

aus:

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.):  
"Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie  
Abhängigkeitskranker - Praxisorientierte Beiträge"  
(S.109-127).  
Geesthacht: Neuland.

(Kopie nur zum privaten Gebrauch!)

Dieter Schmelzer (1995)

### **Supervision in der Verhaltenstherapie: Ziele und Aufgaben unter dem Aspekt Förderung der therapeutischen Qualität**

Mit diesem Beitrag soll aus verhaltenstherapeutischer Sicht das nicht ganz unproblematische Verhältnis von »Supervision« und »Qualitätskontrolle« näher beleuchtet werden. Nach einer kursorischen Standortbestimmung für die Begriffe »Verhaltenstherapie«, »Supervision« und »Qualitätskontrolle« wird das Thema »Supervision als Beitrag zur Qualitätssicherung« aus dem Blickwinkel dreier »Beteiligter« (Träger, Therapeuten, Supervisoren) betrachtet, um danach aus der neutralen Perspektive des wissenschaftlichen Therapieforschers einige Vorschläge zu formulieren, wie sowohl Supervision als auch Qualitätskontrolle praktisch umgesetzt werden kann, ohne die jeweiligen Ziele zu verfehlen.

#### **»Verhaltenstherapie«**

Basis aller hier dargestellten Überlegungen stellt der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz der »Selbstmanagement-Therapie« (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990) dar, der die Autonomie, Selbstregulation und Selbstkontrolle von Menschen besonders betont. Die Therapie stellt dort einen zeitlich begrenzten Lernprozeß zur aktiven Problembewältigung dar mit dem Ziel, letztlich wieder von Therapie *unabhängig* zu werden. Für den idealtypischen Verlauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses liegt ein 7-Phasen-Modell vor, welches ein problem- und zielorientiertes, maßgeschneidertes Vorgehen erlaubt.

Eine weitere Prämisse des Ansatzes stellt die Verpflichtung zur »relativ rationalen Begründung« (Westmeyer, 1979) aller Maßnahmen dar: Insbesondere dort, wo es *Grenzen der Selbstverantwortung* gibt (z. B. im Suchtbereich), sollte – auch aus ethisch-berufsständischen Gründen – eine Legitimation von Interventionen mittels wissenschaftlich akzeptabler Befunde und Argumente erfolgen. Dies impliziert die Betonung eines rationalen Dialogs statt der Verkündung von Dogmen oder dem unkontrollierten Ausnützen von Machtpositionen. Es bedeutet auch eine enge Ver-

bindung von Wissenschaft und Praxis (vgl. Kanfer, 1989) sowie ein *uneingeschränktes JA* zu Effektivitätskontrolle und Evaluation. Da die Verhaltenstherapie seit jeher eine empirische Erforschung und Überprüfung von Therapieabläufen sowie Behandlungsergebnissen betont hat, ist Qualitätssicherung für sie nichts Neues – im Gegenteil: Durch das relativ verhaltenstheoretische Vorgehen und die Konkretisierung bzw. Operationalisierung ihrer Konzepte dürfte ihr dies leichter fallen als mancher anderen Therapieschule.

### »Supervision«

Supervision stellt auch in der Verhaltenstherapie ein wichtiges *Mittel zur Gewährleistung bzw. Steigerung der therapeutischen Effektivität in der Praxis* dar. Speziell für die Supervision während einer Ausbildung gilt als erstrebenswertes Ziel, daß Supervisanden spätestens gegen Ausbildungsende die prinzipielle *Fähigkeit* erworben haben, als Verhaltenstherapeuten eigenverantwortlich tätig zu sein (vgl. auch Tillmanns, 1990, S. 100). Versucht man eine *Definition* von Supervision, so werden sich viele Verhaltenstherapeuten wohl der Meinung von Plessen & Kaatz (1985, S. 25) anschließen können: »Supervision ist ein pädagogisch/erzieherischer oder therapeutisch/beratender Einflußprozeß, bei dem eine erfahrene und fachlich kompetente Person (Supervisor) einer fachlich unerfahrenen Person (Supervisand) Lernmöglichkeiten in Form von Beratungen, Anleitungen oder Kontrollen, verbunden mit spezifischen Arbeitsaufgaben, anbietet, mit dem Ziel der Erweiterung oder Vertiefung der persönlichen, fachlichen und sozialen Handlungskompetenz. Die Lernmöglichkeiten, die der Supervisand dabei erhält, beziehen sich auf die eigene Person oder auf seine Interaktionen mit anderen, wie Klienten, Gruppenmitgliedern etc.«

Seit einiger Zeit hat – sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum – eine wahre Literaturflut zum Thema Supervision eingesetzt. Hieraus nur eine kleine Auswahl von Beiträgen, die m. E. besondere Relevanz für die VT-Supervision besitzen: z. B. Bernard & Goodyear, 1992; Engelhardt, 1994; Fatzer & Eck, 1990; Frank, Walter & Vaitl, 1992; John & Fallner, 1980; Langlotz-Weis & Sturm, 1986; Lieb, 1993; Linehan, 1980; Loganbill, Hardy & Delworth, 1982; Plessen & Kaatz, 1985; Tillmanns, 1990; Zapotoczky & Bruckner, 1985 u. v. a.

Die *Ziele, Aufgaben und Funktionen von Supervision* hat der amerikani-

sche Sozialarbeiter und Pionier der Supervision Alfred Kadushin (1976) in drei Hauptkategorien gruppiert (und damit wohl die übergeordneten Merkmale getroffen):

*Edukative Funktionen*: z. B. Ausbildung, Lehren, Erziehen, Vermittlung von Wissen und Können, Training/Üben von Methoden und Vorgehensweisen, Anleitung zu Selbstreflexion, konstruktives Feedback, berufliche Sozialisation etc.

*Administrative Funktionen*: z. B. Gewährleisten des optimalen »Funktionierens« einer Einrichtung, Verwaltung, Evaluation, Qualitätssicherung, Patientenschutz, Optimieren der Arbeitsabläufe etc.

*Supportive Funktionen*: z. B. emotionale Unterstützung/Begleitung bzw. Entlastung, Psychohygiene, Fördern von Selbstschutz, Assistenz beim Umgang mit beruflichem Stress, Prävention von »Burnout« etc.

Weiter unten im Text wird deutlich werden, daß eine isolierte Betrachtung von *Teilbereichen* der Supervision nicht gerecht wird, sondern daß *alle drei* Kategorien relevant sind.

Ich bin zur Zeit dabei, ein mehrdimensionales Phasenmodell der VT-Supervision zu formulieren, das manche Anleihen beim 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie nimmt, inhaltlich allerdings speziell auf den Supervisionsprozeß zugeschnitten ist (Schmelzer, in Vorbereitung). Dabei wird es sich um ein zielorientiertes Problemlösemodell handeln, dessen erster Schritt im *Aufbau einer vertrauensvollen, kooperativen Supervisor/Supervisand-Beziehung* besteht. Diese Vertrauensbeziehung, die Raum läßt für eine offene, konstruktive und sanktionsfreie Bearbeitung von Therapieproblemen, stellt m. E. die *elementare Basis für jede Supervision* dar. Ich werde später noch darauf eingehen, daß ich der Meinung bin, daß eine Supervision, bei der die *Kontrolle* (bis hin zu persönlichen und/oder beruflichen Sanktionen) *überbetont* wird, ihren Namen nicht verdient und scheitern wird. Supervision ist für mich daher assoziiert mit einer Atmosphäre psychischer Intimität, konstruktivem Feedback, Assistenz bei beruflichem Handeln, persönlicher und insbesondere professioneller Weiterentwicklung etc., nicht jedoch mit Bespitzelung und Überwachung.

In Abhängigkeit von den Supervisionsanliegen der Beteiligten und der Bedingungsanalyse der eingebrachten Supervisionsprobleme können sich folgende *Schwerpunkte* der Supervision ergeben:

– Sachgerechte Therapieplanung und -durchführung (Fokus: theoretische und praktische Fachkompetenzen des Therapeuten)

- Persönliche Therapeuteneinflüsse (positiv wie negativ)
- Kontext der Therapie (Systemeinflüsse, institutioneller Rahmen)
- Patienten (inkl. Besonderheiten der jeweiligen Störungsbilder)
- Therapeut-Patient-Beziehung  
sowie (auf der Meta-Ebene):
- Supervisor-Supervisand-Beziehung
- Kontext der Supervision (Systemeinflüsse)

Bei aller Bedeutsamkeit darf Supervision nicht isoliert gesehen werden, sondern muß eingebettet sein in andere professionelle Aktivitäten. Dies bedeutet, parallel oder ergänzend weitere Handlungsalternativen zu nutzen, die für eine effektive Berufsausübung von Therapeuten zur Verfügung stehen. Dazu zählen u. a.: Therapieausbildung, Ausbildungssupervision, Fort- und Weiterbildung, Fallbesprechungen, Expertenkonsultation, Intervention (kollegiale Supervision), kontinuierlicher kollegialer Austausch (kollegiales Netz), Selbstsupervision, Selbsterfahrung/Selbstreflexion, persönliche Therapie, Systemberatung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Leitungsberatung, kontinuierliche persönliche und berufliche Weiterentwicklung etc. Supervision sollte folglich auch nicht überfrachtet werden mit supervisionsfremden Themen oder Zwecken, für die andere Herangehensweisen (und sprachliche Bezeichnungen) besser geeignet sind.

#### »Qualität«, »Qualitätssicherung«, »Qualitätskontrolle«

Eine sehr hilfreiche und lesenswerte Darstellung der Diskussion um »Qualitätssicherung« (QS) hat Kordy (1992) verfaßt. Meist werden als Ziele der QS genannt: (1) *Qualitätsaspekt*: Therapie soll bedarfsgerecht, zeitgemäß, wirksam nach den Regeln der Kunst bzw. dem Stand der Wissenschaft durchgeführt werden (auch: Berücksichtigung von Patientenwohl, Patientenschutz etc.), sowie (2) *Wirtschaftlichkeit* der Versorgung (Erreichen von Behandlungszielen mit minimalem Mitteleinsatz). Dabei ist für *Therapeuten* die *Verknüpfung* von Qualität und Wirtschaftlichkeit sehr ungewohnt (vgl. Kordy, 1992, S.310); umgekehrt sind *Kostenträger* primär an den finanziellen Aspekten interessiert (Lubecki, 1990).

Seit Donabedian (1966) werden drei Qualitätsebenen unterschieden:  
1) *Struktur-Qualität*: z. B. Qualifikation/Ausbildung der Anbieter, Aus-

- stattung der Arbeitsstätten (Personal sowie Material bzw. Organisation)
- 2) *Prozeß-Qualität*: z. B. »fachgerechte« Durchführung von Diagnostik und Therapie
- 3) *Ergebnis-Qualität*: z. B. Beurteilung der Behandlungsergebnisse (anhand bestimmter Kriterien wie z. B. Heilungsdauer, Lebensqualität, Erwerbsfähigkeit, Patientenzufriedenheit etc.)

*Supervision* ist dabei *eine* Maßnahme zur Förderung von Prozeß- und Ergebnis-Qualität. Sie kann allerdings keine Mängel beheben, die aus fehlender Struktur-Qualität (z. B. inadäquater Ausbildung, dürftiger personeller/materieller Ausstattung, Ignorieren von Ergebnissen der Therapieforschung etc.) resultieren. Vielfach besteht die beste präventive Sicherung von Qualität folglich in strukturproduzierenden Schritten, d. h. darin, eine möglichst optimale Implementation effektiver Methoden zu bestimmten Zwecken in einer möglichst optimal organisierten Institution durch optimal ausgebildete Personen zu ermöglichen. Qualität *entsteht* also nicht erst durch Supervision, sondern muß bereits vorher in den Prozeß eingebracht werden (vgl. auch Abbildung auf S. 118).

#### Supervision und Qualitätssicherung – ein diffiziles Verhältnis

Wie die folgende Abbildung 1 verdeutlicht, möchte ich im nachfolgenden Text zunächst das Thema »Supervision als Beitrag zur Qualitätssicherung« aus drei Perspektiven von »Beteiligten« betrachten, um danach aus einer vierten Perspektive (nämlich der des neutralen, unbeeinflussten Therapieforschers) einige Empfehlungen zu geben, wie sowohl Supervision als auch Qualitätssicherung adäquat durchgeführt werden könnte:

#### Verschiedene Perspektiven zu den Themen "Supervision" und "Qualitätssicherung"

1. Kostenträger / Institution (= "Administration")
2. Therapeuten (als Angestellte innerhalb der Institution)
3. Supervisoren (intern bzw. extern)
4. Empfehlungen aus der Perspektive des externen, neutralen Therapieforschers

### 1) Die Perspektive »Kostenträger/Institution« (»Administration«)

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität können wichtige Ziele und Interessen dieser Personengruppe sein:

- möglichst hohe Qualität bei möglichst kostengünstiger Struktur (auch: *Kostensenkung!*)
- meist Primat von Wirtschaftlichkeit, Rentabilität, Profit
- Einhaltung bestimmter, *möglichst einfach prüfbarer* Qualitätsstandards
- Befolgen gesetzlicher und verwaltungstechnischer Vorschriften
- Prestige, Reputation »guter« Einrichtungen
- Gewährleisten von möglichst wenig »Kunstfehlern«, Schädigungen und Mißerfolgen etc.

Entsprechend der Einteilung von Kadushin (1976) stehen hier hauptsächlich die *administrativen* Funktionen der Supervision im Mittelpunkt. Die Träger bekommen umgekehrt von den beteiligten Therapeuten Stimmen zu hören, die zu wenig Mittel/Personal, fehlende Supervision, zu schlechte Ausstattung, zu bürokratisches Vorgehen oder zu viel Kontrolle (aus fachlich nicht gerechtfertigten Gründen) beklagen.

### 2) Die Perspektive der Therapeuten (innerhalb der Institution)

Therapeuten (als »Haupt-Leistungsträger« des gesamten Prozesses) haben meist ganz andere Ziele und Interessen wie z. B.:

- Bedürfnis nach Unterstützung und Entlastung (angesichts schwieriger Fälle, emotionaler Belastungen, im Interesse der eigenen Psychohygiene etc.)
- Assistenz durch erfahrene Kollegen bei der Bearbeitung kritischer Fragestellungen
- Wunsch nach Anerkennung eigener Kompetenz
- Berufsständisches Interesse an der Wahrung fachlicher/wissenschaftlicher Standards (statt ausschließlicher Orientierung an fachfremden Kriterien wie z. B. Kosten)
- Wunsch nach möglichst hoher Autonomie/Freiheitsspielräumen bei Erfüllung ihrer Aufgaben (oft auch: Wunsch nach möglichst geringen Beeinträchtigungen durch die Administration) etc.

Hinsichtlich der Kadushin-Einteilung stehen bei Therapeuten vor allem die *edukative und supportive* Funktion der Supervision im Vordergrund. Sie müssen sich allerdings Vorwürfe der Träger/Administration gefallen

lassen, die z. B. lauten: Wir können Euch nicht unkontrolliert »drauflos« arbeiten lassen; wir müssen unsere Ausgaben legitimieren und Eure Effektivität überwachen; wir sind verantwortlich für die Einhaltung von Vorschriften; wir möchten gute Arbeit garantieren und den Ruf unserer Institution wahren; wir müssen unsere Patienten vor Schädigungen schützen etc. Hinzu kommen Botschaften wie: Ihr macht es Euch zu schön, zu leicht, Ihr schottet Euch ab (wir wissen gar nicht, wofür wir Euch und Eure Supervision bezahlen . . .).

### 3) Die Perspektive der Supervisoren

In Anlehnung an Gesichtspunkte von John & Fallner (1980, S. 15–28) sowie auf Basis eigener Supervisionserfahrungen lassen sich folgende Punkte anführen:

*Interne Supervisoren* befinden sich häufig in einer *Doppelrolle*, indem es einerseits ihre Aufgabe und ihr Interesse ist, Berater/Begleiter von Therapeuten zu sein und als »Kollege« zu fungieren (also »Supervisor« zu sein); andererseits werden sie von ihren Supervisanden als Vorgesetzte (weisungsbefugt und u. U. sanktionsbefugt) wahrgenommen, erhalten den Ruf eines Kontrolleurs, Beurteilers (»Evaluators«), was zu Rollenkonflikten führt. Sie sind dem Arbeitgeber gegenüber zu Loyalität verpflichtet und haben auch ihren Aufgaben wie Verantwortungsträger, Patientenschutz, Sorge um das Renommee der Einrichtung etc. nachzukommen. Dies impliziert oft einen äußerst komplizierten *Sonderstatus*, bis hin zu der Einschätzung, »zwischen allen Stühlen« zu sitzen und eigentlich immer zur »falschen Seite« zu gehören: Während sie für Träger im Verdacht stehen, sich als Therapeuten (die sie ja sind oder waren) im Zweifelsfall auf die Seite der Therapeuten = Supervisanden zu schlagen, werden sie seitens der Therapeuten = Supervisanden doch zur Institutionsleitung gerechnet – mit dem Resultat, daß in jedem Fall ein Klima des Mißtrauens entsteht. Konsequenz: Institutionsinterne Supervision funktioniert (für alle Seiten) nur unzureichend, falls das erforderliche Vertrauensverhältnis fehlt.

Andere Probleme bei organisationsinterner Supervision – welche sich letztlich qualitätsmindernd auswirken – können sein:

- Befangenheit/Blindheit interner Supervisoren für neuralgische Punkte im Institutionsbetrieb
- Offener oder verdeckter Widerstand von Therapeuten = Supervisanden gegen zwangsweise Supervision (oft gibt es – wenn überhaupt – nur eine begrenzte Auswahl von Supervisoren)

- Willkürliche und unterschiedliche Beurteilung der Supervision (so legen z. B. die Träger in der Regel andere Bewertungsmaßstäbe an als die Supervisanden)
- Wirksamkeit der Supervision oder gar der Institution wird am Supervisor festgemacht (vom »Superstar« bis zum »Sündenbock«) etc.

*Externe Supervisoren* haben sicherlich den Vorteil, sich nicht in der konflikthaften Doppelrolle als Vorgesetzte *und* Berater zu befinden; sie haben normalerweise kaum Loyalitätsprobleme gegenüber den Trägern, dadurch mehr Freiheitsgrade und können sich auf die Supervision *im eigentlichen* Sinn konzentrieren. Mögliche Nachteile entstehen hier durch zu wenig Feldkompetenz, zu wenig Einblick in die Interna, zu große Distanz oder fehlendes Verständnis für institutionelle Verstrickungen und strukturelle Realitäten (»Was weiß denn die/der schon von unserem Laden...!«). Auch kann es zu Widerständen seitens der Leitung kommen (»Wir haben doch eigene Supervisoren«, Verdacht einer Systemveränderung, Befürchtung von Machtverlust etc.). Häufig entsteht auch Mißtrauen dadurch, daß sich (externe) Supervision ohne Einblick der Leitung in deren Abläufe vollzieht, wodurch Bedenken aufkommen können, die Supervision werde als Selbstzweck oder als Selbsterfahrungs-Spielwiese für Therapeuten – ohne Bezug zur institutionellen Tätigkeit – mißbraucht.

#### 4) Empfehlungen aus der Perspektive des externen und neutralen Therapieforschers

Die vierte Perspektive stellt die des unbeteiligten, von persönlichen Interessen freien, unbeeinflussten Therapieforschers dar. Für diese (konstruierte) Idealposition gilt als oberstes Ziel, für die praktische Umsetzung effektiver Supervision *und* Qualitätssicherung *wissenschaftlich legitimierbare Notwendigkeiten und Standards zu propagieren*. Entsprechend dem »reinen« Wissenschaftsideal lautet die Botschaft an alle Beteiligten: Haltet Euch an die Spielregeln empirischer Therapieforschung und setzt deren Ergebnisse um! Dies ist gleichzeitig ein Plädoyer für Fachkompetenz und Fachautorität (im Gegensatz zu formaler Autorität durch Macht/Status). Umgekehrt lautet eine Bitte an alle Praktiker: Liefert uns forschungswürdige Fragestellungen! Denn ein kontinuierlicher *Austausch* zwischen Theorie und Praxis sollte gerade für die Themen Supervision und Qualitätssicherung in Zukunft noch intensiviert werden (vgl. auch die Pfeile in Abbildung 2 unten).

Aus dieser hypothetischen Sicht lassen sich – ohne Anspruch auf Voll-

ständigkeit – z. B. folgende Empfehlungen geben (die die Beteiligten m.E. vor einer Umsetzung kritisch auf Brauchbarkeit in ihrem Kontext prüfen sollten!):

#### ● *Dialog und Kooperation aller Beteiligter (Alle an einen Tisch!)*

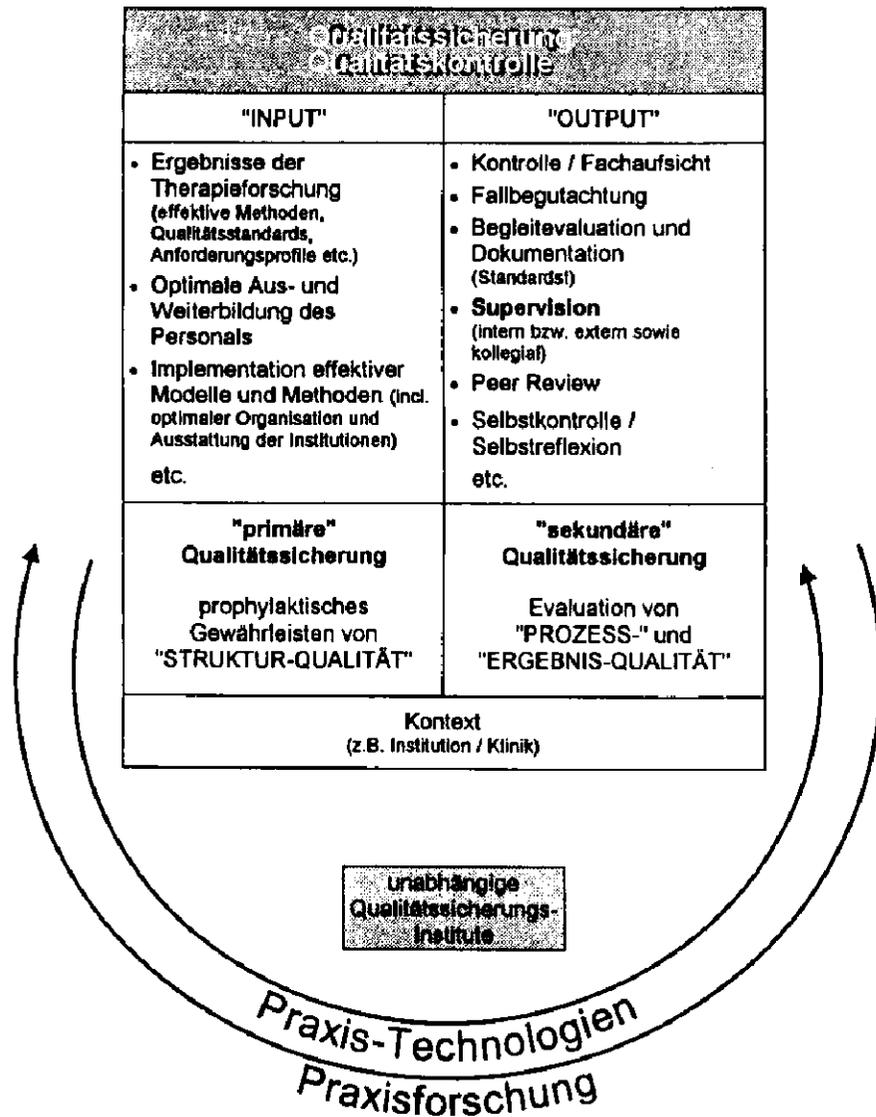
Statt der Verteidigung isolierter Einzelinteressen oder dem Kampf von Lobbies um Macht und Besitzstände sollte die Suche nach gemeinsamen Interessen und Oberzielen (eben z. B. »Qualität« der angebotenen Dienstleistungen) die einzelnen Parteien zusammenführen und zu einer *kooperativen Erarbeitung von Qualitätskriterien beitragen* (»objektive«, klare, konkrete, begründbare, transparente und faire Standards und Beurteilungskriterien für alle Seiten).

#### ● *Supervision ist ein wichtiges, aber nicht alleiniges Instrument der Qualitätssicherung*

Wie ein Blick auf die Abbildung 2 zeigt, läßt sich Supervision in die Reihe der »sekundär« qualitätssichernden Maßnahmen einordnen, mit deren Hilfe der »Output« des gesamten Prozesses evaluiert und gewährleistet wird (rechte Spalte, nächste Seite).

#### ● *Primäre Möglichkeiten der QS umsetzen*

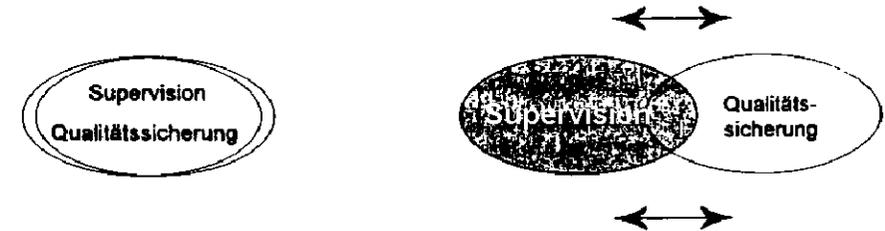
Zuvor muß jedoch der »Input« stimmen, d. h. es muß mittels »primärer« Qualitätssicherung die sogenannte »Struktur-Qualität« geschaffen werden. Wie die linke Spalte von Abbildung 2 verdeutlicht, gehören dazu u. a.: Adäquates Berücksichtigen der Ergebnisse der aktuellen Therapieforschung (Welche effektiven Methoden gibt es für welche Zwecke? Welche Qualitätsstandards sind sinnvoll? Welche Anforderungsprofile ergeben sich daraus für verschiedene Tätigkeiten wie z. B. Therapeut, Supervisor, Pflegepersonal, Institutionsleitung? etc.), optimale Aus- und Weiterbildung der Therapeuten (und Supervisoren!), Implementation effektiver Modelle und Methoden in der Praxis (wozu auch optimale Organisation inkl. personeller und materieller Ausstattung der jeweiligen Einrichtungen gehören). Dies sind – aus der Sicht von Trägern und Geldgebern – zunächst sicher kostenträchtige Investitionen. Jedoch erst wenn eine befriedigende strukturelle Qualität vorhanden ist, können »sichernde« und evaluierende sowie qualitätsfördernde Maßnahmen greifen. Oder drastischer ausgedrückt: Die beste Supervision kann nicht helfen, Versäumnisse auf seiten der Struktur-Qualität nachträglich zu beheben.



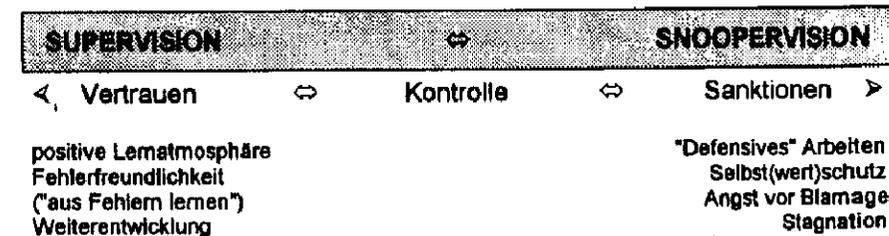
(Abb. 2)

● *Entflechtung von Supervision und Qualitätssicherung*

Ein weiteres Mittel zur Minderung von Konflikten besteht in der möglichst klaren Trennung von Supervisions- und Kontrollaufgaben: Wie der Abbildung 3 zu entnehmen ist, sollten statt einer Gleichsetzung von Supervision mit Überwachung/Kontrolle beide Aktivitäten *separiert* werden:



Es bleibt zwar immer noch ein gewisser Überlappungsbereich bestehen (nämlich dort, wo Supervision im Sinne der Kadushin-Einteilung *administrative* Funktionen erfüllt); im übrigen begünstigt eine organisatorische und personelle Aufteilung dieser Bereiche aber das Erreichen der jeweils unterschiedlichen Hauptziele. So ist für *Supervision* eben eine vertrauensvolle, psychisch intime, sanktionsfreie Atmosphäre unerlässlich, um die edukativen und supportiven Ziele erreichen zu können (und dadurch indirekt die Qualität zu sichern). Sobald bei Supervision die *Kontrolle* (bis hin zu Sanktionen) überbetont wird, besteht die Gefahr, daß Supervision von den Supervisanden als »Schnüffelvision« (»Snoopervision«: Kadushin, 1976) interpretiert wird:



Statt einer positiven Supervisionsatmosphäre, bei der aus Fehlern konstruktiv gelernt werden kann (Stichwort: »Fehlerfreundlichkeit«), kommt es bei »Snoopervision« – aus Angst vor Fehlern, Blamage oder Sanktionen – zu einem von Mißtrauen geprägten »defensiven« Arbeiten, bei dem Selbst(wert)schutz wichtiger wird als persönliche Fortentwicklung. Es müssen daher (je nach den beabsichtigten Zwecken) unterschiedliche Schwerpunktsetzungen vorgenommen werden: Wenn optimale Supervi-

sion angestrebt wird, ist ein Klima der Offenheit und Diskretion unerlässlich; wenn jemand optimale Kontrolle will, muß zwangsläufig auf ein Vertrauensverhältnis verzichtet werden.

● *Qualitätskontrollen im eigentlichen Sinn nutzen*

Zu einer transparenten Trennung von Supervision und Qualitätssicherung gehört auch, Leistungskontrollen *als Kontrollen* (und nicht als »Supervision« getarnt) durchzuführen. In diesem Sinne können – zusätzlich zu den bereits in Abbildung 2 genannten Schritten – folgende QS-Maßnahmen genutzt werden:

- Begleitevaluation und Basisdokumentation nach wissenschaftlich akzeptablen und praktikablen Kriterien
- Einsatz von Gutachterverfahren (Antragsbegutachtung etc.)
- Falldarstellungen mit »Prüfungscharakter« (zum Zwecke der »Fachaufsicht«)
- Stichproben von Patienten bei Gutachtern vorstellen (zu Beginn/am Ende der Behandlung)
- Erstellen kurzer Zwischen- und Abschlußberichte (Ziel: Behandlungsziele formulieren und ihr Erreichen bei Abschluß der Behandlung überprüfen bzw. dokumentieren) etc.  
(vgl. z. T. auch Kordy, 1992; Lubecki, 1990; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989)

● *Einschaltung unabhängiger Qualitätssicherungsinstitute*

Die Beauftragung unabhängiger Qualitätssicherungsinstitute – etwa nach niederländischem Vorbild (vgl. Kordy, 1992, S.318) – bietet eine gute Möglichkeit, Mißtrauen und Bespitzelungsängste der evaluierten Personen abzubauen. In einer Art Zwischenposition, die es zwar möglich macht, Fehler rückzumelden und an der Basis zu beheben (jedoch nicht auf die Denunziation und Sanktion von Versagern abzielt), wachen Kommissionen, die aus Sachverständigen aller beteiligter Gruppen zusammengestellt sind, über die Qualität eines Arbeitsfelds. Hier gibt es allerdings für die Zukunft noch viele diskussionsbedürftige Gesichtspunkte und praktische Probleme der Umsetzung. Insbesondere wird auch die Frage der Anpassung an neue Entwicklungen in Theorie und Praxis zu klären sein, wenn nach erstmaliger Installation keine rigide behördenartige Verkrustung erfolgen soll. Auch besteht die Gefahr, daß die personelle Zusammensetzung und die vereinbarten Kriterien bzw. Vorgehensweisen stark von Lob-

bies beherrscht anstatt von rationalen (wissenschaftlich akzeptablen) Argumenten geprägt sind.

● *Unterstützung »freiwilliger Selbstkontrolle« der Leistungserbringer*

Zusätzlich zu beschlossenen und verordneten »Zwangmaßnahmen« der Qualitätskontrolle könnten z. B. folgende Aktivitäten auf eigeninitiiertem Basis (auch finanzielle) Unterstützung finden:

- Selbstevaluationsmaßnahmen, die ergänzend und freiwillig durchgeführt werden
- kollegiale Supervision (Fallbesprechungen, allgemeine Fachfragen etc.)
- Möglichkeit der »Peer Review« auf freiwilliger Basis (institutionalisierte, selbstorganisierte Supervision durch erfahrene Kollegen) etc.

● *Verbindliche Minimalstandards für Ausbildung, Institutionen (und Supervision) formulieren bzw. beachten*

Auch wenn in manchen Bereichen solche Standards bereits existieren, so sollten doch für viele Aspekte Minimalstandards (in Abhängigkeit von Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen) erst noch formuliert bzw. bestehende von Zeit zu Zeit immer wieder überprüft und verbessert werden. So wird vorgeschlagen, Qualitätskriterien für Ausbildungslehrgänge festzulegen (vgl. für den Suchtbereich Jauß & Bühringer, 1985), Richtlinien für Weiterbildung und Supervision in Institutionen zu entwickeln und auch für eine adäquate Aus- und Weiterbildung der Supervisoren zu sorgen. Gerade im Hinblick auf die Themen Ausbildung und Supervision ist allerdings kritisch anzumerken, daß die *empirische* Erforschung dieser Bereiche noch ganz am Anfang steht (vgl. Edelstein & Berler, 1987; M. Ellis, 1991 etc.).

● *Appell an die Träger: Sicherung von »Struktur-Qualität«*

In Anlehnung an die Botschaft der obigen Abbildung 2 kann nicht deutlich genug betont werden, daß zunächst Struktur-Qualität geschaffen werden muß, bevor sie überprüft werden kann. Hier ist es Aufgabe der Träger, moderne Therapiekonzepte in Einklang mit den aktuellen Befunden der Grundlagenforschung umzusetzen. Dazu gehören u. a.:

- optimale Ausbildung aller Mitarbeiter (von der Leitung über die Supervisoren und Therapeuten bis hin zum Pflegepersonal)
- effektive Personalauslese

- interne Schulungen/Förderung externer Weiterbildungen der Mitarbeiter
- optimale Supervisionsbedingungen (intern/extern/kollegial; adäquate Vertrauensbasis; adäquate finanzielle/zeitliche Spielräume etc.)
- Weiterqualifizierung von Führungskräften
- Maßnahmen zur Organisationsentwicklung, Systemberatung (Fatzer & Eck, 1990),
- Personalentwicklung (Sonntag, 1992) sowie Leitungsberatung (Leffers, 1990) etc.

● *Optimale Rahmenbedingungen der Arbeit schaffen*

Die Qualität der geleisteten Arbeit hängt auch entscheidend davon ab, welche Rahmenbedingungen die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz vorfinden. Aus der Forschung zur Arbeitszufriedenheit bzw. »Burnout«-Prävention wissen wir, daß folgende vier Grunddimensionen die Güte jedes Arbeitsumfelds bestimmen (vgl. Pines, 1986):

<p><b>(1) PSYCHOLOGISCHE DIMENSION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher Grad an Autonomie</li> <li>• adäquate quantitative und qualitative Arbeitsbelastung</li> <li>• subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</li> <li>• Gelegenheit zu "Selbsterfüllung" und "persönlichem Wachstum"</li> <li>• Möglichkeit der emotionalen Unterstützung in Belastungssituationen etc.</li> </ul>	<p><b>(2) PHYSIKALISCHE DIMENSION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• günstige architektonische Struktur (gute Raumbedingungen sowie Raumausstattung)</li> <li>• Vorhandensein technischer und anderer Hilfsmittel</li> <li>• geringe Störeinflüsse (Lärm, Licht etc.)</li> <li>• flexible (vs. fixe) Umgebungsfaktoren mit individuellen Änderungs- bzw. Gestaltungsmöglichkeiten etc.</li> </ul>
<p><b>(3) SOZIALE DIMENSION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patienten/Klienten:</b> adäquate Zahl, Variation in Art und Schweregrad der Probleme, Rückzugs- und Abgrenzungsmöglichkeiten etc.</li> <li>• <b>Mitarbeiter:</b> kooperative Arbeitsatmosphäre, Teamwork, Möglichkeit von Pausen, gegenseitige Unterstützung, Ansporn durch konstruktive Kritik etc.</li> <li>• <b>Vorgesetzte bzw. Supervisoren:</b> konstruktive Rückmeldungen, Anerkennung, Unterstützung, Ansporn, Förderung von Supervision sowie von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Privilegien für Sonderleistungen etc.</li> </ul>	<p><b>(4) ORGANISATORISCHE DIMENSION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bürokratische Aspekte:</b> effektive Kommunikationswege (schnell, klar, ohne rigide "Dienstwege" und überflüssigen "Papierkrieg")</li> <li>• <b>Einfluß der Verwaltung:</b> adäquate Einflußnahme und Kontrolle (ohne starre Richtlinien, ideologische Machtausübung oder illegitime "Verordnungen von oben")</li> <li>• <b>Eigene Rolle in der Organisation:</b> klare Rollenverteilungen, Stellenbesetzung je nach persönlichen Kompetenzen und Interessen, geringe Statusprobleme (Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit) etc.</li> </ul>

Nicht erst, wenn Trägern eine hohe Krankheitsrate oder eine starke Fluktuation von Mitarbeitern auffällt, oder wenn sich Patienten über mürrische, zynische oder anderweitig vom »Burnout«-Syndrom gezeichnete Therapeuten beklagen, sollte erkannt werden, daß ein positives Arbeitsumfeld zu hoher Arbeitszufriedenheit beiträgt. Durch Anerkennung von Kompetenz und Autonomie aller Beteiligten, Förderung der Arbeitsmotivation und die Betonung der gemeinsamen Sache ist zudem der Aufbau von Identifikation mit der Institution möglich (»corporate identity«) – alles Faktoren, die zu einer Förderung der Arbeitsqualität beitragen, und Investitionen, die sich auf Dauer »von allein« amortisieren.

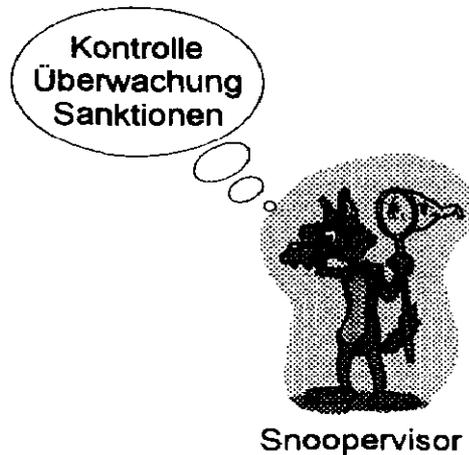
● *An die Supervisoren gerichtete Empfehlungen*

Den Supervisoren kommt mit ihrer Fachkompetenz als Therapeuten und Supervisoren eine zentrale Bedeutung in der gesamten Diskussion zu. Während in der obigen Diskussion ihre *Doppelrolle* zunächst von der negativen Seite betrachtet worden war, läßt sich diese Zwischenposition auch *positiv* nutzen. So können sie eine wichtige *Vermittlerfunktion* zwischen Trägern und Therapeuten einnehmen und sozusagen »Händler treiben« zwischen Organisation und Mitarbeitern. Einerseits ist es ihnen möglich, *Überzeugungsarbeit bei ihren Therapeuten = Supervisanden* zu leisten und für die Akzeptanz von Qualität, Evaluation und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu werben. Andererseits können sie auch *Überzeugungsarbeit bei Organisationen* leisten, vor allem in der Richtung, daß eine Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen inkl. adäquater Supervision auf Dauer die Qualität der Arbeit verbessert. So gibt es *direkte QS-Effekte* via *edukativer/administrativer* Supervisionsfunktionen (d. h. durch Kontrolle/Gewährleisten »sachgerechter, fachlich korrekter« Arbeit); daneben sind aber die *indirekten QS-Effekte* durch Gewährleisten des »optimalen Funktionierens« der Therapeutenperson nicht zu vernachlässigen. Wenn schon die Person von Therapeuten als wichtiges Instrument im diagnostisch-therapeutischen Prozeß gilt (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990, S. 55 ff.), so kommt auch der sogenannten »Werkzeug- Pflege« erhöhte Bedeutung zu (z. B. durch Psychohygiene-Maßnahmen, emotionale Unterstützung und Entlastung sowie »Burnout«-Prävention: vgl. Schmelzer & Pfahler, 1991). Somit tragen auch und gerade »supportive« Strategien entscheidend zur therapeutischen Qualität bei.

Insgesamt sollten Supervisoren kontinuierlich auf eine ausgewogene

Mischung der Supervisionsziele (im Sinne Kadushins, 1976) achten, in ihrer Organisation streng die Funktionen Begutachtung/Laufbahntrennungen/Sanktionen von »eigentlichen« Supervisionsaufgaben trennen, sich in die Diskussion um Supervision, Therapie, Qualität, Standards und QS mit begründeten Argumenten einmischen und ihre Fachkompetenz einbringen, auch eigene supervisionsbezogene Fort- und Weiterbildungen nutzen oder in Gang setzen, sowie sich bei Bedarf gegen Mißbrauch von Supervision (Vertrauenserschleichung oder unethischen Einsatz repressiver Maßnahmen) wehren.

Wenn ich nun die hypothetische Position des neutralen Therapieforschers wieder verlasse, so sei mir zum Schluß ein parteilich-persönliches Wort erlaubt: In meiner Eigenschaft als *Verhaltenstherapeut* habe ich ein großes Faible für empirische Überprüfbarkeit und Effektkontrolle und halte entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung für unerlässlich. Ich meine sogar, daß die kontinuierliche therapiebegleitende Evaluation ein konstituierendes Merkmal verhaltenstherapeutischen Vorgehens darstellt. In meiner weiteren Eigenschaft als *Supervisor* hätte ich allerdings große Schwierigkeiten, mich in einer Rolle wohl zu fühlen, wie sie folgende Karikatur repräsentiert:



## Literatur

- Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (1992). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston (MA): Allyn & Bacon.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, S. 166–203.
- Edelstein, B. A. & Berler, E. S. (1987). *Evaluation and accountability in clinical training*. New York: Plenum.
- Ellis, M. V. (1991). Research in clinical supervision: Revitalizing a scientific agenda. *Counselor Education and Supervision*, 30, S. 238–251.
- Engelhardt, W. (1994). Supervision. In: M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.). *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 975–982). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Fatzer, G. & Eck, C. D. (Hrsg.). (1990). *Supervision und Beratung: Ein Handbuch*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Frank, R., Walter, B. & Vaitl, D. (1992). Spannungsfeld Supervision: eine Verlaufsstudie zur Beziehung zwischen Supervisoren und Supervidierten während einer verhaltenstherapeutischen Supervision. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 265–294). München: Röttinger.
- Jauß, D. & Bühringer, G. (1985). Inhalt und Beurteilung von Weiterbildungslehrgängen für die Therapie von Abhängigen. *Suchtgefahren*, 31, S. 1–30.
- John, R. & Fallner, H. (1980). *Handlungsmodell Supervision*. Mayen: Louis Schreder.
- Kadushin, A. (1976). *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press (2nd ed.: 1985).
- Kanfer, F. H. (1989). The scientist-practitioner connection: Myth or reality? A response to Perrez. *New Ideas in Psychology*, 7, S. 147–154.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, S. 310–324.
- Langlotz-Weis, M. & Sturm, J. (1986). Supervision in einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik für psychosomatische Erkrankungen. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, S. 329–332.
- Leffers, C.-J. (Hrsg.). (1990). *Leistungsberatung — Rolle der Leiter in orga-*

- nisationsbezogenen Beratungsprozessen (Themenheft). *Supervision*, 17, S. 4–76.
- Lieb, H. (Hrsg.). (1993). *Supervision*. Bad Dürkheim: Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie e. V. (IFKV).
- Linehan, M. M. (1980). *Supervision of behavior therapy*. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision. Theory, research and practice* (pp.148–180). New York: Wiley.
- Loganbill, C., Hardy, E. & Delworth, U. (1982). *Supervision: A conceptual model*. *The Counseling Psychologist*, 10, S. 3–42.
- Lubecki, P. (1990). *Qualitätssicherung der Verhaltenstherapie aus Sicht der Krankenkassen*. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 12, S. 303–306.
- Pines, A. M. (1986). *Who is to blame for helpers' burnout? Environmental impact*. In C. D. Scott & J. Hawk (Hrsg.), *Heal thyself. The health of health care professionals* (pp.19–43). New York: Brunner/Mazel.
- Plessen, U. & Kaatz, S. (1985). *Supervision in Beratung und Therapie*. Salzburg: Otto Müller.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989). *Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Schmelzer, D. (in Vorbereitung). *Theorie und Praxis verhaltenstherapeutischer Supervision. Betrachtungen aus der Perspektive des »Selbstmanagement«-Ansatzes*. Dissertation, Universität Bamberg.
- Schmelzer, D. & Pfahler, E. (1991). *Zur Therapieausbildung in der Praxis: Umgang mit beruflichem Streß und Prävention von »Burnout« – Möglichkeiten für Verhaltenstherapeuten*. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 12, S. 29–54.
- Sonntag, K. (Hrsg.) (1992). *Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien*. Göttingen: Hogrefe.
- Tillmanns, A. (1990). *Supervision in der Verhaltenstherapieausbildung*. In H. Pühl (Hrsg.), *Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation* (S. 98–109). Berlin: Edition Marhold.
- Westmeyer, H. (1979). *Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis*. In H. Albert & K. H. Stapf (Hrsg.), *Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik in den Sozialwissenschaften* (S. 139–162). Stuttgart: Klett.

Zapotoczky, H.-G. & Bruckner, M.-A. (1985). *Supervision in der Verhaltenstherapie*. *Verhaltensmodifikation*, 6, S. 202–213.

*Aktuelle Adresse:*

Dr. Dieter Schmelzer  
Kühnerts-gasse 24  
90402 Nürnberg

info@dr-schmelzer.de