,161 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,178 | 35 | ,006 | ,953 | 35 | ,239 |
| | keine Supervision | ,184 | 15 | ,181 | ,919 | 15 | ,250 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Teamsupervision | ,153 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,139 | 35 | ,086 | ,935 | 35 | ,056 |
| | keine Supervision | ,155 | 15 | ,200 | ,945 | 15 | ,462 |
| Gesamtressourcen | Teamsupervision | ,077 | 88 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,100 | 35 | ,200 | ,966 | 35 | ,455 |
| | keine Supervision | ,099 | 15 | ,200 | ,966 | 15 | ,763 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | Teamsupervision | ,073 | 88 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,116 | 35 | ,200 | ,934 | 35 | ,050 |
| | keine Supervision | ,132 | 15 | ,200 | ,951 | 15 | ,522 |

Varianzhomogenität

| | Basis | Levene Statistik | df1 | df2 | Sig. |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------|-----|---------|------|
| Professionelle Ressourcen | Mittelwert | ,493 | 2 | 135 | ,612 |
| | Median | ,516 | 2 | 135 | ,598 |
| | Median mit korr. df | ,516 | 2 | 127,692 | ,598 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,474 | 2 | 135 | ,624 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Mittelwert | ,598 | 2 | 135 | ,552 |
| | Median | ,441 | 2 | 135 | ,644 |
| | Median mit korr. df | ,441 | 2 | 129,145 | ,644 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,618 | 2 | 135 | ,541 |
| Soziale Ressourcen | Mittelwert | 1,531 | 2 | 135 | ,220 |
| | Median | 1,474 | 2 | 135 | ,233 |
| | Median mit korr. df | 1,474 | 2 | 129,439 | ,233 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,457 | 2 | 135 | ,236 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Mittelwert | 1,817 | 2 | 135 | ,167 |
| | Median | 1,748 | 2 | 135 | ,178 |
| | Median mit korr. df | 1,748 | 2 | 132,509 | ,178 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,814 | 2 | 135 | ,167 |
| Materielle Ressourcen | Mittelwert | ,588 | 2 | 135 | ,557 |
| | Median | ,572 | 2 | 135 | ,565 |
| | Median mit korr. df | ,572 | 2 | 126,811 | ,566 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,631 | 2 | 135 | ,533 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Mittelwert | ,944 | 2 | 135 | ,392 |
| | Median | ,997 | 2 | 135 | ,372 |
| | Median mit korr. df | ,997 | 2 | 127,058 | ,372 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,948 | 2 | 135 | ,390 |
| Gesamtressourcen | Mittelwert | 2,037 | 2 | 135 | ,134 |
| | Median | 2,108 | 2 | 135 | ,125 |
| | Median mit korr. df | 2,108 | 2 | 130,547 | ,126 |
| | Getrimmter Mittelwert | 2,019 | 2 | 135 | ,137 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | Mittelwert | ,646 | 2 | 135 | ,526 |
| | Median | ,561 | 2 | 135 | ,572 |
| | Median mit korr. df | ,561 | 2 | 124,766 | ,572 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,647 | 2 | 135 | ,525 |

2. KFZA-Skalen Messzeitpunkt 1

Normalverteilung

| | Gruppe | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistik | df | Sig. | Statistik | df | Sig. |
| Handlungsspielraum | Teamsupervision | ,112 | 84 | ,011 | | | |
| | Gruppensupervision | ,213 | 35 | ,000 | ,941 | 35 | ,087 |
| | keine Supervision | ,171 | 16 | ,200 | ,929 | 16 | ,299 |
| Vielseitigkeit | Teamsupervision | ,137 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,174 | 35 | ,009 | ,911 | 35 | ,011 |
| | keine Supervision | ,168 | 16 | ,200 | ,950 | 16 | ,483 |
| Ganzheitlichkeit | Teamsupervision | ,165 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,173 | 35 | ,010 | ,954 | 35 | ,259 |
| | keine Supervision | ,226 | 16 | ,029 | ,924 | 16 | ,258 |
| Soziale Rückendeckung | Teamsupervision | ,149 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,145 | 35 | ,059 | ,939 | 35 | ,074 |
| | keine Supervision | ,193 | 16 | ,116 | ,874 | 16 | ,034 |
| Zusammenarbeit | Teamsupervision | ,100 | 84 | ,039 | | | |
| | Gruppensupervision | ,154 | 35 | ,034 | ,932 | 35 | ,046 |
| | keine Supervision | ,185 | 16 | ,146 | ,901 | 16 | ,086 |
| Qualitative Anforderungen | Teamsupervision | ,180 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,171 | 35 | ,011 | ,911 | 35 | ,011 |
| | keine Supervision | ,171 | 16 | ,200 | ,962 | 16 | ,670 |
| Quantitative Anforderungen | Teamsupervision | ,163 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,178 | 35 | ,006 | ,944 | 35 | ,099 |
| | keine Supervision | ,191 | 16 | ,122 | ,949 | 16 | ,472 |
| Arbeitsunterbrechungen | Teamsupervision | ,168 | 84 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,167 | 35 | ,015 | ,953 | 35 | ,245 |
| | keine Supervision | ,206 | 16 | ,068 | ,937 | 16 | ,370 |
| Umgebungsbedingungen | Teamsupervision | ,110 | 84 | ,013 | | | |
| | Gruppensupervision | ,149 | 35 | ,047 | ,929 | 35 | ,040 |
| | keine Supervision | ,160 | 16 | ,200 | ,903 | 16 | ,093 |
| Information Mitarbeiter | Teamsupervision | ,136 | 84 | ,001 | | | |
| | Gruppensupervision | ,199 | 35 | ,001 | ,930 | 35 | ,041 |
| | keine Supervision | ,145 | 16 | ,200 | ,949 | 16 | ,478 |
| Betriebliche Leistungen | Teamsupervision | ,113 | 84 | ,010 | | | |
| | Gruppensupervision | ,206 | 35 | ,001 | ,844 | 35 | ,010 |
| | keine Supervision | ,158 | 16 | ,200 | ,959 | 16 | ,618 |

Varianzhomogenität

| | Basis | Levene Statistik | df1 | df2 | Sig. |
|----------------------------|-----------------------|------------------|-----|---------|------|
| Handlungsspielraum | Mittelwert | ,379 | 2 | 132 | ,686 |
| | Median | ,553 | 2 | 132 | ,577 |
| | Median mit korr. df | ,553 | 2 | 131,327 | ,577 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,356 | 2 | 132 | ,701 |
| Vielseitigkeit | Mittelwert | ,737 | 2 | 132 | ,480 |
| | Median | ,748 | 2 | 132 | ,475 |
| | Median mit korr. df | ,748 | 2 | 126,258 | ,475 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,755 | 2 | 132 | ,472 |
| Ganzheitlichkeit | Mittelwert | 2,168 | 2 | 132 | ,118 |
| | Median | 1,777 | 2 | 132 | ,173 |
| | Median mit korr. df | 1,777 | 2 | 130,359 | ,173 |
| | Getrimmter Mittelwert | 2,176 | 2 | 132 | ,118 |
| Soziale Rückendeckung | Mittelwert | ,700 | 2 | 132 | ,498 |
| | Median | ,480 | 2 | 132 | ,620 |
| | Median mit korr. df | ,480 | 2 | 124,604 | ,620 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,616 | 2 | 132 | ,541 |
| Zusammenarbeit | Mittelwert | ,105 | 2 | 132 | ,901 |
| | Median | ,153 | 2 | 132 | ,858 |
| | Median mit korr. df | ,153 | 2 | 130,268 | ,858 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,099 | 2 | 132 | ,905 |
| Qualitative Anforderungen | Mittelwert | 1,261 | 2 | 132 | ,287 |
| | Median | ,987 | 2 | 132 | ,375 |
| | Median mit korr. df | ,987 | 2 | 127,503 | ,376 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,297 | 2 | 132 | ,277 |
| Quantitative Anforderungen | Mittelwert | ,084 | 2 | 132 | ,919 |
| | Median | ,076 | 2 | 132 | ,927 |
| | Median mit korr. df | ,076 | 2 | 131,770 | ,927 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,091 | 2 | 132 | ,913 |
| Arbeitsunterbrechungen | Mittelwert | 1,741 | 2 | 132 | ,179 |
| | Median | 1,217 | 2 | 132 | ,299 |
| | Median mit korr. df | 1,217 | 2 | 131,003 | ,299 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,779 | 2 | 132 | ,173 |
| Umgebungsbedingungen | Mittelwert | ,873 | 2 | 132 | ,420 |
| | Median | ,664 | 2 | 132 | ,516 |
| | Median mit korr. df | ,664 | 2 | 123,343 | ,517 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,798 | 2 | 132 | ,453 |
| Information Mitarbeiter | Mittelwert | ,724 | 2 | 132 | ,487 |
| | Median | ,615 | 2 | 132 | ,542 |
| | Median mit korr. df | ,615 | 2 | 128,533 | ,542 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,709 | 2 | 132 | ,494 |
| Betriebliche Leistungen | Mittelwert | 1,492 | 2 | 132 | ,229 |
| | Median | 1,680 | 2 | 132 | ,190 |
| | Median mit korr. df | 1,680 | 2 | 129,866 | ,190 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,536 | 2 | 132 | ,219 |

3. Ressourcenskalen Messzeitpunkt 2

Normalverteilung

| | Gruppe | Kolmogorov-Smirnov | df | Sig. | Shapiro-Wilk | df | Sig. |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistik | | | Statistik | | |
| Professionelle Ressourcen | Teamsupervision | ,153 | 85 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,098 | 35 | ,200 | ,956 | 35 | ,293 |
| | keine Supervision | ,104 | 15 | ,200 | ,977 | 15 | ,920 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Teamsupervision | ,148 | 85 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,124 | 35 | ,191 | ,952 | 35 | ,234 |
| | keine Supervision | ,132 | 15 | ,200 | ,979 | 15 | ,945 |
| Soziale Ressourcen | Teamsupervision | ,074 | 85 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,135 | 35 | ,104 | ,935 | 35 | ,053 |
| | keine Supervision | ,162 | 15 | ,200 | ,893 | 15 | ,081 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Teamsupervision | ,093 | 85 | ,069 | | | |
| | Gruppensupervision | ,181 | 35 | ,005 | ,916 | 35 | ,016 |
| | keine Supervision | ,116 | 15 | ,200 | ,957 | 15 | ,605 |
| Materielle Ressourcen | Teamsupervision | ,155 | 85 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,146 | 35 | ,058 | ,954 | 35 | ,265 |
| | keine Supervision | ,191 | 15 | ,147 | ,946 | 15 | ,468 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Teamsupervision | ,123 | 85 | ,003 | | | |
| | Gruppensupervision | ,168 | 35 | ,014 | ,936 | 35 | ,062 |
| | keine Supervision | ,198 | 15 | ,117 | ,877 | 15 | ,045 |
| Gesamtressourcen | Teamsupervision | ,080 | 85 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,093 | 35 | ,200 | ,966 | 35 | ,452 |
| | keine Supervision | ,212 | 15 | ,068 | ,943 | 15 | ,442 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | Teamsupervision | ,089 | 85 | ,092 | | | |
| | Gruppensupervision | ,075 | 35 | ,200 | ,978 | 35 | ,733 |
| | keine Supervision | ,155 | 15 | ,200 | ,959 | 15 | ,648 |

Varianzhomogenität

| | Basis | Levene Statistik | df1 | df2 | Sig. |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------|-----|---------|------|
| Professionelle Ressourcen | Mittelwert | ,932 | 2 | 132 | ,396 |
| | Median | 1,044 | 2 | 132 | ,355 |
| | Median mit korr. df | 1,044 | 2 | 125,921 | ,355 |
| Nutzbarkeit professionelle Ressourcen | Getrimmter Mittelwert | ,967 | 2 | 132 | ,383 |
| | Mittelwert | ,654 | 2 | 132 | ,522 |
| | Median | ,553 | 2 | 132 | ,577 |
| Soziale Ressourcen | Median mit korr. df | ,553 | 2 | 125,327 | ,577 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,641 | 2 | 132 | ,528 |
| | Mittelwert | 1,531 | 2 | 132 | ,220 |
| Nutzbarkeit soziale Ressourcen | Median | 1,210 | 2 | 132 | ,302 |
| | Median mit korr. df | 1,210 | 2 | 131,639 | ,302 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,520 | 2 | 132 | ,223 |
| Materielle Ressourcen | Mittelwert | ,762 | 2 | 132 | ,469 |
| | Median | ,635 | 2 | 132 | ,532 |
| | Median mit korr. df | ,635 | 2 | 128,954 | ,532 |
| Nutzbarkeit materielle Ressourcen | Getrimmter Mittelwert | ,756 | 2 | 132 | ,471 |
| | Mittelwert | ,363 | 2 | 132 | ,696 |
| | Median | ,169 | 2 | 132 | ,845 |
| Gesamtressourcen | Median mit korr. df | ,169 | 2 | 129,123 | ,845 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,333 | 2 | 132 | ,717 |
| | Mittelwert | ,670 | 2 | 132 | ,513 |
| Nutzbarkeit Gesamtressourcen | Median | ,462 | 2 | 132 | ,631 |
| | Median mit korr. df | ,462 | 2 | 131,446 | ,631 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,643 | 2 | 132 | ,527 |
| Nutzbarkeit Gesamtrressourcen | Mittelwert | 3,215 | 2 | 132 | ,043 |
| | Median | 2,381 | 2 | 132 | ,096 |
| | Median mit korr. df | 2,381 | 2 | 121,196 | ,097 |
| Nutzbarkeit Gesamtrressourcen | Getrimmter Mittelwert | 3,233 | 2 | 132 | ,043 |
| | Mittelwert | 1,638 | 2 | 132 | ,198 |
| | Median | 1,512 | 2 | 132 | ,224 |
| Nutzbarkeit Gesamtrressourcen | Median mit korr. df | 1,512 | 2 | 130,162 | ,224 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,629 | 2 | 132 | ,200 |

4. KFZA-Skalen Messzeitpunkt 2

Normalverteilung

| | Gruppe | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistik | df | Sig. | Statistik | df | Sig. |
| Handlungsspielraum | Teamsupervision | ,165 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,149 | 30 | ,087 | ,942 | 30 | ,139 |
| | keine Supervision | ,157 | 14 | ,200 | ,902 | 14 | ,154 |
| Vielseitigkeit | Teamsupervision | ,121 | 88 | ,003 | | | |
| | Gruppensupervision | ,221 | 30 | ,001 | ,888 | 30 | ,010 |
| | keine Supervision | ,163 | 14 | ,200 | ,949 | 14 | ,523 |
| Ganzheitlichkeit | Teamsupervision | ,168 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,218 | 30 | ,001 | ,930 | 30 | ,061 |
| | keine Supervision | ,221 | 14 | ,062 | ,917 | 14 | ,270 |
| Soziale Rückendeckung | Teamsupervision | ,115 | 88 | ,006 | | | |
| | Gruppensupervision | ,123 | 30 | ,200 | ,948 | 30 | ,234 |
| | keine Supervision | ,253 | 14 | ,016 | ,818 | 14 | ,010 |
| Zusammenarbeit | Teamsupervision | ,125 | 88 | ,002 | | | |
| | Gruppensupervision | ,179 | 30 | ,015 | ,951 | 30 | ,267 |
| | keine Supervision | ,256 | 14 | ,013 | ,900 | 14 | ,139 |
| Qualitative Anforderungen | Teamsupervision | ,179 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,166 | 30 | ,034 | ,898 | 30 | ,010 |
| | keine Supervision | ,186 | 14 | ,200 | ,912 | 14 | ,229 |
| Quantitative Anforderungen | Teamsupervision | ,140 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,134 | 30 | ,176 | ,958 | 30 | ,368 |
| | keine Supervision | ,226 | 14 | ,051 | ,874 | 14 | ,051 |
| Arbeitsunterbrechungen | Teamsupervision | ,156 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,190 | 30 | ,007 | ,907 | 30 | ,016 |
| | keine Supervision | ,155 | 14 | ,200 | ,935 | 14 | ,405 |
| Umgebungsbedingungen | Teamsupervision | ,130 | 88 | ,001 | | | |
| | Gruppensupervision | ,151 | 30 | ,079 | ,965 | 30 | ,474 |
| | keine Supervision | ,228 | 14 | ,047 | ,889 | 14 | ,086 |
| Information Mitarbeiter | Teamsupervision | ,134 | 88 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,153 | 30 | ,071 | ,929 | 30 | ,057 |
| | keine Supervision | ,199 | 14 | ,140 | ,948 | 14 | ,519 |
| Betriebliche Leistungen | Teamsupervision | ,126 | 88 | ,001 | | | |
| | Gruppensupervision | ,232 | 30 | ,000 | ,900 | 30 | ,010 |
| | keine Supervision | ,150 | 14 | ,200 | ,949 | 14 | ,526 |

Varianzhomogenität

| | Basis | Levene Sta- tistik | df1 | df2 | Sig. |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----|---------|------|
| Handlungsspielraum | Mittelwert | ,587 | 2 | 129 | ,557 |
| | Median | ,416 | 2 | 129 | ,661 |
| | Median mit korr. df | ,416 | 2 | 121,439 | ,661 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,549 | 2 | 129 | ,579 |
| Vielseitigkeit | Mittelwert | 5,762 | 2 | 129 | ,004 |
| | Median | 4,654 | 2 | 129 | ,011 |
| | Median mit korr. df | 4,654 | 2 | 124,625 | ,011 |
| | Getrimmter Mittelwert | 5,823 | 2 | 129 | ,004 |
| Ganzheitlichkeit | Mittelwert | 2,829 | 2 | 129 | ,063 |
| | Median | 2,069 | 2 | 129 | ,131 |
| | Median mit korr. df | 2,069 | 2 | 122,702 | ,131 |
| | Getrimmter Mittelwert | 2,730 | 2 | 129 | ,069 |
| Soziale Rückendeckung | Mittelwert | ,138 | 2 | 129 | ,871 |
| | Median | ,266 | 2 | 129 | ,767 |
| | Median mit korr. df | ,266 | 2 | 128,782 | ,767 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,142 | 2 | 129 | ,867 |
| Zusammenarbeit | Mittelwert | 3,883 | 2 | 129 | ,023 |
| | Median | 3,434 | 2 | 129 | ,035 |
| | Median mit korr. df | 3,434 | 2 | 124,099 | ,035 |
| | Getrimmter Mittelwert | 3,953 | 2 | 129 | ,022 |
| Qualitative Anforderungen | Mittelwert | ,708 | 2 | 129 | ,494 |
| | Median | ,484 | 2 | 129 | ,617 |
| | Median mit korr. df | ,484 | 2 | 128,692 | ,617 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,595 | 2 | 129 | ,553 |
| Quantitative Anforderungen | Mittelwert | 1,753 | 2 | 129 | ,177 |
| | Median | ,813 | 2 | 129 | ,446 |
| | Median mit korr. df | ,813 | 2 | 121,508 | ,446 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,746 | 2 | 129 | ,179 |
| Arbeitsunterbrechungen | Mittelwert | 1,528 | 2 | 129 | ,221 |
| | Median | 1,752 | 2 | 129 | ,178 |
| | Median mit korr. df | 1,752 | 2 | 127,056 | ,178 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,583 | 2 | 129 | ,209 |
| Umgebungsbedingungen | Mittelwert | ,678 | 2 | 129 | ,509 |
| | Median | ,748 | 2 | 129 | ,475 |
| | Median mit korr. df | ,748 | 2 | 113,255 | ,475 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,686 | 2 | 129 | ,506 |
| Information Mitarbeiter | Mittelwert | ,603 | 2 | 129 | ,549 |
| | Median | ,740 | 2 | 129 | ,479 |
| | Median mit korr. df | ,740 | 2 | 127,741 | ,479 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,576 | 2 | 129 | ,564 |
| Betriebliche Leistungen | Mittelwert | 2,689 | 2 | 129 | ,072 |
| | Median | 2,780 | 2 | 129 | ,066 |
| | Median mit korr. df | 2,780 | 2 | 120,014 | ,066 |
| | Getrimmter Mittelwert | 2,757 | 2 | 129 | ,067 |

Anhang 5: Normalverteilung und Varianzenhomogenität Skalendifferenzen Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Arbeitszufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren

Normalverteilung

| | Gruppe | Kolmogorov-Smirnov | df | Sig. | Shapiro-Wilk | df | Sig. |
|---------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistik | | | Statistik | | |
| PRDIFF | Teamsupervision | ,130 | 76 | ,003 | | | |
| | Gruppensupervision | ,131 | 32 | ,176 | ,955 | 32 | ,310 |
| | keine Supervision | ,184 | 14 | ,200 | ,875 | 14 | ,053 |
| NPRDIFF | Teamsupervision | ,113 | 76 | ,017 | | | |
| | Gruppensupervision | ,165 | 32 | ,027 | ,942 | 32 | ,110 |
| | keine Supervision | ,138 | 14 | ,200 | ,980 | 14 | ,948 |
| SRDIFF | Teamsupervision | ,129 | 76 | ,003 | | | |
| | Gruppensupervision | ,141 | 32 | ,104 | ,956 | 32 | ,320 |
| | keine Supervision | ,194 | 14 | ,161 | ,899 | 14 | ,131 |
| NSRDIFF | Teamsupervision | ,127 | 76 | ,004 | | | |
| | Gruppensupervision | ,178 | 32 | ,012 | ,896 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,209 | 14 | ,100 | ,895 | 14 | ,100 |
| MRDIFF | Teamsupervision | ,187 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,205 | 32 | ,001 | ,953 | 32 | ,284 |
| | keine Supervision | ,260 | 14 | ,011 | ,799 | 14 | ,010 |
| NMRDIFF | Teamsupervision | ,143 | 76 | ,001 | | | |
| | Gruppensupervision | ,161 | 32 | ,034 | ,950 | 32 | ,238 |
| | keine Supervision | ,169 | 14 | ,200 | ,943 | 14 | ,470 |
| KONDIFF | Teamsupervision | ,199 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,215 | 32 | ,001 | ,898 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,258 | 14 | ,012 | ,920 | 14 | ,292 |
| SWDIFF | Teamsupervision | ,200 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,211 | 32 | ,001 | ,909 | 32 | ,015 |
| | keine Supervision | ,286 | 14 | ,003 | ,889 | 14 | ,087 |
| AZUDIFF | Teamsupervision | ,303 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,312 | 32 | ,000 | ,823 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,423 | 14 | ,000 | ,677 | 14 | ,010 |
| AGZDIFF | Teamsupervision | ,274 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,205 | 32 | ,001 | ,905 | 32 | ,011 |
| | keine Supervision | ,475 | 14 | ,000 | ,497 | 14 | ,010 |
| DBEL1 | Teamsupervision | ,289 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,287 | 32 | ,000 | ,792 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,381 | 14 | ,000 | ,764 | 14 | ,010 |
| DBEL2 | Teamsupervision | ,248 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,287 | 32 | ,000 | ,852 | 32 | ,010 |

| | | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------|--------------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | keine Supervision | ,253 | 14 | ,015 | ,824 | 14 | ,010 |
| DBEL3 | Teamsupervision | ,304 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,325 | 32 | ,000 | ,819 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,389 | 14 | ,000 | ,688 | 14 | ,010 |
| DBEL4 | Teamsupervision | ,224 | 76 | ,000 | | | |
| | Gruppensupervision | ,313 | 32 | ,000 | ,792 | 32 | ,010 |
| | keine Supervision | ,312 | 14 | ,001 | ,789 | 14 | ,010 |
| DPSYSOM | Teamsupervision | ,089 | 76 | ,200 | | | |
| | Gruppensupervision | ,144 | 32 | ,088 | ,971 | 32 | ,575 |
| | keine Supervision | ,197 | 14 | ,146 | ,961 | 14 | ,699 |

Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF – Veränderung materielle Ressourcen, NMRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit materielle Ressourcen, KONDIFF - Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit, AGZDIFF – Veränderung allg. Gesundheitszustand, DBEL1 – Veränderung Nachgedanken, DBEL2 – Veränderung Erschöpfung, DBEL3 – Veränderung Bedrückung, DBEL4 – Veränderung Müdigkeit, DPSYSOM - Veränderung Psychosomatik

Varianzhomogenität

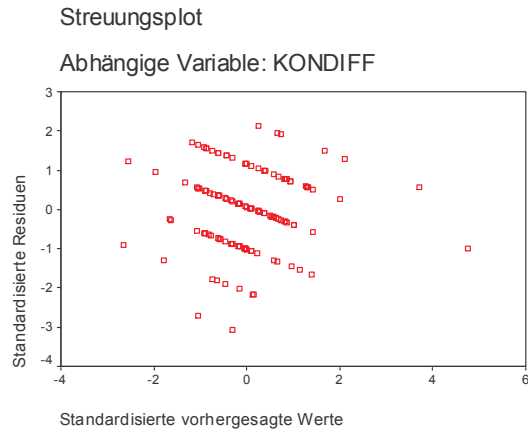
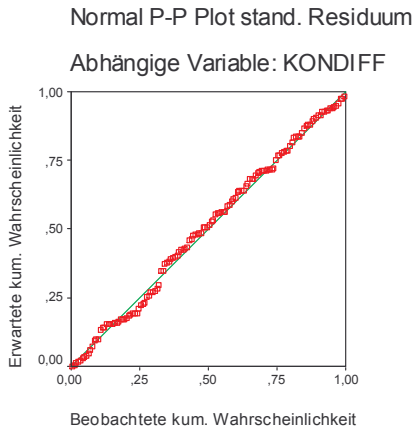
| | Basis | Levene Statistik | df1 | df2 | Sig. |
|---------|-----------------------|------------------|-----|---------|------|
| PRDIFF | Mittelwert | 1,265 | 2 | 119 | ,286 |
| | Median | ,849 | 2 | 119 | ,430 |
| | Median mit korr. df | ,849 | 2 | 95,953 | ,431 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,109 | 2 | 119 | ,333 |
| NPRDIFF | Mittelwert | 1,148 | 2 | 119 | ,321 |
| | Median | 1,153 | 2 | 119 | ,319 |
| | Median mit korr. df | 1,153 | 2 | 110,484 | ,319 |
| | Getrimmter Mittelwert | 1,195 | 2 | 119 | ,306 |
| SRDIFF | Mittelwert | ,639 | 2 | 119 | ,530 |
| | Median | ,583 | 2 | 119 | ,560 |
| | Median mit korr. df | ,583 | 2 | 107,485 | ,560 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,643 | 2 | 119 | ,527 |
| NSRDIFF | Mittelwert | ,094 | 2 | 119 | ,910 |
| | Median | ,105 | 2 | 119 | ,900 |
| | Median mit korr. df | ,105 | 2 | 118,389 | ,900 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,120 | 2 | 119 | ,887 |
| MRDIFF | Mittelwert | ,813 | 2 | 119 | ,446 |
| | Median | ,420 | 2 | 119 | ,658 |
| | Median mit korr. df | ,420 | 2 | 117,299 | ,658 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,708 | 2 | 119 | ,495 |
| NMRDIFF | Mittelwert | ,500 | 2 | 119 | ,608 |
| | Median | ,378 | 2 | 119 | ,686 |
| | Median mit korr. df | ,378 | 2 | 117,919 | ,686 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,484 | 2 | 119 | ,617 |

| | Basis | Levene Statistik | df1 | df2 | Sig. |
|---------|-----------------------|------------------|-----|---------|------|
| KONDIFF | Mittelwert | ,414 | 2 | 119 | ,662 |
| | Median | ,188 | 2 | 119 | ,829 |
| | Median mit korr. df | ,188 | 2 | 106,311 | ,829 |
| SWDIFF | Getrimmter Mittelwert | ,309 | 2 | 119 | ,735 |
| | Mittelwert | ,250 | 2 | 119 | ,780 |
| | Median | ,242 | 2 | 119 | ,786 |
| AZUDIFF | Median mit korr. df | ,242 | 2 | 106,332 | ,786 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,321 | 2 | 119 | ,726 |
| | Mittelwert | ,013 | 2 | 119 | ,987 |
| AGZDIFF | Median | ,057 | 2 | 119 | ,944 |
| | Median mit korr. df | ,057 | 2 | 115,868 | ,944 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,024 | 2 | 119 | ,976 |
| DBEL1 | Mittelwert | 3,010 | 2 | 119 | ,053 |
| | Median | 2,705 | 2 | 119 | ,071 |
| | Median mit korr. df | 2,705 | 2 | 118,579 | ,071 |
| DBEL2 | Getrimmter Mittelwert | 3,413 | 2 | 119 | ,036 |
| | Mittelwert | ,363 | 2 | 119 | ,696 |
| | Median | ,124 | 2 | 119 | ,884 |
| DBEL3 | Median mit korr. df | ,124 | 2 | 112,261 | ,884 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,264 | 2 | 119 | ,768 |
| | Mittelwert | ,348 | 2 | 119 | ,706 |
| DBEL4 | Median | ,118 | 2 | 119 | ,888 |
| | Median mit korr. df | ,118 | 2 | 117,145 | ,888 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,271 | 2 | 119 | ,763 |
| DPSYSOM | Mittelwert | ,055 | 2 | 119 | ,947 |
| | Median | ,062 | 2 | 119 | ,940 |
| | Median mit korr. df | ,062 | 2 | 118,263 | ,940 |
| KONDIFF | Getrimmter Mittelwert | ,051 | 2 | 119 | ,950 |
| | Mittelwert | ,953 | 2 | 119 | ,388 |
| | Median | ,881 | 2 | 119 | ,417 |
| SWDIFF | Median mit korr. df | ,881 | 2 | 115,230 | ,417 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,750 | 2 | 119 | ,475 |
| | Mittelwert | ,285 | 2 | 119 | ,753 |
| AZUDIFF | Median | ,136 | 2 | 119 | ,873 |
| | Median mit korr. df | ,136 | 2 | 116,153 | ,873 |
| | Getrimmter Mittelwert | ,288 | 2 | 119 | ,750 |

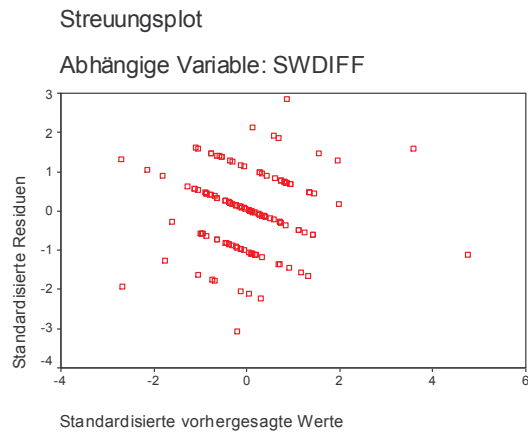
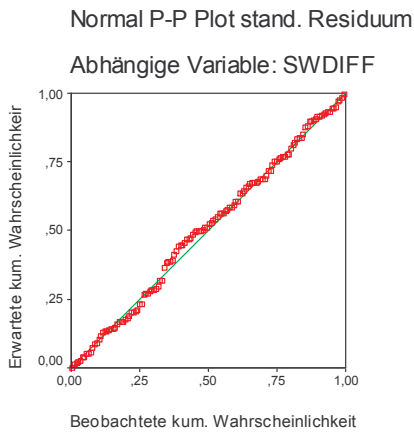
Abkürzungen: PRDIFF – Veränderung professionelle Ressourcen, NPRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit professionelle Ressourcen, SRDIFF – Veränderung soziale Ressourcen, NSRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit soziale Ressourcen, MRDIFF – Veränderung materielle Ressourcen, NMRDIFF – Veränderung Nutzbarkeit materielle Ressourcen, KONDIFF - Veränderung Kontrolle, SWDIFF – Veränderung Selbstwirksamkeit, AZUDIFF – Veränderung Arbeitszufriedenheit, AGZDIFF – Veränderung allg. Gesundheitszustand, DBEL1 – Veränderung Nachgedanken, DBEL2 – Veränderung Erschöpfung, DBEL3 – Veränderung Bedrückung, DBEL4 – Veränderung Müdigkeit, DPSYSOM - Veränderung Psychosomatik

Anhang 6: Regressionsanalysen Normalverteilungsplots, Diagramme zur Überprüfung der Homoskedasizität

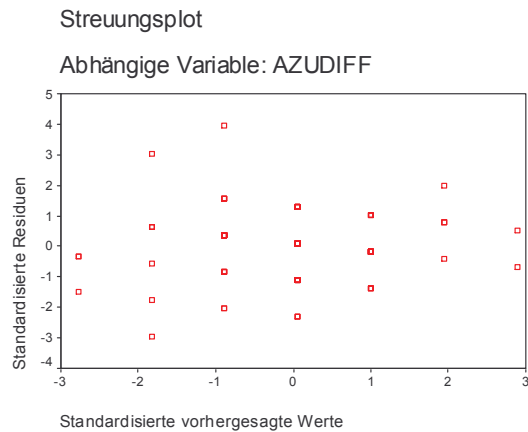
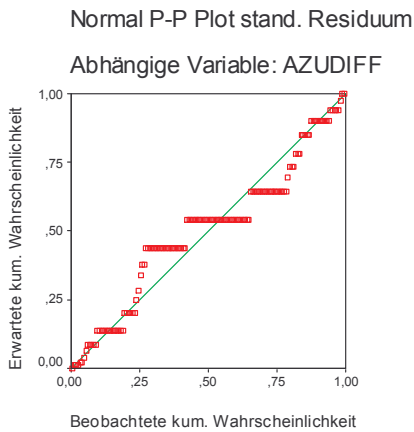
1. Abhängige Variable Veränderungen wahrgenommene Kontrolle (KONDIFF)



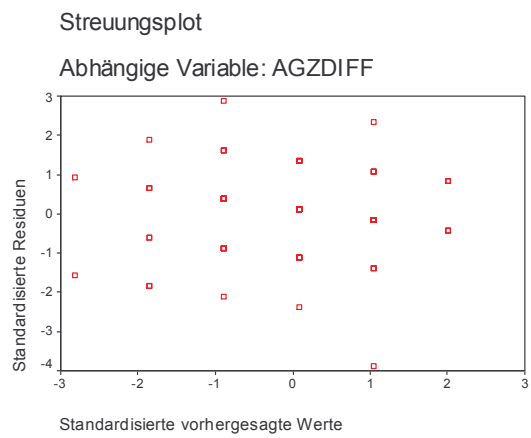
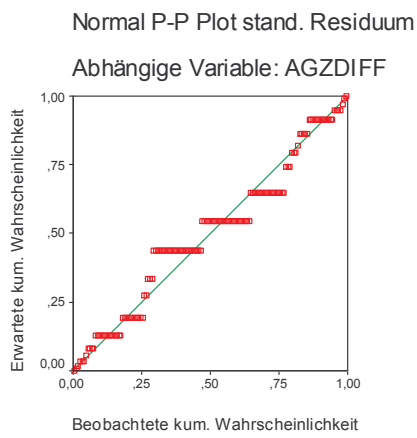
2. Abhängige Variable Veränderungen wahrgenommene Selbstwirksamkeit (SWDIFF)



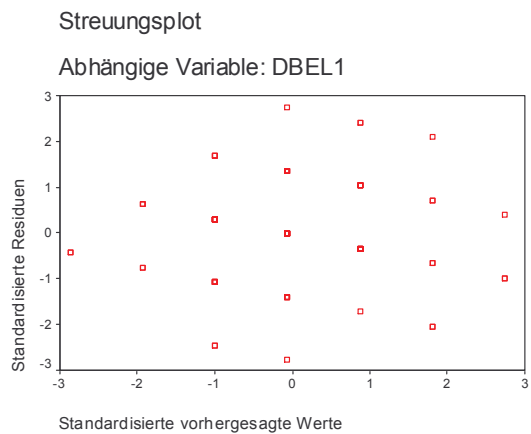
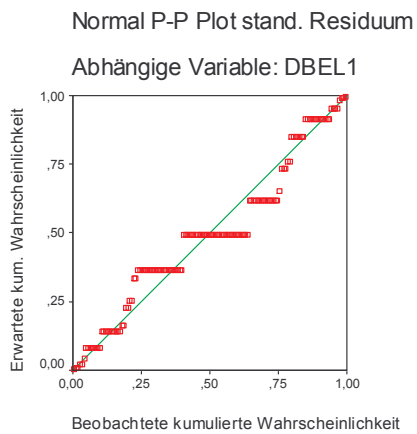
3. Abhängige Variable Veränderungen Arbeitszufriedenheit (AZUDIFF)



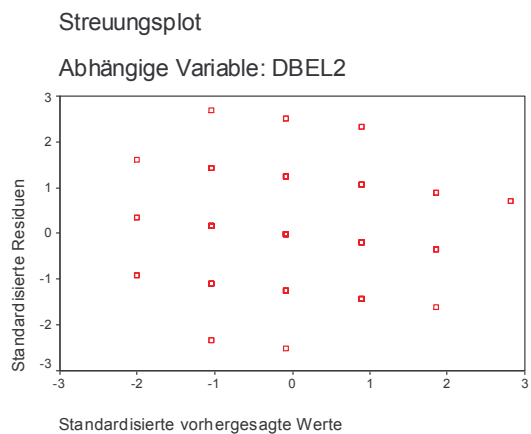
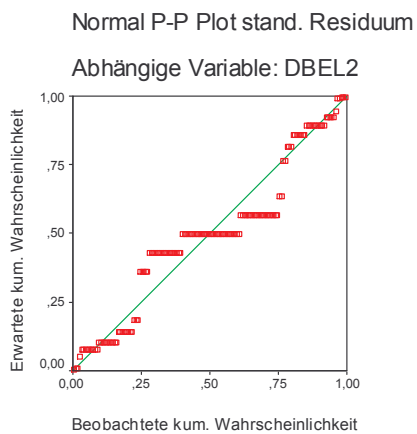
4. Abhängige Variable Veränderungen Allgemeiner Gesundheitszustand (AGZDIFF)



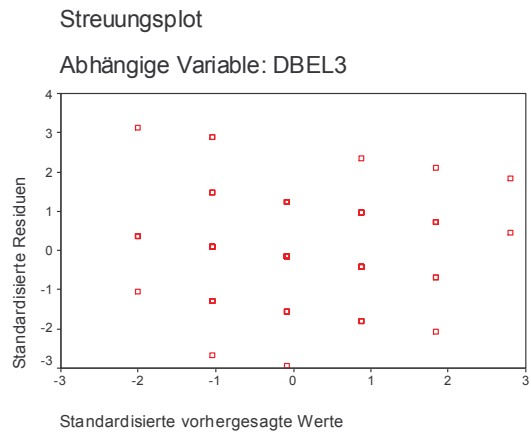
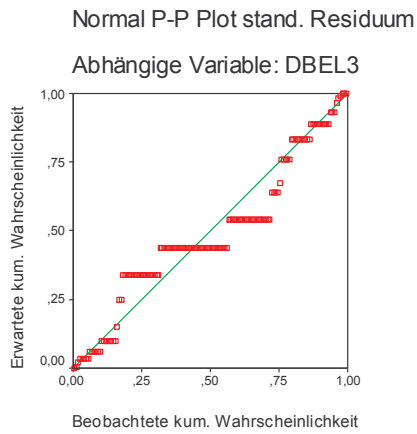
5. Abhängige Variable Veränderungen Nachgedanken (DBEL1)



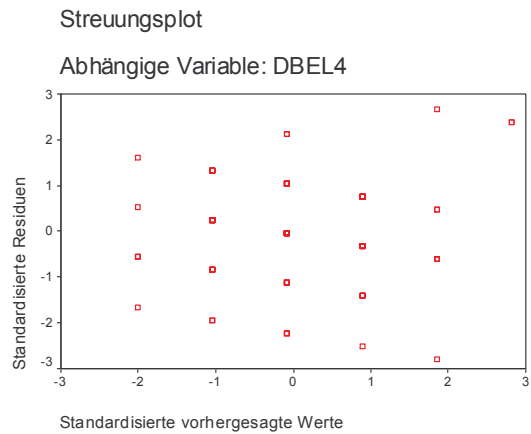
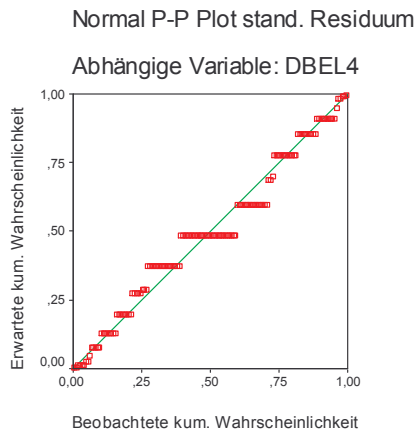
6. Abhängige Variable Veränderungen Erschöpfung (DBEL2)



7. Abhängige Variable Veränderungen Bedrückung (DBEL3)



8. Abhängige Variable Veränderungen Müdigkeit (DBEL4)



9. Abhängige Variable Veränderungen Psychosomatik (DPSYSOM)

