

AUSBILDUNGSTEILNEHMERINNEN ALS KUNDINNEN: ERWARTUNGEN UND ERFAHRUNGEN IN DER EINZEL- UND GRUPPENAUSBILDUNGSSUPERVISION UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER CUSTOMER EXPERIENCE UND DER CRITICAL INCIDENTS. EINE MIXED-METHODS-STUDIE

NICOLE FABISCH¹, FRAUKE EIBNER², KURT QUASCHNER³,
CLAUDIA STROMBERG⁴, JÜRGEN TRIPP⁵, KERSTIN VOGT⁶,
ELLA WEIK⁷ & GERHARD ZARBOCK⁸

¹ ISM, International School of Management, Hamburg

² FAVT, Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie

³ IVV, Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin Marburg

⁴ GAP, Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie, Frankfurt a. M.

⁵ DVT, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie, Münster

⁶ IFKV, Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie,
Bad Dürkheim

⁷ IB-Hochschule Berlin, Niederlassung Stuttgart

⁸ IVAH, Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg

ZUSAMMENFASSUNG: Mit einem Mixed-Methods-Design wurden im Rahmen einer Evaluationsstudie des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie e.V. (DVT) Erfahrungen und Erwartungen von AusbildungskandidatInnen in Bezug auf die Ausbildungssupervision untersucht. In einem ersten Schritt wurden zwölf frisch approbierte AusbildungsteilnehmerInnen mit prinzipiellem Interesse an späterer Supervisionstätigkeit über ihre Erfahrungen positiver wie negativer Art („sog. critical incidents“) befragt. Die so erhaltenen Aussagen wurden qualitativ-inhaltsanalytisch verdichtet und im Rahmen einer Fokusgruppe als Form des member-checks validiert. Die so erhaltenen Ergebnisse waren Basis für eine quantitative Online-Befragung von DVT-AusbildungsteilnehmerInnen ($n = 315$). Hierbei wurden exemplarische positive wie negative Erfahrungen berichtet, u. a. waren 90 Prozent der Befragten mindestens „eher zufrieden“ mit der Supervision, aber nur in ca. 50 Prozent der Fälle wurde regelhaft Videosupervision durchgeführt und 15 Prozent der Befragten berichteten auch über schlecht vorbereitete SupervisorInnen mit fehlender Fallkenntnis. Eine durchgeführte Faktorenanalyse ergab für supervisorische Kompetenzen eine Vier-Faktorenlösung: Fachliche Kompetenz, soziale Kompetenz, Selbstkritikfähigkeit und Führungskompetenz. Aus der Synopsis der qualitativen und quantitativen Befunde konnten zahlreiche Empfehlungen für die Durchführung und Qualitätssicherung von Supervision abgeleitet werden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Supervisionsforschung, Kompetenzen, critical incidents, Qualitätssicherung, Psychotherapieausbildung

TRAINING PARTICIPANTS AS CUSTOMERS:
EXPECTATIONS AND EXPERIENCES IN INDIVIDUAL AND GROUP TRAINING
SUPERVISION WITH SPECIAL CONSIDERATION OF CUSTOMER EXPERIENCE
AND CRITICAL INCIDENTS. A MIXED METHODS STUDY

ABSTRACT: With a mixed-methods design, experiences and expectations of trainees in relation to supervision were examined as part of an evaluation study of the German Professional Association for Behavior Therapy e.V. (DVT). In a first step, twelve newly licensed candidates with a basic interest in future supervision were asked about their positive and negative experiences ('critical incidents'). The statements obtained in this way were condensed using qualitative content analysis and validated in a focus group as a form of member check. These results were the basis for a quantitative online survey of DVT training candidates ($n = 315$). Here, exemplary positive and negative experiences were reported, among other things, 90 percent of those questioned were at least 'rather satisfied' with the supervision, but only in about 50 percent of the cases regular video supervision was carried out and 15 percent of those questioned also reported on poorly prepared supervisors lacking knowledge of the case under supervision. A factor analysis carried out resulted in a four-factor solution for supervisory competences: professional competence, social competence, self-criticism and leadership competence. Numerous recommendations for the implementation and quality assurance of supervision could be derived from the synopsis of the qualitative and quantitative findings.

KEYWORDS: supervision research, competencies, critical incidents, quality assurance

1
EINFÜHRUNG,
STAND DER FORSCHUNG
UND FRAGESTELLUNG

Im Rahmen der postgradualen Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie (PP; Behandlung Erwachsener) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) sowie in der zukünftig geltenden FachpsychotherapeutInnen-Weiterbildung stellt die Behandlung eigener Fälle unter der Supervision eines/r erfahrenen Supervisors/in ein Kernstück der Ausbildung dar. Durch regelmäßige fachliche Anleitung und korrekatives Feedback in Einzel- und Gruppensupervision können Auszubildende die korrekte Umsetzung psychotherapeutischer Konzepte und

Interventionen sowie ein kompetentes therapeutisches Handeln erlernen. Die Supervision wird deshalb von Auszubildenden als besonders bedeutsam für die psychotherapeutische Kompetenzentwicklung eingeschätzt (Strauß & Kohl, 2009). Auch Studien zu Effekten der Supervision weisen auf diesen Zusammenhang hin (u. a. Alfonsson et al., 2020; Bierman et al., 2017; Rakovshik et al., 2016). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche konkreten Merkmale Supervision und der/die SupervisorIn aufweisen sollten, um Auszubildende und deren Kompetenzentwicklung bestmöglich unterstützen zu können und die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung zu fördern.

Die Forschung zur klinisch-psychotherapeutischen Supervision verzeichnet in dieser Hinsicht in den letzten zehn Jahren eine deutliche Zunahme an empirischen Publikationen. Hierbei gibt es laut Kühne und KollegInnen (2019) keinen Mangel an „narrativen Übersichten“ oder Konzepten zur Supervision, wobei sich die Mehrheit der Studien mit der Zufriedenheit und der Wahrnehmung gelungener Supervisionen, den Effekten von Supervision auf die psychotherapeutische Kompetenzentwicklung sowie mit der eingesetzten Methodik in Supervision und Training auseinandersetzt (Alfonsson et al., 2018; Falender & Shafranske, 2014; Riser & Milne, 2016; Schweigert, 2016; Strauß et al., 2010). Es finden sich zahlreiche qualitative Studien mit kleineren Stichproben (u. a. Johnston & Milne, 2012; Ladany et al., 2013; Maiwald et al., 2019, Törnquist et al., 2018), seltener experimentelle Ansätze.

Die Ergebnisse dieser bisherigen Forschung zeigen, welche Merkmale der Supervision sich positiv auf die Zufriedenheit und die Ergebnisse der Supervision auswirken. So zeigten beispielsweise Zarbock und KollegInnen (2012), dass die wahrgenommene Unterstützung durch eine/n SupervisorIn maßgeblich zu den Kompetenzerwartungen von Auszubildenden beiträgt. Auch Törnquist und KollegInnen (2018) fanden in ihrer qualitativen Studie, dass die angehenden PsychotherapeutInnen den Eindruck hatten, Interventionen einfacher und selbstsicherer durchführen zu können, wenn sie die Unterstützung des/der Supervisors/ in wahrnehmen. Ergänzend hierzu stellte sich in einigen Studien heraus, dass sich die Berücksichtigung der entwicklungsbedingten Bedürfnisse der Supervidierten positiv auf die wahrgenommene Unterstützung und Kompetenzentwicklung auswirkt (Johnston & Milne, 2012; Reichelt & Skjerve, 2002). Zu Anfang ih-

rer psychotherapeutischen Tätigkeit profitieren die SupervisandInnen von umfangreicherer Unterstützung, möglichst geringen Herausforderungen und mehr theoretischer Informationsvermittlung. Später kann der Schwerpunkt der Supervision vermehrt auf die Reflexion über interpersonelle Prozesse gelegt werden. Dies deckt sich mit der Annahme entwicklungsorientierter Supervisionsmodelle, wie beispielsweise dem Integrated Developmental Model (IDM) von Stoltenberg und McNeill (2010) oder dem Phasenmodell von Rønnestad und Skovholt (2013).

Über den gesamten Supervisionsprozess hinweg trägt darüber hinaus offensichtlich ein positives Feedback der SupervisorInnen zur Kompetenzentwicklung und zur Förderung der Selbstwirksamkeit im psychotherapeutischen Handeln bei (Johnston & Milne, 2012; Rakovshik & McManus, 2013, Törnquist et al., 2018; Weck et al., 2016), insbesondere wenn die Rückmeldungen auf direkter Beobachtung wie zum Beispiel dem Einbezug von Videoaufzeichnungen basieren (Milne et al., 2016; Weck et al., 2017). Basis für diese Art der Zusammenarbeit ist generell eine tragfähige und vertrauensvolle Supervisionsbeziehung, was eine Reihe von Studien belegen (Hess et al., 2008; Ladany & Iman, 2012; Maiwald et al., 2019; Mehr et al., 2010). Auch nehmen die SupervisandInnen stets positiv wahr, wenn der Supervisionsprozess sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting gut strukturiert ist und die SupervisorInnen über eine entsprechende Kompetenz zur Strukturierung und Moderation verfügen (Maiwald et al., 2019).

Diesen positiven Merkmalen von klinisch-psychotherapeutischer Supervision stehen auch negative Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und die Kompetenzentwicklung der angehenden

PsychotherapeutInnen gegenüber. Scaife (2008) stellte fest, dass Supervision als weniger hilfreich und zufriedenstellend empfunden wird, wenn SupervisandInnen ausschließlich Instruktionen durch ihre SupervisorInnen erhalten und kein gemeinsames Reflektieren stattfindet. Die für den Gesamtprozess wichtige Supervisionsbeziehung wird außerdem durch mangelnde Empathie seitens der SupervisorInnen ungünstig beeinflusst (Gray et al., 2001). Je schlechter die Supervisionsbeziehung empfunden wird, desto schwerer ist es für SupervisandInnen, sich mit Schwächen oder gar Fehlern zu zeigen sowie schwierige Fragen zu stellen, da sie befürchten müssen, kritisch bewertet zu werden und negative Konsequenzen zu erleiden (Johnston & Milne, 2012; Ladany et al., 2005; Mehr et al., 2014). Ausschließlich kritisches Feedback, unangemessene Selbstöffnung sowie Inkonsistenz des Verhaltens der SupervisorInnen werden ebenso als negativ empfunden. So kommt es z. B. aufgrund unterschiedlicher Wahrnehmung des Fallkonzeptes häufig zu Differenzen bzgl. der Behandlungsplanung (vgl. Gray et al., 2001; Zarbock et al., 2009).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der aktuelle Forschungsstand bereits eine Reihe von empirisch untermauerten Hinweisen auf positive wie auch negative Merkmale von Supervisionsprozessen und auch hinsichtlich der relevanten Kompetenzen von SupervisorInnen gibt. Im Vergleich zur Schwerpunktsetzung auf positive Merkmale von Supervision finden sich bisher nur wenige empirische Untersuchungen, die sich auch gezielt mit negativen Ereignissen im Supervisionsprozess sowie ungünstigen Effekten der Supervision befassen. Auch wurden bisher kaum qualitative und quantitative Forschungsmethoden kombiniert und die Qualität bisheriger Studien ist unterschiedlich ausgeprägt. Eine Verbesserung

der Studienqualität erscheint daher notwendig.

Ziel der vorliegenden Studie des DVT war es, mittels eines Mixed-Methods-Designs aus qualitativen und quantitativen Ansätzen Erfahrungen mit Einzel- und Gruppensupervision im Rahmen der Verhaltenstherapieausbildung (PsychologInnen) bzw. -weiterbildung (ÄrztInnen) systematisch zu dokumentieren. Hieraus sollen Schlussfolgerungen für die Optimierung sowohl der Supervisionsprozesse in der Aus- und Weiterbildung als auch für die Konzeption und Durchführung von Supervisionscurricula gezogen werden. Hierbei sollten insbesondere kundenspezifische Erfahrungen, Bewertungen, aber auch zukünftige Bedürfnisse in den Fokus genommen werden. Es wurden unter anderem folgende Aspekte untersucht: besonders positive und negative Erfahrungen sowohl in der Einzelsupervision als auch in der Gruppensupervision, kritische Ereignisse in positiv und negativ erlebten Einzel- und Gruppensupervisionsstunden, Idealbilder von Einzel- sowie Gruppensupervisionsstunden, Bilder idealer SupervisorInnen sowie fachliche, soziale und methodisch-didaktische Kompetenzen, über die SupervisorInnen verfügen sollten. Die Ergebnisse fließen in die Erstellung von Leitlinien zur Supervisionsausbildung seitens des DVT ein.

2

METHODIK UND UNTERSUCHUNGSDESIGN

Die gesamte Supervisionsstudie gliedert sich in drei Teilabschnitte und fußt methodologisch auf einem sequentiellen qualitativ-quantitativen Mixed-Methods-Design (Kelle, 2008) bzw. dem gleichwertigen Nacheinander beider Ansätze (Flick, 2012). Dies bedeutet, dass sowohl qualitative wie auch quantitative Daten

gesammelt, analysiert und systematisch integriert wurden. Dieses Vorgehen dient nicht nur als Validierungsstrategie zur Sicherung der Güte der Forschungsergebnisse, sondern wird auch als Ansatz zur Verknüpfung und gegenseitigen Ergänzung von Forschungsperspektiven verstanden.

Im ersten Schritt wurden Einzel- bzw. ExpertInneninterviews durchgeführt, deren Ergebnisse im zweiten Schritt in einer Fokusgruppe diskutiert und reflektiert wurden. Im dritten Schritt wurden die aus diesen beiden qualitativen Ansätzen gewonnenen Erkenntnisse für die Durchführung einer quantitativen Fragebogenstudie an den DVT-Ausbildungsinstituten herangezogen.

2.1 BEGRÜNDUNG DER QUALITATIVEN FORSCHUNG

Während in der quantitativen Forschung vor allem die Aggregation bestimmter Variablenmerkmale als statistischer Zusammenhang von Interesse ist (Brüsemeister, 2008), betrachtet die qualitative Methodik das Untersuchungssubjekt ganzheitlich und untersucht individuell erlebte Perspektiven. Sie wird hauptsächlich verwendet, wenn die gesammelten Daten aus Worten, Meinungen, Einstellungen, Wahrnehmungen oder Erfahrungen bestehen (Saunders et al., 2016).

„Ein qualitativ ausgerichtetes Projekt verfolgt nicht den Anspruch der Verallgemeinerung. Vielmehr liegt der Ansatzpunkt gerade im Gegenstück dazu, nämlich in der gezielten Untersuchung eines Einzelfalls, wobei die im Kontext entstehenden Zusammenhänge und Verläufe einbezogen werden.“ (Flick, 2012, S. 522, zitiert nach Wichmann, 2019)

Gerade wenn – wie im aktuellen Kontext – wenig spezifische empirische Forschung vorliegt, hat der qualitative Zugang den Vorteil, Prozesse und Muster des menschlichen Verhaltens zu erklären, die schwer zu quantifizieren sind (Tenny et al., 2022), die aber unerwartete subjektive und erkenntnisreiche Einschätzungen sowie individuelle Kritik oder Verbesserungsvorschläge ermöglichen können. Qualitative Forschung hat hierbei keineswegs den geringeren empirischen Stellenwert oder dient ausschließlich als Vorstudie, sondern kann analytisch induktiv dazu beitragen, das Verständnis von Daten oder Ergebnissen aus quantitativen Analysen zu erweitern oder menschliche Vorgänge vertiefend zu verstehen, insbesondere wenn die interessierenden Konstrukte und Vorgänge nicht leicht zu kategorisieren sind. Sie betrachtet das Phänomen folglich nicht isoliert, sondern im Kontext (Wichmann, 2019).

Um die Aussagekraft qualitativer Forschung weiter zu erhöhen, können Triangulation und Peer Reviews eingesetzt werden (Tenny et al., 2022). In der vorliegenden Untersuchung wurden im sequentiellen Mixed-Methods-Design zunächst qualitative Interviews durchgeführt, deren Ergebnisse anschließend im Rahmen einer Fokusgruppe durch „peers“ überprüft und diskutiert wurden, um in einem dritten Schritt quantitativ auf ihre Verallgemeinerbarkeit hin überprüft zu werden. Das Einnehmen unterschiedlicher Perspektiven auf denselben Forschungsgegenstand sichert somit einen tieferen Erkenntnisgewinn, als dies mit nur einer einzelnen Methode oder einer einzelnen theoretischen Perspektive möglich wäre. Zudem können die Ergebnisse der einen Methode durch den Einsatz einer weiteren Methode im Sinne eines „multitrait-multimethod“-Ansatzes validiert werden (Roch, 2017, S. 96).

Um neben der Validität auch dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit im Sinne qualitativer Forschungsansätze zu genügen, werden im Folgenden detailliert das Verfahren sowie dessen Regelgeleitetheit beschrieben.

2.2

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DER QUALITATIVEN EXPERTINNENINTERVIEWS

Um die oben genannten Fragestellungen nach positiven und negativen Erfahrungen von AusbildungskandidatInnen der Psychologischen Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Rahmen ihrer Einzel- und Gruppensupervision zu beantworten, wurde aus forschungsökonomischen Erwägungen zunächst die Methode des qualitativen Einzel- bzw. ExpertInneninterviews gewählt. Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2008, S. 133) gelten solche Personen als ExpertInnen, „die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen.“ Anhand von ExpertInneninterviews lässt sich ein hohes Maß an Kontextwissen gewinnen, „das sich auf Einsichtnahme und Informationen über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen, organisationelle Konstellationen sowie vergangene oder aktuelle Ereignisse bezieht“, in die ExpertInnen aufgrund ihrer praktischen Tätigkeiten direkt involviert sind oder über die sie genauere Kenntnisse besitzen (Bogner & Menz, 2005). Hierfür wurden in der ersten Phase des Forschungsprozesses mit Hilfe der „bewussten, absichtsvollen Stichprobenziehung“ (Schreier, 2013, S. 194) 13 KandidatInnen ausgewählt. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie selbst vor kurzem die Ausbildung zur/ zum Psychologischen Psychotherapeu-

tin bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn durchlaufen hatten und sich vorstellen konnten, später selbst an den jeweiligen Ausbildungsinstituten als Lehrende und Supervidierende tätig zu werden, und den Autoren subjektiv dazu besonders geeignet erschienen. Sie befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung gewissermaßen zwischen den Rollen und Welten, wodurch sie noch „frische“ Erfahrungen der eigenen Ausbildung („wie es wirklich war“) mitbrachten und somit auch die Motivation, es zukünftig potenziell besser zu machen.

Sämtliche InterviewpartnerInnen wurden per E-Mail kontaktiert, über die Zielsetzung der Studie aufgeklärt und um die Vereinbarung eines Telefontermins gebeten. Es wurde ihnen Anonymität zugesichert und eine Liste mit Pseudonymen (Name der/des ersten Interviewten = ProbandIn 1 = Pro 1, Name der/des zweiten Interviewten = Pro 2 etc.) erstellt mit der Zielsetzung, möglichst ehrliche Antworten zu erhalten, ohne als etwaige aktuelle oder ehemalige KollegInnen zuordenbar zu sein. Als Interviewende wurden bewusst ExpertInnen aus dem betriebswirtschaftlichen Marktforschungskontext gewählt, um in einer komplementären ExpertInnenrolle eine neutrale vorurteilsfreie Perspektive gewährleisten zu können (Herfferich, 2019). Die Interviews wurden in Anwesenheit beider ForscherInnen jeweils von einer Interviewerin telefonisch geführt und aufgezeichnet, wobei im Vorfeld geklärt worden war, dass für den Zeitraum von 30 bis 45 Minuten möglichst keine Störungen zu erwarten sind.

Für die Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Durch umfangreiche Sondierungen des Forschungsstandes sowie mittels eines fachlichen Austauschs mit Fachleuten des DVT konnten deduktive Kategorien, die im Wesentlichen die Fragen widerspiegeln, hierfür herausge-

arbeitet werden. In die Konzeption flossen weiterhin Erkenntnisse der Critical Incident Technique (CIT; Methode der kritischen Ereignisse) ein. Die Critical Incident Technique geht auf den Psychologen John C. Flanagan (1954) zurück und war ursprünglich für die optimale Auswahl von Flugpersonal entwickelt worden. Heutzutage findet sie Anwendung in der Personalentwicklung, in der Marktforschung, im Servicemanagement und im Gesundheitswesen (Viergever, 2019). Im Mittelpunkt der CIT stehen jene Ereignisse, in denen KandidatInnen als KundInnen während des Dienstleistungsprozesses ein besonders zufriedenstellendes oder besonders unbefriedigendes Gefühl gehabt hatten (vgl. Zeithaml et al., 2009). Ein „critical incident need not be spectacular“ (Serrat, 2017, S. 1078), hat aber doch das Potenzial im Gedächtnis zu bleiben. Die Vorteile dieser Methode werden unter anderem darin gesehen, dass sie tiefe Einblicke in die Qualität eines Angebots ermöglichen, da sich die Befragten zumeist besonders gut an kritische Ereignisse erinnern können. Der Fokus liegt somit auf der Sicht der Betroffenen als selbstreflexive Subjekte, die sowohl als ExpertInnen ihrer selbst als auch als KundInnen im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung verstanden werden, die Supervision als Dienstleistung wahrnehmen (müssen). Die Erforschung der Erfahrungen, Bewertungen und Bedürfnisse aus KundInnenperspektive entspricht durchaus realistisch dem Selbstverständnis von zahlenden AusbildungskandidatInnen, die von einer bezahlten Supervision erwarten dürfen, dass diese ein möglichst gelungenes und zielführendes Angebot (Serviceleistung) im Rahmen der Psychotherapieausbildung darstellt. Gerade die qualitative Forschung ermöglicht hier eine offeneren Zugangsweg zum Forschungsgegenstand als quantitative Methoden, da sie durch

vertiefende Nachfragen die Reflexion fördert.

Die Interviews wurden semi-strukturiert geführt, um einerseits sicherzustellen, dass allen Befragten die gleichen Fragen gestellt werden, und andererseits, um eine gewisse Flexibilität zu gewährleisten, die es ermöglicht, spontan weitere Details zu erfragen und ein gewisses Maß an Interaktivität zu fördern. Der Interviewleitfaden wurde in mehreren Pretests auf seine Verständlichkeit, Beantwortbarkeit der Fragen und Länge hin getestet.

Die Audio-Dateien wurden nach Kuckartz (2014) vereinfacht transkribiert, da der Fokus dieser Forschung auf Informationen aus dem Interview liegt und nicht darauf, wie die TeilnehmerInnen etwas gesagt haben (z. B. Dialekt oder Tonlage). Die Ergebnisse der Interviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und Schreier (2012) ausgewertet. Es gibt „no single right way to analyze qualitative data“. Vielmehr dient die Inhaltsanalyse dazu, „patterns across qualitative datasets“ zu identifizieren und hier „broad descriptive statements that reflect their overall understanding of the data and in response to their research questions“ herauszufiltern (Lester, Cho & Lochmiller, 2020). Im Einklang mit international üblichen Analyseprozessen wurden die ExpertInneninterviews von beiden Marktforscherinnen in einer ersten Phase der initiiierenden Textarbeit unabhängig voneinander erkundet und markiert. Es wurden induktiv Kategorien (Codes) gebildet, wobei die Inter-Coder-Übereinstimmung nach Kuckartz (2016) konsensuell diskutiert wurde. Die Oberkategorien wie positive oder negative Erfahrungen waren bereits bei der Erstellung des Leitfadens deduktiv festgelegt worden. Durch die themenorientiert zusammenfassende Analyse wurde dann im Kodierungsprozess eine Strukturierung und erste Reduktion der qualitati-

ven Datenmenge erreicht. In einer zweiten Kodierungsphase wurden „additional codes“ mit dem Ziel formuliert, Aussagen, Erfahrungen und Überlegungen der StudienteilnehmerInnen mit den analytischen Interessen der Studie zu verbinden. Den jeweiligen Codes wurden passende Zitate bzw. Ankerbeispiele aus den verschiedenen Interviews zugeordnet. Während am Anfang des Analyseprozesses vor allem eine erste thematische Identifikation und Reduktion der Datenmenge im Fokus stehen, werden in dieser anschließenden Phase die markierten Aussagen, Erfahrungen und Überlegungen mit spezifischen konzeptionellen oder theoretischen Ideen gematcht (Lester et al., 2020). Dieses ausdifferenzierte Kategoriensystem von Codes und Subkategorien wurde dahingehend überprüft, ob sich die Kategorien inhaltlich eindeutig voneinander abgrenzen lassen, und wurden daraufhin inhaltlich nachgeschärft. In diesem Prozess spiegelt sich auch der Diskurs zwischen Kuckartz (2018) und Mayring (2015) über relevante Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalysen wider. Dazu gehören regelgeleitetes methodisches Vorgehen, Verfahrensdokumentation für die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Intercoder-Übereinstimmung und konsensuelles Codieren sowie die kritische Diskussion über Vorgehen, Ergebnisse und Limitationen (Steinke, 2009).

Die Ergebnisse dieser qualitativen Ad-hoc-Interviews mit ExpertInnen können und wollen nicht repräsentativ sein, sind aber dennoch über den Untersuchungskontext hinaus relevant (Wichmann, 2019) und können aufgrund der Forschungstiefe und der narrativ-hermeneutischen Prozesse valide Aussagen generieren. Sie bilden die Basis der im zweiten Studienabschnitt durchgeführten Fokusgruppendifkussion mit ExpertInnen.

2.3

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DER FOKUSGRUPPENDISKUSSION

Wenngleich Fokusgruppen ursprünglich vorwiegend für Marktforschungszwecke entwickelt und eingesetzt wurden, sind sie besonders in der explorativen Forschung sowie im Mixed-Methods-Design hilfreich, da sie aufgrund ihrer Zusammensetzung mit ExpertInnen und der Dynamik des Austauschs die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein breites Spektrum an Einstellungen, Wissen und Erfahrungen erfasst wird. In den letzten Jahren haben sich Fokusgruppen auch in Deutschland zu einem Standardverfahren der medizinischen Versorgungsforschung entwickelt (Zwick & Schröter, 2012, zitiert nach Tausch & Menold 2015, S. 5). Wie es Morgan und Bottorf (2010) zusammenfassen, gibt es „no single right way to do focus groups“ (zitiert nach Tausch & Menold, 2015, S. 5).

Ziel der Fokusgruppendifkussion war es, nach der Durchführung und Auswertung der qualitativen ExpertInneninterviews zu überprüfen, ob und inwieweit die Ergebnisse dieser Einzelinterviews den Erfahrungshorizont der TeilnehmerInnen der Fokusgruppe widerspiegeln. Hierzu wurde im Vorfeld in Abstimmung mit dem DVT eine bewusste Auswahl qualifizierter TeilnehmerInnen vorgenommen. So wurden jeweils zwei erfahrene SupervisorInnen, zwei weniger erfahrene, neu akkreditierte SupervisorInnen, zwei kürzlich erst approbierte Psychologische PsychotherapeutInnen sowie zwei BundessprecherInnen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiAs) gezielt eingeladen. Im Rahmen eines Symposiums des DVT zum Thema Supervision, das am 30. April 2021 pandemiebedingt online stattfand, bekamen die acht TeilnehmerInnen der Fokusgrup-

pe zunächst komprimiert die Ergebnisse der ExpertInneninterviews vorgestellt, wobei alle schon vorab einen ausführlichen Ergebnisbericht per E-Mail zur Vorbereitung erhalten hatten. Im Anschluss an die kurze zusammenfassende Ergebnispräsentation wurde in der Fokusgruppendifkussion aus dem multiperspektivischen Blickwinkel der SupervisorInnen und/oder (ehemaligen) SupervisandInnen reflektiert, validiert und kommentiert, welche Aspekte bekannt oder welche Aussagen ggf. neu sind und selbst bisher nicht in dieser Form erfahren wurden. Die Moderation erfolgte durch die beiden externen Marktforscherinnen, die auch die ExpertInneninterviews durchgeführt hatten, wodurch Neutralität und Expertise sichergestellt werden konnten. Auch hier wurden die Tonaufnahmen wie bei den ExpertInneninterviews gemäß der einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2014) verschriftlicht. Die Auswertung der Fokusgruppendifkussion erfolgte in ähnlichen Schritten wie diejenige der ExpertInneninterviews (vgl. 2.2). In der ersten Phase wurden die Daten in kleine Einheiten zerlegt, wobei jeder dieser Einheiten einen Code erhielt. In der zweiten Phase wurden diese Codes in Kategorien gruppiert, bevor in der dritten Phase „one or more themes that express the content of each of the groups (Strauss & Corbin, 1998, zitiert nach Onwuegbuzie et al., 2009, S. 5 f.) entwickelt wurden.

2.4

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DER QUANTITATIVEN FRAGEBOGENSTUDIE

In der dritten Phase der Studie wurde eine quantitative Fragebogenstudie durchgeführt, um zu überprüfen, ob sich die zuvor qualitativ gewonnenen Ergebnisse auch in quantitativer Weise bestätigen lassen.

Auf Basis sämtlicher qualitativer Daten, die aus den Einzelinterviews mit ExpertInnen sowie der Fokusgruppendifkussion ermittelt worden waren, wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Neben den Ergebnissen neuerer Studien aus diesem Forschungsbereich flossen hierfür insbesondere die Ergebnisse der qualitativen Forschung zu den Erwartungen an die Einzel- und Gruppensupervision und an die SupervisorInnen ein. Ebenso wurden die gewonnenen Erkenntnisse zu den positiven wie negativen Erfahrungen im Kontext der Einzel- und Gruppensupervision einbezogen. Mit fünfstufigen Likert-skalierten Statement-Batterien, die je nach Fragestellung von „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ (Erwartungen an die Supervision), über „immer“ bis „nie“ (Erfahrungen in der Supervision) bzw. „wichtig“ bis „unwichtig“ (Erwartungen zu Methoden) reichten, wurden die positiven und negativen Erfahrungen und die Häufigkeiten derartiger Ereignisse in Einzel- und Gruppensupervisionen erfasst. Zusätzlich wurden ideale Verläufe von Supervisionssitzungen sowie die Wichtigkeit fachlicher, sozialer und methodisch-didaktischer Kompetenzen von SupervisorInnen erfragt.

Die Befragung beschränkte sich aus inhaltlichen und forschungsökonomischen Gründen auf die Mitglieder des DVT. Sie fand online im Zeitraum vom 18. Oktober 2021 bis 30. November 2021 über Soscisurvey statt. Die Stichprobengewinnung erfolgte durch Ausendung des Online-Links bundesweit an alle Ausbildungsinstitute des DVT mit Bitte um Weiterleitung an die AusbildungskandidatInnen und Bitte um Teilnahme am Online-Survey. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde die Verlosung von 100 Gutscheinen à 20 Euro und fünf Gutscheinen à 50 Euro ausgelobt.

Für die Auswertung der quantitativen Daten wurde zunächst die Häufigkeit der einzelnen Items berechnet. Die Ergebnisse sind nach Erfahrungen und Erwartungen strukturiert. Zur Bestimmung von Kompetenzclustern wurde mit den Items zu gewünschten Kompetenzen der SupervisorInnen eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt. Abschließend wurde untersucht, welchen Einfluss die Spezialisierung in der Ausbildung (Erwachsene oder Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen), der Lebensabschnitt (im letzten Drittel der Ausbildung, Arbeit als approbierte/r PsychotherapeutIn oder DozentIn), in dem sich die ProbandInnen befinden, und der Wunsch, selbst SupervisorIn zu werden, auf die Wichtigkeit der verschiedenen gewünschten Kompetenzen hat. Hierfür wurde der Mittelwert für jeden Faktor für jede/n ProbandIn berechnet. Da die gemittelten Variablen nicht normalverteilt waren, wurden drei verschiedene Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt.

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der qualitativen Studie, danach die quantitativen Ergebnisse dargestellt. Abschließend werden dann alle drei Untersuchungsergebnisse komprimiert zusammengefasst.

3

ERGEBNISSE DER MIXED-METHODS-FORSCHUNG

3.1

ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN EXPERTINNENINTERVIEWS

Im Rahmen der qualitativen ExpertInneninterviews wurden insgesamt elf Frauen sowie zwei Männer befragt, deren Alter zwischen 28 und 46 Jahren lag. Zwölf Befragte befanden sich in Ausbildung im Bereich Psychologische Psychotherapie

(Erwachsene), eine/r im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Interviewfragen bezogen sich auf positive wie negative Erfahrungen („critical incidents“) in Einzel- und Gruppensupervision, wünschenswerte fachliche, soziale und methodisch-didaktische Kompetenzen von SupervisorInnen sowie ideale Verläufe von Supervisionsstunden.

3.2.1

POSITIVE ERFAHRUNGEN

Insgesamt konnten die Befragten von überwiegend positiven Erfahrungen berichten. Als besonders wichtige Kategorien in Einzel- wie Gruppensupervision wurden ein wertschätzender Umgang miteinander sowie konstruktive Kritik benannt. In beiden Supervisionssettings wurde der Einsatz von Video-Analysen ausdrücklich positiv wahrgenommen (vgl. Tabelle 1). Weitere Aspekte, die als häufigste Nennungen von jeweils mehreren InterviewpartnerInnen genannt wurden und im Folgenden als „Big Five“ zusammengefasst wurden, waren neue Perspektiven im Umgang mit PatientInnen zu erhalten, ein gutes Zeitmanagement in der Supervisions Sitzung sowie die aktive Einbindung der SupervisorInnen und deren Expertise, insbesondere in der Gruppensupervision. Mehrfach wurde als positives Ereignis benannt, wenn SupervisorInnen offensichtliche Kenntnis über die vorgestellten Behandlungsfälle hatten und diese nicht jedes Mal erneut vorgestellt werden mussten.

3.2.2

NEGATIVE ERFAHRUNGEN

Kritisch wahrgenommen wurde in Einzel- und Gruppensupervision insbesondere eine fehlende vertrauensvolle, offene Atmosphäre, die eine Fehlerkultur ermöglicht und in der die SupervisorInnen

Tabelle 1: „Big 5“ der positiven Ereignisse

Einzel supervision	Gruppensupervision
Einsatz von Video-Analysen	Video-Analysen und wertschätzende Rückmeldung
Wertschätzende Rückmeldung	Wertschätzender kollegialer Austausch
Erhalt inhaltlich neuer Perspektiven auch zum PatientInnen- und TherapeutInnenverhalten	Einbindung unterschiedlicher Erfahrungshorizonte der KollegInnen
Konstruktive Kritik	Zeitmanagement
Kenntnis über die Behandlungsfälle seitens der SupervisorInnen	Einsatz von Rollenspielen

Tabelle 2: „Big 5“ der negativen Ereignisse

Einzel supervision	Gruppensupervision
Mangelnde Empathie des/der SupervisorIn	Mangelnde vertrauensvolle Atmosphäre, die keine Fehlerkultur ermöglicht
Problematisches Feedback-Verhalten	Problematische Steuerung von Diskussionsprozessen
Inadäquate Hilfestellung bei Fallbesprechungen	Fehlende oder unterschwellige Kritik seitens der SupervisorInnen
Unzureichende Vorbereitung der Fälle	Mangelnde Beteiligung aller TeilnehmerInnen bzw. fehlende Steuerung
Hilfe bei der Antragstellung auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse	Verletzende Kritikausübung im Gruppensetting

auch kritische Aspekte oder Probleme präsentieren können sowie mangelnde Empathie oder problematisches Feedbackverhalten (vgl. Tabelle 2). Vor allem in der Gruppensupervision wurde mangelnde Moderationskompetenz der SupervisorInnen bemängelt, die entweder nicht alle Beteiligten ausgewogen berücksichtigte oder aber deren Selbstoffenbarung auch bei problematischen Situationen nicht angemessen beförderte. In der Einzel supervision wurden inadäquate Hilfestellungen bei Fallbesprechungen, eine unzureichende Unterstützung bei der Erstellung von Anträgen zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse und insbesondere die unzureichende Vorbereitung der Fälle oder deren Unkenntnis bemängelt.

3.1.3

IDEALE SUPERVISORINNEN

Auf die Frage nach der idealen Supervisorin bzw. dem idealen Supervisor äußerte die Mehrheit der ProbandInnen, dass Wesen und Wissen die relevantesten Kategorien sind. So werden eine wertschätzend positiv-empathische Persönlichkeit oder ein überzeugendes TherapeutInnenmodell als ideale Wesenszüge benannt (vgl. Tabelle 3).

Als wichtigste Kompetenzen wurden Strukturierungskompetenz, Fachwissen, Erfahrung und die Fähigkeit, konstruktive Kritik zu äußern, besonders hervorgehoben.

Die Oberkategorien *Soziale Kompetenz in der Kontaktaufnahme und*

Tabelle 3: *Wesen und Wissen idealer SupervisorInnen*

Soziale Kompetenz in Kontaktaufnahme und -gestaltung)	Fachliche (= therapeutisch-störungsspezifische) Kompetenz	Methodisch-didaktische Kompetenzen
Wertschätzung, Akzeptanz, Freundlichkeit und Humor	Langjährige aktuelle Berufserfahrung und Expertise im Bezug zu Diagnose und Therapie	Strukturierungskompetenz, Moderationsfähigkeit und Zeitmanagement
Empathie und echtes Interesse an den SupervisandInnen	Wissen um verschiedene Behandlungsmöglichkeiten	Transparente Erwartungshaltung
Fähigkeit, Kritik konstruktiv zu äußern, Fairness	Wissen, Kompetenz und aktive Unterstützung	Flexibilität
Fähigkeit, Kritik auch anzunehmen	Tatsächliche Fallkenntnis	Didaktische Fähigkeiten und Methodenkenntnis
Klare Persönlichkeitsstruktur (Selbsterfahrung)		Organisatorisches Wissen zu institutionellen Abläufen der Ausbildung inkl. Formalia
Vorbild als TherapeutIn		
Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit		
Aktives Zuhören und Moderationskompetenz		

-gestaltung, *Fachliche (therapeutisch-störungsspezifische) Kompetenz* sowie *Methodisch-didaktische Kompetenz* zur Steuerung, Gestaltung und Verwaltung der Unterrichtsinhalte wurden vorab deduktiv aus der Supervisionsforschung bestimmt. Die Unterkategorien ergaben sich induktiv aus dem Interviewmaterial.

3.2

ERGEBNISSE

DER FOKUSGRUPPENDISKUSSION

Alle acht ausgewählten ExpertInnen konnten bestätigen, von derartigen positiven wie negativen Ereignissen entweder selbst gehört oder aber über KollegInnen davon erfahren zu haben. Zusammenfassend haben die meisten ExpertInnen überwiegend positive Erfahrungen gemacht.

Die Beziehungsgestaltung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn, die the-

rapeutisch-fachlichen Kenntnisse des/der SupervisorIn und die didaktischen Fähigkeiten wurden in der Fokusgruppendifkussion als zentrale Erfolgsfaktoren herausgestellt, wobei der Beziehungsaspekt eine fundamentale Rolle spielte. Insbesondere wurde auf den erheblichen Komplexitätsunterschied zwischen Supervision im Kontext der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) und der Psychologischen Psychotherapie (Erwachsene) hingewiesen, der für SupervisorInnen im KJP-Bereich eine besondere Herausforderung darstellt. Aufgrund der verschiedenen Schnittstellen bzw. Stakeholder (Eltern, Schule, Behörde etc.) gestaltete sich die Betreuung dieser Behandlungsfälle deutlich schwieriger. Es wurde als problematisch erachtet, dass insbesondere noch wenig erfahrene SupervisorInnen inhaltlich an ihre Grenzen stießen, wenn es um Kenntnisse über Aufgaben und Befugnisse der Schnitt-

stellenpartnerInnen gehe. Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews wurden nicht nur bestätigt, sondern auch mit weiterem Material angereichert. So lassen sich aus der Fokusgruppendifkussion zusätzliche Empfehlungen für die Ausbildung in Supervision ableiten. Nach Meinung der DiskutantInnen sollte die Supervisionsausbildung die „Wachstumskurve“ der psychotherapeutischen Kompetenzentwicklung in der Ausbildung bei den SupervisorInnen besonders berücksichtigen. Da AusbildungskandidatInnen am Anfang ihrer Psychotherapieausbildung und Fallarbeit unsicherer sind, kommt dem/der SupervisorIn eine stärker anleitende und beratende Funktion zu, die sich im Laufe der Ausbildung zunehmend zu einer Partnerschaft auf Augenhöhe verändert. In verschiedenen Abschnitten der Ausbildung benötigten die SupervisorInnen einen unterschiedlichen Grad an Betreuung durch die SupervisorInnen. Zusätzlich wurde bezugnehmend auf die große Bedeutung der interaktionellen Passung zwischen SupervisorIn und SupervisorIn empfohlen, dass es nach einer gewissen Anzahl von Supervisionsstunden (z. B. zehn) ein institutionelles Bilanzgespräch geben sollte, um eine ungünstige Passung oder negative Beziehungsaspekte zu reduzieren. Ergänzend könnten schriftliche Supervisionsrückmeldungen (mit Selbstreflektionsanteil) eingeführt und/oder eine unabhängige Anlaufstelle zur Klärung von Problemen in der Supervision eingerichtet werden. Eine institutionalisierte Rotation der SupervisorInnen könnte etwaige Mismatches abpuffern und für die AusbildungskandidatInnen die Möglichkeit bieten, ein breiteres Spektrum an TherapeutInnenmodellen kennenzulernen.

3.3

ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN FRAGEBOGENSTUDIE

3.3.1

DESKRIPTIVE ERGEBNISSE

Die Gesamtzahl der TeilnehmerInnen betrug $n = 315$. Alle Fragen beantworteten $n = 258$; von diesen waren 86.8 Prozent weiblich, 12 Prozent männlich sowie 0.8 Prozent divers. Weitere 0.8 Prozent äußerten sich nicht zum Geschlecht. Das Durchschnittsalter betrug 32.8 Jahre (SD: 6.1).

Die Mehrzahl, 80.6 Prozent der Befragten, hat einen Master oder Diplom in Psychologie. 9.3 Prozent haben einen Master oder Diplom in Pädagogik, 5.4 Prozent in Sozialer Arbeit oder Sozialpsychologie, 1.2 Prozent in Medizin und 3.5 Prozent haben einen anderen humanwissenschaftlichen oder pädagogischen Abschluss.

3.3.3

ERWARTUNGEN AN DIE EINZEL- UND GRUPPENSUPERVISION

90 Prozent der Befragten waren *sehr* oder *eher* zufrieden mit der Supervision während der Ausbildung und nur 0.4 Prozent sehr unzufrieden. Die Erwartungen werden im Folgenden tabellarisch dargestellt (vgl. Tabelle 4).

Speziell für die Gruppensupervision waren über 50 Prozent der Befragten der Auffassung, dass es wichtig sei, dass genügend Zeit für jede/n SupervisorIn zur Verfügung steht, dass das Gruppenklima offen und unterstützend ist, dass die SupervisorInnen die AusbildungskandidatInnen ermutigen, auch über schwierige Situationen zu sprechen, und dass man sich mit dem/der SupervisorIn wohl fühlt (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 4: *Erwartungen an die Einzelsupervision (Prozentzahlen der Zustimmung entlang der beiden positiven Pole der Likert-Skala „stimme voll und ganz zu“ und „stimme zu“)*

	Zustimmung
Ermutigung in schwierigen Situationen	99
Wichtigkeit von konstruktivem Feedback	98
Rückmeldung und konkrete Hilfestellung bei Kassenanträgen	97
Ideen zum Umgang mit PatientInnen bekommen	97
SupervisorIn ist mit dem Fall vertraut	97
Höherer Bedarf an Unterstützung zu Beginn der Ausbildung	96
Therapeutische Lösungsansätze erhalten	96
SupervisorInnen sind vertraut mit der Handhabung des kassenärztlichen Antragsverfahrens	95
Vertrauensvolles Klima	93
Transparente Erwartungshaltung des/der SupervisorIn	89
Gute Struktur einer Einzelsupervisionssitzung	75

Anmerkung: Dargestellte Ergebnisse beziehen sich auf Einzelsupervision.

Tabelle 5: *Erwartungen an die Gruppensupervision (Prozentzahl der Zustimmung entlang der beiden positiven Pole der Likert-Skala „stimme voll und ganz zu“ und „stimme zu“)*

	Zustimmung
Offenes unterstützendes Gruppenklima	100
Ausreichend Zeit für eigenen Therapiebericht	98
Ermutigung, sich zu öffnen, durch SupervisorIn	94
Unterstützende Rückmeldung der Gruppe	93
Erfahrung und Meinungen der TeilnehmerInnen einbeziehen	89
Klare Zeiteinteilung	88
Beiträge von allen TeilnehmerInnen einfordern	72
Feste vertraute Gruppe	67
SupervisorIn sollte nicht Vorgesetzte/r sein	60
Transparenz, wie hoch Anteil der Selbsterfahrung sein darf	59
Einsatz von Videoanalysen	57
Arbeit mit Rollenspielen	30

Anmerkung: Dargestellte Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppensupervision.

3.3.4

KRITISCHE EREIGNISSE ODER ERFAHRUNGEN IN DER EINZEL- UND GRUPPENSUPERVISION

Körperlich sexuelle Übergriffe, verbale sexuelle Anzüglichkeiten oder Versuche, privaten Kontakt aufzunehmen, wurden von niemandem berichtet. Nur ein geringer Teil der Befragten gab an, dass der/

die SupervisorIn in der Einzelsupervision *selten* (3.5%) oder *manchmal* (1.9%) intime Details aus ihrem Privatleben geteilt habe. 14.7 Prozent wurden *selten* und 3.9 Prozent *manchmal* von dem/der SupervisorIn abgewertet oder persönlich angegriffen. 10.9 Prozent der Befragten haben ihren/ihre SupervisorIn *manchmal* und 28.3 Prozent *selten* als gekränkt erlebt. Die weiteren Vorkommnisse werden

Tabelle 6: *Erfahrungen in der Einzel- und Gruppensupervision (Prozentzahl der Antworten entlang der beiden Pole der Likert-Skala „oft“ und „immer“, in Klammern „manchmal“)*

SupervisorIn war <i>nicht</i> vorbereitet	15 (35)
Nicht alle Teilnehmenden waren am Prozess beteiligt	13 (26)
Andere GruppenteilnehmerInnen haben <i>nicht</i> über negative Aspekte in der Supervisionsstunde berichtet	12 (19)
Interaktion fand nur zwischen SupervisorIn und einem/r SupervisandIn statt	10 (17)
Video-Analyse PatientIn-TherapeutIn-Beziehung	9 (42)
SupervisorIn erkannte den Fall <i>nicht</i>	7 (16)
SupervisorIn hat sich <i>nicht</i> mit Therapievorschlügen des/der SupervisandIn beschäftigt	6 (22)
SupervisorIn konnte <i>kein</i> konstruktiv-kritisches Feedback geben	5 (15)
SupervisorIn <i>vermied es</i> , mich auf meine Fehler hinzuweisen	5 (18)
SupervisandIn hat sich <i>nicht</i> unterstützt gefühlt	4 (30)
SupervisorIn moderierte die Gruppe <i>nicht</i>	4 (17)
Videoanalyse zum Verhalten	3 (21)
SupervisorIn war <i>nicht</i> empathisch	3 (16)
SupervisorIn machte <i>widersprechende</i> Diagnosen	2 (9)
Das Gruppenklima war <i>nicht</i> vertrauensvoll	2 (14)
SupervisorIn machte sich <i>widersprechende</i> Behandlungsvorschläge	2 (9)
Probleme, die von SupervisandInnen zur Diskussion gestellt wurden, wurden abgeschmettert	1 (11)

Tabelle 7: *Individuell erlebte positive Ereignisse*

<p>Positive Ereignisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzendes Feedback zum Ende der Ausbildung zur persönlichen Entwicklung. • Die umfassenden Fachkenntnisse meiner SupervisorInnen. • Besonders hilfreich und positiv habe ich die Supervisionen in der Ambulanz insgesamt empfunden. • Die Unterschiedlichkeit meiner SupervisorInnen habe ich sehr hilfreich erlebt. • Erhalte viel Material von meinem Supervisor. • Die beste Supervision erhielt ich durch den Supervisor, der mich persönlich abgewertet hat. Großer Lernerfolg für mich: Sympathie ist nicht notwendig, um eine gute Supervision zu erfahren. Menschlichkeit macht es aber angenehmer. • Hilfreicher waren aus meiner Erfahrung vier unterschiedliche Supervisoren, die beiden Supervisoren, die mehr konkrete Methoden vorstellten. Die Wertschätzung war auch sehr wichtig, aber die Fachkompetenz war mir noch etwas wichtiger. • In Patientenkrise sofort erreichbar. • Live-Supervision bei schwierigen Therapiesituationen. • Mein Supervisor gibt mir stets das Gefühl selbst schon kompetent zu sein. • Mein Supervisor unterstützt auch bei Schwierigkeiten, die andere Ausbildungsteile betreffen (vorrangig das Praktikum in der Psychiatrie), was zwar teuer, aber total hilfreich war. • Supervisorin hat mit unglaublicher Flexibilität und Kenntnis über verschiedenste Methoden, unterschiedlichste PatientInnen zu erreichen, unterstützt. • Echte Freude über gelungene Verläufe und Wertschätzung für Anträge oder Ähnliches. • Eine Supervisorin hatte die PatientInnen mit Namen, Diagnose und Verlauf immer präsent und ich musste keinen „Einstieg“ machen, um Erinnerungen wachzurufen. • Sehr gute, professionelle Unterstützung durch einen Supervisor während einer depressiven Episode von mir. • Selbsterfahrungsanteile durften mit einfließen. • Wenn SupervisandIn von sich selbst berichtet und zusätzlich Aspekte der Selbsterfahrung möglich sind, empfinde ich die Supervision als besonders gelungen.

Tabelle 8: *Individuell erlebte negative Ereignisse***Negative Ereignisse**

- Monolog des Supervisors in der Gruppensupervision.
- Abwertung der Studienabschlüsse der Auszubildenden, Lästern über andere Auszubildende.
- Besonders negativ war die Supervision mit einem Chefarzt in der Klinik, da diese selten fallbezogen und damit kaum praxisrelevant war, wir PIAs unserem Chefarzt dies jedoch kaum rückmelden konnten.
- Es hätte mehr auf die Beziehungsgestaltung zum Pat. sowie auf eigene Themen und Selbsterfahrungsaspekte eingegangen werden müssen.
- Es kam bei einer Stammsupervisorin (die ich mir nicht selbst aussuchen durfte) zu einer gemeinsamen interaktionellen Verstrickung, die wir nicht alleine auflösen konnten. Ich fühlte mich in meinen Anliegen nicht gehört und die Supervisorin zeigte sich durch meine Autonomie gekränkt. Es gab keine ausgewiesenen AnsprechpartnerInnen im Institut für Schwierigkeiten mit SupervisorInnen, was ich mir gewünscht hätte. So traute ich mich lange nicht, mit externen Personen über mein Unwohlsein und über den entstandenen Konflikt in der Supervision zu sprechen.
- Es wurden Leistungen berechnet, die nicht vereinbart waren.
- Hatte stellenweise das Gefühl, den Supervisor über mein Vorgehen aufzuklären. Fragen wurden manchmal nicht beantwortet und ich wurde an KollegInnen verwiesen. Einmalig wurde ich abgewertet von einem Supervisor und bekam über den Supervisionsprozess Feedback, das sich nicht mit dem Feedback der anderen SupervisorInnen deckte, ich hatte das Gefühl, persönlich abgewertet zu werden. Es gab aber auch SupervisorInnen, die sehr bemüht waren. Insgesamt hätte ich mir von manchen Supervisoren eine bessere Supervision gewünscht.
- Hohe Erwartungshaltung zu Beginn der Ambulanztätigkeit, sehr negatives (nicht-konstruktives) Feedback zu einer meiner ersten Therapiesitzungen, Vergleich mit anderen SupervisorInnen, unprofessioneller Kommunikationsstil.
- Ich habe es als unangenehm empfunden, als ich von einer speziellen Supervisorin unter Druck gesetzt wurde, verschiedene Patienten nicht weiter zu behandeln bzw. die Therapie von vornherein abzulehnen. Die inhaltliche Erklärung war für mich nicht stimmig. Ich habe einige Patienten gegen mein Empfinden nicht behandelt. Andere habe ich gegen die Empfehlung der Supervisorin (weiter) behandelt. In allen Fällen waren die Therapien nicht einfach, aber am Ende erfolgreich, zum Teil weit über das zu erwartende Maß hinaus.
- Ich war insgesamt mit all meinen Supervisoren sehr zufrieden und habe von allen viel gelernt. Die Zeit mit ihnen möchte ich nicht missen. Dennoch gibt es drei Erlebnisse, die schwierig waren:
 - 1) Die Leitung des Institutes als Supervisor kann in bestimmten Situationen schwierig werden (z. B. Interessenskonflikt).
 - 2) Ein Supervisor muss sich darüber bewusst sein, dass ein Abhängigkeitsverhältnis seitens des Ausbildungsteilnehmers besteht.
 - 3) Ein Supervisor sollte in einer Gruppensupervision niemals über einen Supervisanden reden, wenn dieser nicht anwesend ist.
- In der Gruppensupervision wurde oft die Hälfte der Zeit auf Terminfindung verwendet, sodass nur noch sehr wenig Zeit für die Fälle blieb.
- In meiner letzten Supervisionsstunde empfand ich meine Supervisorin in ihrem Verhalten insgesamt als sehr ungemessen, sozial inkompetent bis hin zu verbal übergriffig, was eine Kommilitonin genauso empfindet. Wir haben zudem beide das Gefühl, dass sich Kritik an ihrem Verhalten negativ auf unsere Prüfungsvorbereitung auswirken würde.
- Fehlende Veränderungsmotivation auf Seiten der PatientInnen wurde von Supervisorin nicht benannt/in den Prozess einbezogen.
- Mangelnde Fachkenntnisse.
- Zu wenige SupervisorInnen, die zur Verfügung stehen, auf Anfragen reagieren, Kapazitäten haben.
- Schlechtes Zeitmanagement, gewisse Fälle werden nicht besprochen.
- Supervisorin kommt zu spät, hohe Kosten – dadurch fragwürdige Motivation für Supervision.
- Behauptung der Supervisorin, der Fehler habe bei mir gelegen. Ich habe dann eine Mail geschrieben zur Klärung, daraufhin kam keine Rückmeldung und die Supervision war quasi beendet. Da hätte ich mir doch einen anderen Umgang gewünscht.
- Bei anderen Supervisoren, die mehr Wert auf die Beziehung legen, fühle ich mich wohler und kompetenter.
- Eine Supervisorin hatte nicht mal den Überblick, wie viele Patienten man bei ihr in Supervision hatte. Sie wusste auch nie die Namen und gab selten konstruktive Hinweise. Am Ende hat sie einfach alle Bescheinigungen unterschrieben, selbst wenn sie von dem Pat. kaum was supervidierte/wusste.

nachfolgend tabellarisch aufbereitet (vgl. Tabelle 6).

3.3.5

INDIVIDUELL ERLEBTE POSITIVE UND NEGATIVE „CRITICAL INCIDENTS“

Die oben aufgeführte Auflistung weist diejenigen Ereignisse aus, die den TeilnehmerInnen in einer offenen Frage als besonders positiv oder negativ berichtenswert erschienen (vgl. Tabelle 7 und 8). Somit fallen diese Beschreibungen direkt in die Kategorie der „klassischen“ „critical incidents“, da sie nicht als Multiple Choice-Antwort abgefragt, sondern individuell ausformuliert werden mussten. Gerade aufgrund dieses höheren Aufwandes darf man diese Statements als prägende Vorkommnisse werten, die eine besondere Bedeutung für die ProbandInnen bekommen haben und im Rahmen der Befragung vermutlich auch *top of mind* waren. Letztes ist nicht zwingend

der Fall, da der Fragebogen so programmiert war, dass man ihn unterbrechen und theoretisch auch nach einer vertiefenden gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Thema weiter ausfüllen konnte.

3.3.6

ERWARTUNGEN AN DIE IDEALE SUPERVISIONSSTUNDE

Die folgenden Ergebnisse befassen sich vor allem mit den besonderen Herausforderungen von Gruppensupervisionsstunden, wobei Fragen nach dem Befinden sich auch auf Einzelsupervisionsstunden übertragen lassen

86.1 Prozent der Befragten erwarten, dass die SupervisorInnen zunächst nach den Anliegen des/der SupervisandIn fragen sollten, und nur 11.2 Prozent möchten mit dem schwierigsten Fall beginnen. 83.3 Prozent wünschten sich ausreichend Zeit für die Besprechung der Fälle.

Tabelle 9: *Idealer Start einer Supervisionsstunde (in %)*

	Ja	Nein
Es sollte zunächst nach dem persönlichen Befinden des/der SupervisandIn gefragt werden.	53.9	46.1
SupervisorInnen sollten ohne Umschweife direkt in die Therapie einsteigen.	0.1	91.9
SupervisorInnen sollten zunächst nach dem Anliegen des/der SupervisandIn fragen.	86.1	13.9
Die Supervisionsstunde sollte immer mit dem schwierigsten Fall beginnen.	11.2	88.8

Tabelle 10: *Ideale Struktur der Gruppensupervision (in %)*

	Ja	Nein
Es sollte abwechselnd durch die Fälle gegangen werden.	44.2	55.8
Die Supervisionsstunde sollte flexibel nach Dringlichkeit aller Fälle strukturiert werden, auch wenn dann die Reihenfolge nicht eingehalten werden kann.	41.1	58.9
In einer idealen Supervisionsstunde sollte ausreichend Zeit für die Besprechung der Fälle zur Verfügung stehen.	83.3	16.7

Hinsichtlich der Erwartungen an den *idealen Start oder die ideale Struktur* einer Supervisionsstunde lassen sich zwei Gruppen ausmachen (vgl. Tabelle 9 und 10). Jeweils etwa die Hälfte möchte mit der Frage nach dem persönlichen Befinden der SupervisandInnen starten, die andere Hälfte nicht. Ebenfalls gespalten sind die Meinungen, ob abwechselnd durch die Fälle gegangen werden sollte (44.2% ja, 55.8% nein) oder ob die Stunde nach Dringlichkeit der Fälle strukturiert werden sollte (41.1% ja, 58.9% nein).

Darüber hinaus wurden folgende Punkte im Rahmen der offenen Frage ergänzt:

- Anliegen erfragen: „Größe“ des Anliegens erfragen, ob es kurz oder lange dauert.
- Den/die SupervisandIn bestimmen lassen, mit welchem Fall er/sie beginnen möchte.
- Flexibel auf die jeweilige Situation eingehen.
- Fragen: Mit welchem Fall wollen wir beginnen?
- Je nach Situation.
- Kurze Rekapitulation, was in der Therapie seit der letzten Supervisionsstunde passiert ist.
- Recap der letzten Supervision: Bericht, was aus Rückmeldungen geworden ist.
- Sehr kurzes Vorgespräch und dann zügig in die Fallbesprechung einsteigen, SupervisandIn kann dringliche Anliegen ja selbst einbringen.
- Wichtige Anliegen.

3.3.8

METHODEN IN EINZEL- UND GRUPPENSUPERVISION

Die Antworten der ProbandInnen bezüglich der Wichtigkeit der verschiedenen Methoden gleichen sich für die Einzel- und Gruppensupervision weitestgehend an und werden im Tabelle 11 dargestellt.

Darüber hinaus nannten die Befragten folgende Aspekte im Kontext der Methoden:

- Ein gutes Vorbild/Rollenmodell und Authentizität.
- Den/die SupervisandIn „da abholen“, wo er/sie ist.
- Erreichbarsein in kritischen Situationen
- Nicht auf die Minute gucken und sich jede Minute extra teuer bezahlen lassen.
- Erarbeitung einer individuellen Behandlung für den/die PatientIn
- Plananalyse zur motivorientierten Arbeit
- Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Methoden und Hilfe bei der

Tabelle 11: *Methodeneinsatz (Prozentzahl der Antworten „sehr wichtig“ und „wichtig“)*

	Gruppen- supervision	Einzel- supervision
Analyse der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung	96	95
Exploration meiner eigenen Gefühle, Einstellungen und Fantasien hinsichtlich des/der PatientIn	86	88
ausführliche Darstellung des Therapieprozesses durch den/die SupervisandIn	75	85
Video-Analyse einer „Sequenz“	72	78
Einsatz spielerischer, kreativer Methoden	63	61
Rollenspiele	40	43
Video-Analysen (Präsentation einer ganzen Therapieeinheit)	15	19
„Arbeitsblätter“	9	9

Strukturierung/Hierarchisierung der Behandlungsziele

- Unterstützung bei der Behandlungsplanung, Kennenlernen von neuen Interventionstechniken und Austausch über diese

3.3.9

KOMPETENZEN DES/DER SUPERVISORIN

Die *wichtigsten Kompetenzen* (> 70% der Befragten wählten *wichtig*) eines/einer SupervisorIn sind:

- professionelle Kompetenz,
- Kenntnis der wichtigsten Störungsbilder,
- Wertschätzung,
- Zuverlässigkeit,
- die Fähigkeit, Kritik auszuüben und
- Empathie.

Zwischen 60 und 70 Prozent der ProbandInnen geben als wichtige Kompetenz an:

- Vorbild als TherapeutIn,
- Fairness und
- aktives Zuhören.

50 bis 60 Prozent der ProbandInnen betrachten zudem die

- Beziehungsgestaltungskompetenz,
- Fallkenntnis,
- zeitnahe Erreichbarkeit (via E-Mail, Telefon etc.) im Notfall,
- Fähigkeit, Kritik anzunehmen,
- generelle Erreichbarkeit und
- Freundlichkeit

als *wichtige* Kompetenzen für eine/n SupervisorIn.

Variablen mit Modus *eher wichtig* und der Zustimmung von 45 bis 55 Prozent der ProbandInnen waren:

- Flexibilität in der Struktur der Supervisionsstunde,
- organisatorisches Know-how zu den Anforderungen der Ausbildung,
- Moderationsfähigkeit,
- Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse (Studienergebnisse),

- Kenntnisse verschiedener Therapieansätze (z. B. schematherapeutische oder tiefenpsychologische Gesichtspunkte) und

• eine transparente Erwartungshaltung. Zudem wertete die Mehrzahl der ProbandInnen (73 bis 88%) als *wichtig* oder *eher wichtig*:

- Fähigkeit zur Selbstkritik,
- Zeitmanagement,
- konkrete Hilfestellung zu Verhalten,
- Kenntnis über das Ausbildungsprozedere und
- echtes Interesse an den SupervisorInnen.

Zwischen 58 und 75 Prozent der ProbandInnen geben als *wichtige* oder *eher wichtige* Kompetenz

- Humor,
- langjährige Erfahrung und
- den Einsatz verschiedener didaktischer Methoden (z. B. Rollenspiele, Video, Stühlearbeit) an.

Nur ein/eine ProbandIn gab bei der offenen Frage an, dass die Vorbereitung auf die Supervision auch durch die SupervisorInnen eine *wichtige* Kompetenz sei.

3.3.10

FAKTORENANALYSE ÜBER KOMPETENZEN DER SUPERVISORINNEN

Zunächst wurde eine Hauptkomponentenanalyse gerechnet, um die optimale Anzahl an Faktoren zu ermitteln (Komponenten mit Eigenwerten größer 1 und einem höheren beobachteten Eigenwert als der zufällig generierte Eigenwert). Die KMO-Werte für die einzelnen Items lagen zwischen 0.70 und 0.91. Der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ($\chi^2(435) = 2188.97, p < .001$). Der Screeplot legt eine Faktorenanalyse mit vier Faktoren nahe. Die Faktorenanalyse, mit vier Faktoren und Varimax-Rotation, ist signifikant ($\chi^2(321) = 517.53, p < .001$).

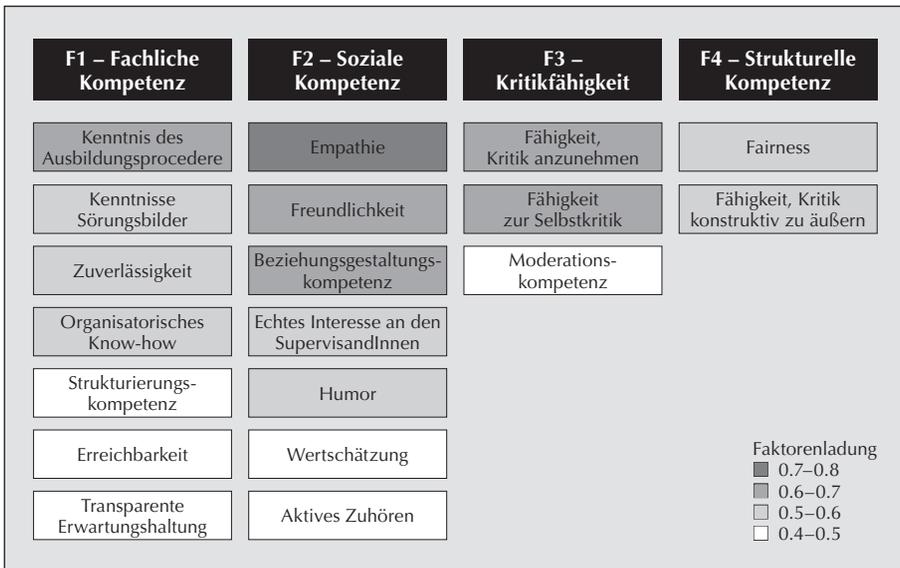


Abbildung 1: Faktorenanalyse über Kompetenzen

Der erste Faktor erklärt 11.8 Prozent der Varianz und kann als „*Fachliche Kompetenz*“ beschrieben werden. Er beinhaltet die Kenntnis des Ausbildungsprocederes inkl. Formalia und Zusatzmaterialien, Kenntnis wichtigster Störungsbilder, Zuverlässigkeit, organisationales Knowhow, Strukturierungskompetenz, Erreichbarkeit und eine transparente Erwartungshaltung (vgl. Abbildung 1).

Der zweite Faktor erklärt 9.8 Prozent der Varianz und kann als „*Soziale Kompetenz*“ bezeichnet werden. Er beinhaltet Eigenschaften des/der SupervisorIn wie Empathie, Freundlichkeit, Beziehungsgestaltungskompetenz, echtes Interesse an SupervisorInnen, Humor, Wertschätzung und aktives Zuhören.

Der dritte Faktor erklärt 7.5 Prozent der Varianz und kann als „*Selbstkritikfähigkeit*“ beschrieben werden. Er beinhaltet die Fähigkeit, Kritik anzunehmen und Selbstkritik auszuüben, sowie die Moderationskompetenz. Man könnte als übergeordnetes Konstrukt so etwas wie

reflexive Selbstregulation vermuten, zu der dann auch Moderationskompetenz als die Fähigkeit, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt zu sagen, gehören würde.

Der vierte Faktor erklärt 4.6 Prozent der Varianz und kann als „*Führungskompetenz*“ bezeichnet werden. Er beinhaltet die Fairness sowie die Fähigkeit, konstruktiv Kritik zu äußern.

Die Variablen Flexibilität, Vorbild als TherapeutIn, Zeitmanagement, Fachkompetenz, Kenntnisse verschiedener Therapieansätze, Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, langjährige Berufserfahrung und Expertise als TherapeutIn, Einsatz verschiedener didaktischer Methoden, generelle Erreichbarkeit und konkrete Hilfestellung zu nonverbalen Aspekten konnten aufgrund niedriger Faktorenladungen keinem Faktor zugeordnet werden. In Abbildung 1 sind die Faktoren abgebildet, Tabelle 12 enthält die Faktorenwerte pro Item.

Tabelle 12: *Faktorwerte*

Variablenname	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Wertschätzung	0.146	0.485		0.107
Flexibilität (Strukturierung/Gestaltung)	0.118		0.384	
Vorbild als TherapeutIn	0.155	0.298	0.184	
Zeitmanagement	0.39	0.229	0.202	
Fachkompetenz	0.36			0.197
Kenntnisse verschiedener Therapieansätze	0.268		0.23	
Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse	0.336		0.258	0.115
Fähigkeit zur Selbstkritik		0.148	0.64	0.22
Langjährige Berufserfahrung und Expertise als TherapeutIn		0.116	0.228	
Transparente Erwartungshaltung	0.402		0.281	0.228
Einsatz verschiedener didaktischer Methoden (z. B. Rollenspiele, Video, Stühlearbeit)	0.261		0.307	
Organisatorisches Know-how	0.521		0.115	-0.117
Kenntnis des Ausbildungsprocedere	0.697		0.123	
Zeitnahe Erreichbarkeit im Notfall	0.419		0.12	0.106
Generelle Erreichbarkeit	0.334			0.159
Moderationskompetenz	0.315	0.201	0.463	
Fallkenntnis	0.552	0.162		0.152
Strukturierungskompetenz	0.499	0.168	0.332	
Fairness	0.156	0.26	0.254	0.557
Fähigkeit, konstruktiv Kritik zu äußern	0.39	0.188	0.2	0.548
Fähigkeit, Kritik anzunehmen	0.103	0.177	0.657	0.377
Echtes Interesse an den SupervisandInnen als Menschen		0.556	0.273	-0.111
Beziehungsgestaltungskompetenz	0.154	0.626	0.314	0.133
Humor		0.527	0.204	
Aktives Zuhören	0.261	0.476	0.163	0.187
Zuverlässigkeit	0.555	0.282		0.194
Kenntnis der wichtigsten Störungsbilder	0.564			0.329
Konkrete Hilfestellung zu nonverbalen Aspekten, wie Körpersprache etc.	0.375	0.129	0.305	
Freundlichkeit		0.68		0.227
Empathie	0.189	0.718		0.319

3.3.11

DEMOGRAPHISCHE VARIABLEN UND KOMPETENZEN

Der Lebensabschnitt, in dem sich die ProbandInnen befinden (im letzten Drittel der Ausbildung, kürzlich abgeschlossene Approbation/Weiterbildung), Arbeit als approbierte/r PsychotherapeutIn oder DozentIn [Fachliche Kompetenz: H(2)

= 1.098, $p = .577$, Soziale Kompetenz: H(2) = 1.246, $p = .536$, Selbstkritikfähigkeit: H(2) = 0.046, $p = .978$ und Führungskompetenzen: H(2) = 0.481, $p = .786$, und der Wunsch, selbst SupervisorIn zu werden [Fachliche Kompetenz: H(2) = 1.472, $p = .479$, sozialer Kompetenz: H(2) = 1.649, $p = .439$, Selbstkritikfähigkeit: H(2) = 1.394, $p = .498$ und Führungskompetenzen: H(2) = 1.039, $p =$

Tabelle 13: *Demographische Variablen und Kompetenzen*

Demographische Variablen		N	Fachliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Selbstkritikfähigkeit	Führungskompetenz
Ausbildungsabschnitt	Im letzten Drittel	198	$M = 0.92$, $sd = 0.27$	$M = 1.19$, $sd = 0.36$	$M = 1.06$, $sd = 0.43$	$M = 1.35$, $sd = 0.58$
	Kürzlich abgeschlossen	55	$M = 0.94$, $sd = 0.27$	$M = 1.14$, $sd = .37$	$M = 1.04$, $sd = 0.33$	$M = 1.35$, $sd = 0.49$
	Nach Approbation/ bereits als DozentIn tätig	4	$M = 0.81$, $sd = 0.24$	$M = 1.18$, $sd = .49$	$M = 1.0$, $sd = 0.38$	$M = 1.5$, $sd = 0.58$
Wunsch zukünftige/r SupervisorIn	Ja	156	$M = 0.94$, $sd = 0.29$	$M = 1.17$, $sd = 0.26$	$M = 1.05$, $sd = 0.40$	$M = 1.36$, $sd = 0.53$
	Nein	27	$M = 0.92$, $sd = 0.27$	$M = 1.27$, $sd = 0.40$	$M = 1.10$, $sd = 0.38$	$M = 1.41$, $sd = 0.56$
	Weiß nicht	75	$M = 0.88$, $sd = 0.23$	$M = 1.16$, $sd = 0.36$	$M = 1.06$, $sd = 0.45$	$M = 1.29$, $sd = 0.46$
Ausbildungsart	KJP	74	$M = 0.86$, $sd = 0.24$	$M = 1.17$, $sd = 0.37$	$M = 1.02$, $sd = 0.38$	$M = 1.36$, $sd = 0.51$
	EP	184	$M = 0.94$, $sd = 0.28$	$M = 1.19$, $sd = 0.36$	$M = 1.07$, $sd = 0.42$	$M = 1.34$, $sd = 0.51$

.595], zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der Wichtigkeit der verschiedenen Kompetenzen (vgl. Tabelle 13). Lediglich diejenigen Befragten, die die Ausbildung zum/zur ErwachsenenpsychotherapeutIn machen ($M = 0.94$), empfanden die fachliche Kompetenz wichtiger im Vergleich zu den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ($M = 0.86$). Die Abweichung ist jedoch marginal. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der sozialen Kompetenz ($H(1) = 0.243$, $p = .622$), Selbstkritikfähigkeit ($H(1) = 0.405$, $p = .525$) und Führungskompetenz ($H(1) = 0.026$, $p = .837$) der SupervisorInnen.

4

ZUSAMMENFÜHRUNG
DER ERGEBNISSE ALLER QUALITATIVEN
UND QUANTITATIVEN STUDIEN
SOWIE EMPFEHLUNGEN

Die Faktorenanalyse (vgl. Abbildung 1), bestehend aus vier Faktoren, stützt weitestgehend das im Rahmen der bei-

den qualitativen Studien entwickelte „Faktoren“-Modell, welches die Kompetenzen differenziert formulieren konnte.

Das qualitativ konstruierte Faktorenmodell (vgl. Abbildung 2) ist insgesamt differenzierter bezüglich der Kompetenzen als das statistisch ermittelte Faktorenmodell, beide weisen dennoch erstaunliche Ähnlichkeiten auf. Grau schraffiert finden sich die qualitativ ermittelten Ergänzungen bzw. Anreicherungen. So wurden Moderations- und Strukturierungskompetenz sowie der konsequente Einsatz von Videoanalysen dem Faktor Führungskompetenz zugeordnet, während Fallkenntnis sowie Wissen um verschiedene Therapieschulen der fachlichen Kompetenz zugeschlagen wurden. Eine sichere Persönlichkeitsstruktur, die wenig narzisstisch ist und etwaige besondere Akzentuierungen mit Hilfe eines Selbsterfahrungsanteils ausgleichen konnte, wurde in Faktor Selbstkritikfähigkeit ergänzt.

F1 – Fachliche Kompetenz	F2 – Soziale Kompetenz	F3 – Kritikfähigkeit	F4 – Strukturelle Kompetenz
Kenntnis des Ausbildungsprocedere	Empathie	Fähigkeit, Kritik anzunehmen	Fairness
Kenntnisse Sörungsbilder	Freundlichkeit	Fähigkeit zur Selbstkritik	Fähigkeit, Kritik konstruktiv zu äußern
Zuverlässigkeit	Beziehungsgestaltungskompetenz	Sichere Persönlichkeit (Selbsterfahrung)	Moderationskompetenz
Organisatorisches Know-how	Echtes Interesse an den SupervisandInnen		Strukturierungskompetenz
Erreichbarkeit	Humor		Videoanalysen
Transparente Erwartungshaltung	Wertschätzung		
Fallkenntnis	Aktives Zuhören		
Kenntnis verschiedener Therapieschulen			

Abbildung 2: Qualitativ-quantitatives Faktoren-Modell (grau hinterlegte Felder: Qualitativ ermittelte Ergänzungen; Quelle: Eigene Darstellung)

5 DISKUSSION

Die Ergebnisse dieser Studie sind im Wesentlichen gleichlautend zum Stand der Forschung (vgl. Eiber & Voigt, in diesem Band). Insbesondere die positiven wie negativen Merkmale von Supervision können in der vorgelegten Studie durch die Erhebungen von Erwartung als dem gewünschten Soll-Zustand näher ausdifferenziert werden. Methodisch wurde auch der bedeutsame und besondere Beitrag qualitativer Forschungsstrategien zur Erkundung und zum Verständnis des Gegenstandsbereiches „Supervision“ deutlich. Inhaltlich zusammengefasst herrscht insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit den bestehenden Supervisionsangeboten, aber insbesondere einige berichtete negative „critical incidents“ der qualitativen Untersuchung sowie die Frei-

textfelder der quantitativen Studie bringen erheblichen Erkenntnisgewinn unter pragmatischer Perspektive, da sie nahezu gleichlautende Defizite herausstellen. Daraus ergeben sich praktische Implikationen für die SupervisorInnen sowie deren Ausbildung.

Die Beziehungsgestaltung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn, die fachlichen Kenntnisse des/der SupervisorIn und die Führungskompetenz inklusive methodisch-didaktischer Fähigkeiten wurden als zentrale Erfolgsfaktoren herausgestellt, wobei der Beziehungsaspekt die fundamentale Rolle spielt.

Für die Ausbildungsinstitute bedeutet dies, dass vieles bereits gut läuft, zur Qualitätsverbesserung und -sicherung aber durchaus noch zusätzliche Kriterien bei einer zukünftigen Supervisionsausbildung berücksichtigt werden könnten.

Als zentraler Punkt für ein Gelingen der Interaktion zwischen SupervisorIn und SupervisandIn, sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppensupervision, wurde unisono eine vertrauensvolle Atmosphäre herausgestellt, die es zulässt, etwaig aufkommende Probleme offen anzusprechen. Die Ausbildungsinstitute können hier unterstützen, indem sie im Rahmen des Qualitätsmanagements die Möglichkeit des Feedbacks institutionalisieren und beispielsweise nach einer bestimmten Anzahl an Stunden ein *Bilanzgespräch* verpflichtend integrieren. Ergänzend könnte es schriftliche, ggf. anonymisierte *Supervisionsrückmeldungen* (mit Selbstreflektionsanteil) und/oder eine *unabhängige Anlaufstelle* geben, mit der Probleme der Supervision besprochen werden können.

Bedeutsam scheint auch, dass sich die idealen personalen Kompetenzen in soziale Kompetenzen (Empathie, Freundlichkeit), Selbstkritikfähigkeit und Führungskompetenz ausdifferenzieren lassen. Hier ergeben sich Ansätze für eine spezifische Selbsterfahrung und ein spezifisches Training zukünftiger SupervisorInnen.

Die meisten SupervisorInnen fühlten sich zu Beginn ihrer Tätigkeit unsicher und hatten das Gefühl, „liefern“ zu müssen. Insbesondere wurde auf den erheblichen Komplexitätsunterschied zwischen KJP und PP hingewiesen, der für SupervisorInnen im KJP-Bereich eine besondere Herausforderung darstellt. Auch der Umgang mit *fehlender Kenntnis bestimmter Störungsbilder* (offen kommunizieren oder verschweigen) wurde unabhängig von Alter und Erfahrung der SupervisorInnen als Problem beschrieben. So könne es auch für erfahrene SupervisorInnen Störungsbilder bzw. Fälle geben, bei denen man ratlos sei. An den Ausbildungsinstituten sollten SupervisorInnen untereinander eine *Intervisionsgruppe*

einrichten, um sich gegenseitig zu unterstützen.

Im Hinblick auf die KandidatInnen sollten SupervisorInnen zu Beginn der Ausbildung stärker unterstützend tätig sein, ermutigen und auch beim Verfassen des kassenärztlichen Antrags Rückmeldungen und konkrete Hilfestellung geben.

Es wird empfohlen, in der Supervisionsausbildung die *Stufen* bzw. *Abschnitte* der therapeutischen Kompetenzentwicklung zu berücksichtigen (Johnston & Milne, 2012): So gibt es in der TherapeutInnen-Ausbildung den Abschnitt, in dem der/die TherapeutIn in seiner/ihrer Rolle als SupervisandIn ganz am Anfang der Ausbildung steht, den mittleren Ausbildungsabschnitt sowie das Ende der Ausbildung. In allen drei Abschnitten benötigen die SupervisandInnen einen unterschiedlichen Grad an Betreuung durch die SupervisorInnen. Auch ändern sich die Abhängigkeiten aufgrund des größeren Selbstvertrauens der SupervisandInnen, so dass sie sich gegen Ende der Ausbildung eher auf partnerschaftlicher Augenhöhe mit dem/der SupervisorIn betrachten. In der Supervisionsausbildung sollte daher diese Tatsache der phasentypisch optimalerweise sich verändernden SupervisorInnenrollen explizit dargestellt werden. Das unterschiedliche Vorgehen in der Supervision bei AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und vollständig Ausgebildeten sollte auch hinsichtlich der unterschiedlichen supervisorischen Kompetenzen berücksichtigt werden.

Der *Einsatz von Videosupervision* kann auch auf Grund der oft sehr unterschiedlichen Perspektiven von SupervisandInnen und SupervisorInnen sehr empfohlen werden (Zarbock et al., 2009). Auch sind die Beobachtung dessen, „was wirklich zu sehen ist“, und sich daran anschließende Analysen und Änderungsmöglichkeiten ein Wesensmerkmal der

VT. Umso problematischer ist daher der Befund, dass 50 Prozent der SupervisorInnen weder in Einzel- noch in der Gruppensupervision häufiger mit Video arbeiten.

Fehlende Vorbereitung und mangelhafte Fallkenntnis des/der SupervisorInnen waren wichtige Aspekte, die insbesondere bei den Erfahrungen in der Einzelsupervision, aber auch in der Gruppensupervision geschildert wurden.

Auch der Wunsch nach einer verbesserten Auseinandersetzung der SupervisorInnen mit den Therapievorschlägen sowie nach einem *konstruktiv-kritischen Feedback* sowohl in Einzel- als auch Gruppensupervision lässt sich aus den Ergebnissen herauslesen.

Im Kontext von Einzel- als auch Gruppensupervisionen sollte zukünftig der Einsatz von *Videos* zur Analyse der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung stärker in den Fokus rücken. Dies gilt auch für den Einsatz von Rollenspielen, dies jedoch in geringerem Umfang. Hier könnten die Institute die SupervisorInnen im Umgang mit digitalen Medien schulen bzw. Seminare anbieten, in denen der Einsatz von Medien und Techniken anwendungsbezogen gelehrt werden kann.

In der Gruppensupervision sollte vermehrt darauf geachtet werden, dass die Interaktion zwischen dem/der SupervisorIn und allen SupervisorInnen stattfindet und dass diese sowohl fördernd wie fordernd ist. Hier könnten Schulungen zu *Moderationstechniken und Konfliktmanagement* geeignete Maßnahmen darstellen.

Die Einschränkungen und Limitationen des Designs ergeben sich aus der Tatsache, dass es sich bei der Online-Studie um eine Ad-hoc-Stichprobe ausschließlich unter DVT-Instituten handelt, die allerdings mit über 300 TeilnehmerInnen eine sehr hohe Rücklaufquote aufwies. Zudem zeigen die qualitativen wie

quantitativen Befunde eine hohe Konkordanz, was für die Validität der Befunde sprechen kann. Natürlich ist diese Stichprobenziehung streng genommen nicht repräsentativ, es könnten z. B. eher diejenigen Personen geantwortet haben, die der Ausbildung insgesamt auch positiver gegenüber eingestellt sind. Trotz der relativ großen Stichprobe hat die Untersuchung natürlich explorativen Charakter. Dennoch bietet sie durch ihren Detaillierungsgrad zahlreiche Anregungen für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Aus- und Weiterbildung in VT.

LITERATUR

- Alfonsson, S., Lundgren, T. & Anderson, G. (2020). Clinical supervision in cognitive behavior therapy improves the rapists' competence: a single-case experimental pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(5), 425–438. doi:10.1080/16506073.2020.1737571
- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G. & Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 206–228. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559
- Bearman, S. K., Schneiderman, R. K. & Zoloth, E. (2017). Building an evidence base for effective supervision practices: an analogue experiment of supervision to increase EBT fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 293–307. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0723-8
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. (3.,

- grundl. überarb. Aufl., S. 7–13). Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2022). *Musterweiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen*. Zuletzt geändert auf dem 40. Deutschen Psychotherapeutentag in Stuttgart am 13. und 14. Mai 2022. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPTK.pdf
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: the state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 1030–1041. <https://doi.org/10.1002/jclp.22124>
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2021). *Clinical supervision: A competency-based approach* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000243-000>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 51(4), 327–358.
- Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung* (Reihe Qualitative Sozialforschung – Bd. 12; hrsg. von R. Bohnsack, Ch. Lüders & J. Reichertz). Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U., von Kardorff, E., Keupp, H., von Rosenstiel L. & Wolff, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Helffferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews, in N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Wiesbaden: Springer.
- Johnston, H. L. & Milne, D. L. (2012). How do supervisees learn during supervision? A Grounded Theory study of the perceived developmental process. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5. doi:10.1017/S1754470X12000013
- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelly, N. & Hassett, A. (2021). Clinical supervision in CBT training: what do participants view as effective? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000222>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Berlin: Springer.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2014). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_27
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Interviews, Gruppendiskussionen oder Feldnotizen systematisch und kontrolliert auswerten* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kühne, F., Maas, J., Wiesenthal, S. et al. (2019). Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychol*, 7, 54. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0327-7>
- Ladany, N., Mori, Y. & Mehr, K.E. (2013). Effective and ineffective supervision. *The Counseling Psychologist*, 41, 28–47.
- Lester, J. N., Cho, Y. & Lochmiller, C. R. (2020). Learning to do qualitative data analysis: a starting point. *Human Resource Develop-*

- ment Review, 19(1). 94–106. <https://doi.org/10.1177/1534484320903890>
- Maiwald, L. M., Kühne, F., Junga, Y. M., Rudolph, D., Witthöft, M., Lüthke, L. et al. (2019). Erfolgreiche Supervision in der Psychotherapieausbildung. Eine explorativ-qualitative Untersuchung der Supervisor_innen- und Supervisand_innenperspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 48(4), 228–236. doi:10.1026/1616-3443/a000563
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Nixdorf, C. (2020). *Handlungskompetenz erfassen mit der Critical Incident Technique*. Hannover. Verfügbar unter: https://www.pedocs.de/volltexte/2020/19276/pdf/Nixdorf_2020_Die_Critical_Incident_Technique.pdf
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech N. & Zoran, A. G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3). doi:10.1177/160940690900800301
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Riser, R. P. & Milne, D. L. (2016). A survey of CBT supervision in the UK: methods, satisfaction and training, as viewed by a selected sample of CBT supervision leaders. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e20. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000689>
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K. & Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 84, 191–199. doi:10.1037/ccp0000079
- Roch, S. (2017): Der Mixed-Methods-Ansatz. In J. Winkel, W. Fichten & K. Großmann (Hrsg.). *Forschendes Lernen an der Europa-Universität Flensburg – Erhebungsmethoden* (S. 95–110). Flensburg: Universitätsverlag.
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). London: Sage.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage.
- Schreier, M. (2013). Qualitative Forschungsmethoden. In W. Hussy, M. Schreier & G. Echterhof (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 189–221). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9_5
- Serrat O. (2017). *Knowledge solutions*. Singapore: Springer.
- Steinke, I. (2007). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In U. Kuckartz, H. Grunenberg & T. Dresing (Hrsg.), *Qualitative Datenanalyse: computergestützt*. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90665-2_11
- Stoltenberg, C. D. & McNeill, B. W. (2010). *IDM supervision: An integrative developmental model for supervising counselors and therapists*. New York: Routledge.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54, 411–426. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0710-6>
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S (2010). Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 55, 455–464. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0776-1>
- Tausch, A. & Menold, N. (2015). *Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?* (GESIS Papers 2015|12).

- Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Tenny, S., Brannan, G. D., Brannan, J. M. & Sharts-Hopko, N. C. (2022, Sep 18). *Qualitative study*. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
- Törnquist, A., Rakovshik, S., Carlsson, J. & Norberg, J. (2018). How supervisees on a foundation course in CBT perceive a supervision session and what they bring forward to the next therapy session. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(3), 302–317. doi:10.1017/S1352465817000558
- Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: method or methodology? *Qualitative Health Research*, 29(7), 1065–1079. doi:10.1177/1049732318813112
- Weck, F., Junga Y. M. & Witthöft, M. (2017). Topics and techniques in clinical supervision in psychotherapy training. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10, e3. <https://doi.org/10.1017/S1754470X17000046>
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. & Höfling, V. (2016). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: A randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 27(4), 501–509. doi:10.1080/10503307.2015.1132857
- Wichmann, A. (2019). Abschließende Gedanken zur ganzheitlichen Gegenüberstellung quantitativer und qualitativer Forschung. In dies. (Hrsg.), *Quantitative*

GIULIANA MORANDINI

CAFFÈ SPECCHI

Übersetzt von Heinz Riedt

*Psychoanalyse:
Ein Weg zu verborgenen Schauplätzen*

Katharina Pollacek ist nach Triest zurückgekehrt, um sich das Sorgerecht für ihren Sohn zu erkämpfen. Sie irrt in der Stadt umher, getrieben von der Macht ihrer Erinnerung, auf der Suche...

Sie berührt die Dinge, um die verborgenen Schauplätze zu erkunden, die Buchten unter der Oberfläche. „Man durchwandert einen großen Leib und kommt auf die unerfüllten Wünsche zurück.“

Zweifellos hat mir die Psychoanalyse nicht nur geholfen, auf der Welt besser zurechtzukommen, sondern sie hat auch meine Fähigkeiten entwickelt, die Sprache zu bewegen. Vorher war dies ein brachliegendes Mate-

rial, regungslose Algen in einer Lagune; nach der Analyse gab es wohl noch die Lagune und die Algen, doch alles war in Bewegung geraten, und so schien mir das Bild in seiner Gesamtheit weniger erschreckend.

„In seinem reichen, schmerzhaften und existenziellen Entwurf ist ‚Caffè Specchi‘ ... das große Wagnis der rigorosen und entschlossenen Suche nach einer eigenen Identität in einer feindlichen Welt.“
(Ugo Ronfani, *Il Giorno*)

208 Seiten
ISBN 978-3-95853-863-4 | 12,00 €



COMMEDIA & ARTE bei  **PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Tel. +49 (0)5484 308 · pabst@pabst-publishers.com · www.pabst-publishers.com

- und Qualitative Forschung im Vergleich* (Reihe Psychologie für Studium und Beruf, S. 51–53). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-59817-7_7
- Wittenberg, R., Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2000). Mixed methodology. Combining qualitative and quantitative approaches. Applied social research method series, volume 46. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 52(1), 180–183. <https://doi.org/10.1007/s11577-000-0023-9>
- Zarbock, G. (2005). Therapieabbruch und Misserfolg aus der Sicht des Therapeuten, Supervisors und Gutachters. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* (S. 183–208). Bern: Huber.
- Zarbock, G. (Hrsg.). (2016a). *Praxisbuch VT-Supervision. Konzepte und Materialien für eine Aufgaben- und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS) von Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zarbock, G. (2016b). Die Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH) – Ein Konzept für die Arbeit mit Grundbedürfnissen, Emotionen und Bewältigungsreaktionen in Therapie und Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 37(4), 393–416.
- Zarbock, G., Drews, M., Bodansky, A. & Dahme, B. (2009). The evaluation of supervision: Construction of brief questionnaires for the supervisor and supervisee. *Psychotherapy Research*, 19(2), 194–204. doi:10.1080/10503300802688478
- Zarbock, G., Rodde, S., Ströhm, W., Schulz, H. & Watzke, B. (2012). Kompetenzerwartungen in der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Verhaltenstherapie (VT). *Verhaltenstherapie*, 22, 27–35. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/107339/1/335773.pdf>
- Zarbock, G., Schweigert, E. & Hampel, J. (2017). Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) – Ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38(3), 216–232.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. & Gremler, D.D. (2009). *Services marketing: integrating customer focus across the firm* (5th ed.). Singapore: McGraw-Hill & Irwin.



PROF. DR. NICOLE FABISCH
INTERNATIONAL SCHOOL OF MANAGEMENT
(ISM)
BROOKTORKAI 22
D-20457 HAMBURG
E-MAIL: nicole.fabisch@ism.de



DR. GERHARD ZARBOCK
IVAH – INSTITUT FÜR VERHALTENSTHERAPIE-AUSBILDUNG HAMBURG GGMmbH
HANS-HENNY-JAHNN-WEG 51
D-22085 HAMBURG
E-MAIL: gerhard.zarbock@ivah.de