

Masterarbeit

an der Medical School Hamburg
University of Applied Science and Medical University
Fakultät für Humanwissenschaften

In Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Zusammenhänge zwischen dem Arbeitssetting von
Psychotherapeuten und der Inanspruchnahme von
Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sowie den
Auswirkungen auf die Konstrukte Stressful Involvement und
Healing Involvement

Name: Caroline Prehn

Matrikelnummer: 131101038

Studiengang: Master Klinische Psychologie

Email: carolotte07@gmail.com

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Morgenroth

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Dr. Schnell

Externe Betreuung: Dr. Rüdiger Nübling

Abgabe: 28. August 2015

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Caroline Prehn

Matrikelnummer: 131101038

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: Hamburg, 28. August 2015

Unterschrift: _____

Inhaltsverzeichnis

Eigenständigkeitserklärung	II
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen	4
2. 1 Supervision	4
2. 1. 1 Arten von klinischer Supervision	5
2. 1. 2 Rolle des Supervisors, des Supervisanden und ihre Beziehung	7
2. 1. 3 Wirksamkeit und Nutzen klinischer Supervision	8
2. 2 Intervision	9
2. 2. 1 Nutzen und Kennzeichen von Intervision	10
2. 2. 2 Wirkung und Ziele von Intervision	11
2. 3 Selbsterfahrung	12
2. 3. 1 Unterschiede zwischen den Therapieschulen	12
2. 3. 2 Wirkung und Ziele von Selbsterfahrung	13
3 Wirkfaktoren in der Psychotherapie	15
3. 1 Allgemeines Modell der Psychotherapie	15
3. 2 Therapeutische Wirkprinzipien nach Klaus Grawe	18
4 Person des Therapeuten als qualitätsrelevanter Faktor	23
4. 1 Therapeuten – Patientenbeziehung	24
4. 2 Skalen des therapeutischen Arbeitsengagement	25
4. 3 Arbeitserfahrungen der Therapeuten in Abhängigkeit des Arbeitsumfeldes	27
5 Verortung der Studie im wissenschaftlichen Kontext	30
5. 1 Fragestellung	32
5. 2 Hypothesen	32
6 Empirie	33
6. 1 Messinstrument	33
6. 2 Datenerhebung	34
6. 3 Stichprobe	34

6. 4 Auswertung	35
6. 5 Skalenbildung.....	38
6. 6 Reliabilitätsanalyse.....	38
6. 7 Prüfung auf Normalverteilung.....	39
7 Ergebnisse	41
8 Diskussion	46
Literaturverzeichnis.....	53
Online Angaben.....	61
Anhang A	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang B.....	67

Zusammenfassung:

Die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in der Psychotherapie ist für Patienten und Kostenträger essentiell. In der aktuellen Psychotherapieforschung gibt es verschiedene Ansätze die Einflussfaktoren auf die Prozess- und Ergebnisqualität genauer zu untersuchen. Die Person des Psychotherapeuten¹ ist dabei ein wesentlicher, den Therapieprozess, die therapeutische Arbeitsbeziehung und so den Erfolg der Therapie beeinflussender Faktor. Qualitätssichernde Maßnahmen, welche den therapeutischen Prozess beeinflussen können, sind neben fachlichen Weiterbildungen, Supervision, Intervision und Selbsterfahrung. Zusätzlich haben das Arbeitsumfeld und das Arbeitsengagement des Therapeuten einen Einfluss auf die Therapie. Hierzu gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Arbeiten. In der vorliegenden Studie werden daher die qualitätssichernden Maßnahmen Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sowie das Arbeitsengagement in Abhängigkeit des Arbeitsplatzes von Psychotherapeuten untersucht. Die Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Baden Württemberg.

¹Ausschließlich aufgrund der besseren Lesbarkeit werden in der vorliegenden Arbeit Substantive in maskuliner Form verwendet. Selbstverständlich sind bei Personengruppe immer beide Geschlechter gemeint, also zum Beispiel Therapeuten und Therapeutinnen, Patienten und Patientinnen. Weiterhin werden die Begriffe Therapeut, Psychotherapeut und psychologischer Psychotherapeut in der vorliegenden Arbeit synonym zueinander verwendet.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeines Modell der Psychotherapie.....	18
Abbildung 2: Therapeutische Verfahren, welche der Approbation zugrunde liegen.....	41
Abbildung 3: Häufigkeit der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen.....	42
Abbildung 4: Q-Q-Diagramm zur Verteilung der Meßwerte von Healing Involvement.	64
Abbildung 5: Q-Q-Diagramm zur Verteilung der Meßwerte von Stressful Involvement	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gruppeneinteilung der Arbeitsplätze der Therapeuten.....	36
Tabelle 2:	Interne Konsistenzen der Skala Healing Involvement und der Subskalen.....	39
Tabelle 3:	Interne Konsistenzen der Skala Stressful Involvement und der Subskala.....	39
Tabelle 4:	Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests zur Prüfung der Normalverteilungsannahme.....	40
Tabelle 5:	Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme.....	42
Tabelle 6:	Korrelationskoeffizienten r_s nach Spearman.....	43
Tabelle 7:	statistische Kennwerte der Skalen Healing Involvement und Stressful Involvement nach Arbeitssetting unterteilt.....	45

Abkürzungsverzeichnis

BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BW	Baden-Württemberg
CRN	Collaborative Research Network
Df	Degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision
DPCCQ	Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire
FAHW	Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden
FVS	Fragebogen zur Veränderung durch Selbsterfahrung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
HI	Healing Involvement (heilendes Engagement)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LPK	Landespsychotherapeutenkammer
M	Mittelwert
MSH	Medical School Hamburg
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
QSM	Qualitätssichernde Maßnahmen (hier: Supervision, Intervision und Selbsterfahrung)
SI	Stressful Involvement (aufreibendes Engagement)
SPR	Society for Psychotherapy Research
SUISE	Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung
TWIS	Therapeutic Work Involvement Scale (Arbeitsengagementscala)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Bestrebungen qualitätssichernde Maßnahmen in der stationären und ambulanten Psychotherapie zu etablieren und stetig weiter zu entwickeln, gehen auf wichtige Initiativen und Veränderungen im gesamten Gesundheitswesen zurück, welche zunächst im internationalen Rahmen des Projektes „Health 2000“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und daraufhin auf nationaler Ebene durch gesetzliche Grundlagen wie zum Beispiel dem Gesundheitsreformgesetz, dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem Psychotherapeutengesetz festgelegt wurden. Im Sozialgesetzbuch V unter Abschnitt 9 *Sicherung der Qualität der Leistungserbringung*, § 135-139 ist die für Kliniken und Arztpraxen geltende Verpflichtung festgehalten, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zu beteiligen. Ziel ist es, effektive Verfahren zur Sicherung und ständigen Verbesserung des Gesundheitswesens zu entwickeln (Kordy, Hannover & Richard, 2001; Phillip & Laux, 2008; Piechotta, 2008) sowie für alle Patienten einen gleichmäßig hohen Leistungsstandard im medizinischen Bereich zu gewährleisten (Nübling & Schmidt, 1998). Dabei sind Leistungserbringer, wie auch die Leistungsträger für die Erfüllung dieser Aufgabe verantwortlich (Laireiter, 2010).

Die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung und einem Qualitätsmanagement in ambulanten psychotherapeutischen Praxen, niedergelassenen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurde 2004 mit dem *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung* (GMG) eingeführt. Zuvor bestand eine konkrete gesetzliche Verpflichtung nur für Kliniken (Best, 2005; Laireiter, 2010). Zum Einen verpflichtet das GMG ambulant tätige Psychotherapeuten einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement zu etablieren und weiter zu entwickeln, um die Ergebnisqualität zu verbessern. Zum Anderen müssen sich die Therapeuten auch an übergeordneten Qualitätssicherungsmaßnahmen wie dem Gutachtenverfahren beteiligen. Die aus diesem Gesetz resultierende *Qualitätsmanagement-Richtlinie* vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (zum 01.01.2006 in Kraft getreten) definiert als Ziele des praxisinternen Qualitätsmanagements unter Anderem die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleiter sowie der Mitarbeiter, eine systematische Patientenorientierung, eine strukturierte Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten, sowie die Objektivierung des Therapieerfolges durch Ergebnis-Evaluation (Laireiter, 2010; Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2006). Eine objektive Messung der Qualität ist in der empirischen Psychotherapieforschung schwierig.

Ein wirklich guter Therapeut ist kaum von einem eher schlechten Therapeuten zu unterscheiden (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Die Basis für Qualität in der Psychotherapie ist die belegte Wirksamkeit der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (vgl. dazu Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2013). Es gibt eine ganze Reihe von Faktoren, die auf Psychotherapie wirken und die Behandlung sowie den Therapieerfolg beeinflussen (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Im Kapitel 3 dieser Arbeit wird Bezug auf die Wirkfaktoren von Psychotherapie genommen und in Kapitel 4 zu relevanten Merkmalen und Fähigkeiten des Therapeuten. Selbst Patientenbefragungen als Maßgabe für die Qualität sind höchst subjektiv und betrachten Psychotherapie lediglich einseitig. Daher werden häufig Aspekte der Struktur- und Prozessqualität erforscht, gemessen und bewertet, in der Hoffnung, dass eine gute Qualität in diesen Bereichen eine hohe Ergebnisqualität nach sich zieht (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001; Piechotta, 2008). Qualitätssicherungsmaßnahmen beziehen sich daher derzeit vor allem auf die Struktur- und Prozessqualität, um so die Ergebnisqualität zu beeinflussen. Allerdings konnte dies bisher nicht empirisch nachgewiesen werden. Man kann Struktur- und Prozessqualität als notwendige Bedingungen annehmen, sie erklären aber nicht ausschließlich die Ergebnisqualität (Nübling & Schmidt, 1998). Die allgemein verwendete Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geht auf Donabedian (1966) zurück, wobei diese drei Komponenten in Abhängigkeit zueinander stehen.

Unter Strukturqualität versteht man alle Rahmenbedingungen der Versorgung. Dazu zählen personelle und materielle Ressourcen, Qualifikationen, Ausbildungsgrundlage und Therapieangebot sowie die finanzielle, bauliche und organisatorische Ausstattung. Die Prozessqualität bezieht sich auf die konkreten diagnostischen, therapeutischen sowie auch pflegerisch unterstützenden Leistungen im Behandlungsprozess. Unter Ergebnisqualität versteht man das Therapieergebnis, also die Veränderung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität beziehungsweise der Symptomausprägung oder Symptomvielfalt nach Beendigung der Therapie (Donabedian, 1966; Nübling & Schmidt, 1998; Philipp & Laux, 2008). Gaebel beschreibt die Ergebnisqualität als das "Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis" (Gaebel, 1995, S.487).

Gesetzlich festgeschriebene strukturelle Maßnahmen sind die Approbation und der Fachkundenachweis von Therapeuten, die Verpflichtung zur Behandlung nach den Richtlinienverfahren, das Einholen einer somatischen Abklärung durch Konsiliarberichte von Ärzten sowie einer Genehmigung durch das Gutachterverfahren. Die Prozessqualität wird gesetzlich durch die Dokumentationspflicht und bei Therapieverlängerung und Langzeitanträgen durch ein wiederholtes Gutachterverfahren (Jacobi, Poldrack & Hoyer,

2001; Philipp & Laux, 2008) sowie im Rahmen des GMG durch internes Qualitätsmanagement und die Fortbildungsverpflichtung für Psychotherapeuten umgesetzt (Best, 2005; KBV, 2004, 2006). Eine umfassende Übersicht über verschiedene Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Qualität, zur Dokumentation, Verlaufs- und Veränderungsmessung sowie Abschlussevaluation von Psychotherapie gibt Laireiter (2010) und nennt dabei auch Supervision und Intervision als Methoden zur Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität (Laireiter, 2010).

Supervision, Intervision und Selbsterfahrung dienen der Kompetenzerweiterung und der Reflektion des Psychotherapeuten und somit der Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Psychotherapie (Rønnestad & Skovolt, 1997; Orlinsky & Rønnestad, 2006; Piechotta, 2008). Sie sind seit Jahren Bestandteil der Psychotherapie und in hohem Maße spezifisch auf die Qualitätssicherung in der Psychotherapie ausgerichtet (Scheidt, 1996; Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Unter Gliederungspunkt 2 dieser Arbeit wird auf diese drei qualitätssichernden Maßnahmen genauer eingegangen. Um eine hohe Behandlungsqualität in der Psychotherapie zu sichern, ist die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich unerlässlich und in den letzten Jahren stark gewachsen (Janssen, Menke & Gaebel, 2004; Großimlinghaus et al., 2013; Nübling, 2012). Einen weiteren Baustein zu diesem Forschungsschwerpunkt soll diese Arbeit liefern.

2 Qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen

In Deutschland besteht für Psychotherapeuten auch nach Erhalt der Approbation eine Fortbildungspflicht nach §95d des Sozialgesetzbuches V, wenn sie als Vertragspsychotherapeuten tätig sind. Derzeit müssen innerhalb von fünf Jahren Fortbildungen im Umfang von 250 Fortbildungspunkten geleistet und bei den jeweiligen Kammern durch Fortbildungszertifikate nachgewiesen werden. Therapeuten und Ärzte erfüllen diese Auflagen einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung in den letzten Jahren zu 96-99%. Ärzte und Therapeuten, welche die geforderten Fortbildungspunkte nicht oder nicht vollständig nachweisen können, müssen mit Sanktionen in Form von Honorarkürzungen, Zulassungsentzug oder Entzug der Anstellungsgenehmigung rechnen (KBV, 2004; Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), 2009).

Maßnahmen wie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung dienen der fachlichen wie persönlichen Stärkung und Weiterentwicklung des Psychotherapeuten und stellen bewährte Methoden zur Qualitätssicherung dar, die auch von den Therapeuten selbst sehr geschätzt werden (Rønnestad & Orlinsky, 2006; Ochs et al., 2012). Sie dienen der Herstellung, der Überprüfung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie (Piechtotta, 2008) sowie der Prävention von Fehlern und Grenzverletzungen innerhalb der Psychotherapie (Schleu, 2015). Supervision und Intervision gelten als sehr effiziente Maßnahme der Qualitätssicherung, da sie viele Bereiche von Qualität in der Psychotherapie abdecken und für die Therapeuten selbst direkt erfahrbar sind. Es ist für die meisten Therapeuten selbstverständlich durch Supervision und Intervision ihre therapeutische Arbeit zu reflektieren und zu überprüfen (Piechtotta, 2008). Neben der praktischen Arbeit am Patienten gelten Supervision und Selbsterfahrung im Sinne von persönlicher Psychotherapie außerdem als der Hauptursprung beruflichen Wachstums und Kompetenzentwicklung von Psychotherapeuten (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

2. 1 Supervision

Was unter Supervision konkret verstanden werden kann, was ihre Ziele sind und in welchen Zusammenhängen ihre Anwendung sinnvoll ist, hängt von der jeweiligen Profession, der Art und Funktion von Supervision ab und hat sich im Laufe der Zeit und im Rahmen gesellschaftlicher Entwicklungen permanent weiterentwickelt und tut dies natürlich auch weiterhin (Siller, 2008; Rappe-Giesecke, 2009). Eine Übersicht über die Entwicklung von Supervision seit ihrer Etablierung in den USA in den 60er-Jahren bis hin zu den heutigen Formen und Funktionen von Supervision gibt Rappe-Giesecke (2002, 2009). Mittlerweile ist Supervision Bestandteil zahlreicher Professionen, ob als Form von berufsbezogener oder

fallbezogener Beratung, als Entwicklungsmöglichkeit von Kompetenzen, zur Identifizierung und Klärung von Gruppendynamiken oder als konkrete Lernmethode (Fleischmann, 2010). Entsprechend unterschiedlich sind die Definitionen für Supervision. Die Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V. (DGSv) definiert Supervision als „ein wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes und ethisch gebundenes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratungstätigkeiten in der Arbeitswelt. Sie ist eine wirksame Beratungsform in Situationen hoher Komplexität, Differenziertheit und dynamischer Veränderung.“ (DGSv, 2012, S.8). In der Supervision thematisiert werden nach DGSv Konflikte, Problemfelder, Fragen oder konkrete Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag. Supervision fördert in gemeinsamer Arbeit zwischen dem Supervisand und dem Supervisor die berufliche Entwicklung und das Lernen oder auch Entscheidungsfindungsprozesse. Dies kann auf Einzelbasis oder auch innerhalb von Gruppen, Teams, Projektbezogen oder innerhalb ganzer Organisationen (DGSv, 2012).

Für die vorliegende Arbeit von Interesse ist die klinische Supervision. Dabei gibt es zum Teil Unterschiede zwischen den verschiedenen Schule und Fachrichtungen der Psychologie. Im Wörterbuch der Analytischen Psychologie (Müller & Müller, 2003) findet sich folgende Definition: „Supervision ist die Beratung und Beaufsichtigung von in sozialen Berufen Tätigen während und nach ihrer Ausbildung, bei der konkrete Behandlungsfälle (z.B. anhand von Protokollen oder von Video-beziehungswise Tonbandaufnahmen) erörtert werden, um methodisch-behandlungstechnische Fehler aufzudecken oder zu klären, inwieweit eigene psychische Konflikte den Klienten/ Patienten hemmen. Supervision ermöglicht es [...] innerhalb und außerhalb von Hierarchien, Einsicht und Einfühlungsvermögen zu gewinnen, um letztendlich freier für eigenes Wahrnehmen, Denken und Handeln zu werden.“ (Müller & Müller, 2003, S.398) Meistens wird Supervision im Gesundheitswesen phasenweise genutzt, es sollte jedoch als innere Haltung stets die therapeutischen Prozesse begleiten (o.g.). Im Lehrbuch der Verhaltenstherapie wird Supervision kurz und schlicht als „Überwachung und Hilfestellung bei der therapeutischen Arbeit durch einen unabhängigen Therapeuten.“ definiert (Schneider & Margraf, 2009, S. 730).

2. 1. 1 Arten von klinischer Supervision

Generell kann übergreifend zwischen Einzel- und Gruppensupervision sowie Teamsupervisionen unterschieden werden (Eichert, 2008). Weiterhin wird gerade im Bereich Psychologie zwischen der Ausbildungssupervision und der berufsbegleitenden Supervision bzw. Weiterbildungssupervision unterschieden. Ausbildungs- sowie auch Weiterbildungssupervision können im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden. In der Ausbildungs- wie auch

der Weiterbildungssupervision kann die in der Psychologie typische Fallsupervision Bestandteil sein (Rappe-Giesecke, 2009; Müller & Müller, 2003).

In der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten ist die Ausbildungssupervision ein essenzielles Element in dem die angehenden Therapeuten die Methoden und Verfahren sowie den professionellen Umgang mit Klienten erlernen und in ihrer Arbeit von erfahrenen Supervisoren begleitet und auch überprüft werden (Rønnestad & Skovolt, 1997; Rappe-Giesecke, 2002, 2009). Es geht meist darum von einem Experten ein bestimmtes Verfahren oder eine bestimmte Methode zu erlernen (Rappe-Giesecke, 2000). Es gibt eine deutlichere Hierarchie als in der Weiterbildungssupervision (Rappe-Giesecke, 2009) und die Berufsanfänger müssen sich ihren Ängsten stellen. Gleichzeitig sind sie besonders lernwillig und wollen schnell sehr gute Leistungen bringen (Rønnestad & Skovolt, 1997). Supervisoren, die in der Ausbildungssupervision tätig sind, haben nicht unbedingt eine Supervisionsausbildung. Ihre Expertise liegt in der langjährigen Kenntnis von psychotherapeutischen Methoden oder Verfahren, die sie den Ausbildungsteilnehmern nahe bringen (Rappe-Giesecke, 2002).

Unterschieden werden können drei Formen der Berufsbegleitenden Supervision, die klientenbezogene, die rollenbezogene und die kooperationsbezogene Supervision. Klientenbezogene Supervision. In der klientenbezogenen Supervision soll die Fachkompetenz im Umgang mit Klienten erhöht werden. Dies wird durch Beziehungsdiagnostik erreicht, indem erlernt wird wie man Selbst- und Fremdwahrnehmung einsetzen kann, um professionelle Beziehungen besser begreifen und steuern zu können. Hier werden Anteile von Selbsterfahrung eingesetzt. Es werden handlungsleitende Maxime eruiert, es wird die Wirkung der eigenen Person auf Andere betrachtet sowie die Wirkung anderer auf einen Selbst und auch erörtert mit welchen Typen von Menschen und Klienten man besser, mit welchen man etwas weniger gut zurecht kommt Typische Formen der kooperationsbezogenen Supervision sind Team- oder Projektsupervision (Rappe-Giesecke, 2000, 2009).

Die Teamsupervision unterscheidet sich insofern von der Gruppensupervision, als dass die Supervisanden hier auch außerhalb der Supervision ein Team oder eine Projektgruppe bilden (Eichert, 2008). Das Ziel dieser Art von Supervision ist es, Arbeit effektiver zu gestalten und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Eine Steigerung der Effektivität kann durch klarere Arbeitseinteilungen, Arbeitsabsprachen innerhalb des Teams oder durch die Überprüfung von Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsprozessen gelingen. Weiterhin ist es wichtig, die zentrale Aufgabe des Unternehmens oder der Projektgruppe zu definieren und unterschiedliche Sichtweisen, die es dazu gibt einzufangen und zusammen zu bringen. Es ist

zentral, dass die einzelnen Mitglieder eines Teams verstehen, was die Aufgabe jedes Einzelnen ist und welche Wirkungen dies insgesamt auf den Klienten haben soll (Rappe-Giesecke 2000, 2009). Bei Teamsupervisionen ist es essenziell, dass der Supervisor die Dynamiken versteht, die durch unterschiedliche Professionen und verschiedenen Therapieschulen der einzelnen Teammitglieder bestehen (Rønnestad & Skovolt, 1997).

In der rollenbezogenen Form der Supervision wird die zentrale Aufgabe des Einzelnen und die Fähigkeiten und Möglichkeiten diese Rolle zu gestalten betrachtet. Jede Rolle bringt Gestaltungsmöglichkeiten mit sich. Hier geht es darum wie viele von den Gestaltungsmöglichkeiten wahrgenommen und genutzt werden bzw. wo Grenzen in der Gestaltungsmöglichkeit gezogen werden. Die Arbeit an der Rolle findet in Einzelsupervision oder im Rahmen von Coaching statt (Rappe-Giesecke, 2000, 2009).

2. 1. 2 Rolle des Supervisors, des Supervisanden und ihre Beziehung

Die Rolle von Supervisor und Supervisand variieren je nach Art und Ziel der Supervision sowie nach Ausbildungsstand des Supervisanden. Dem Supervisor im Rahmen der klinischen Supervision eine unterstützenden und strukturierende Rolle zu (Rappe-Giesecke, 2009). Empfehlenswert ist ein Supervisionsvertrag, in dem die Entwicklungsbedürfnisse des Supervisanden, die vorgesehenen Leistungen des Supervisors, die Potentiale, die Möglichkeiten, die das Setting bietet sowie die Schwerpunkte, Ziele und Methoden der Supervision definiert werden. Dies hilft die Erwartungen zwischen Supervisand und Supervisor zu klären. Der Supervisor ist für die Initiierung und Aufrechterhaltung einer konstruktiven Beziehungsgestaltung verantwortlich und soll dem Supervisanden den Reflexionsprozess ermöglichen. Gleichzeitig sollte der Supervisor darauf achten und darauf eingehen, wie sich der Supervisand vor den potenziell bedrohlichen Aspekten der Supervision zu schützen versucht. Weiterhin gilt es die Rahmenbedingungen, die für den jeweiligen Supervisanden oder für die Supervisionsgruppe gelten, wie den institutionellen Kontext, die Persönlichkeit des Supervisanden, die Beziehung zwischen dem Supervisanden und dem Supervisor sowie die Beziehung zwischen dem Supervisanden und seinen Patienten zu beachten.

Supervision hat einen unvermeidbar bewertenden Charakter, was zu einer gewissen Hierarchie führt. Entsprechend sind die Supervisanden vor allem im Rahmen der Ausbildungssupervision darauf bedacht einen positiven Eindruck zu hinterlassen, indem sie entweder Unterwürfigkeit zeigen oder dem Supervisor Dinge verschweigen oder Video- oder Tonbandaufnahmen zum Beispiel ablehnen (Rønnestad & Skovolt, 1997). Vor allem im Rahmen der Ausbildungssupervision, in der die Bewertung eine noch größere Rolle spielt als

in der Weiterbildungssupervision. Supervisoren sollten diese Prozesse kennen und mit ihnen umgehen können (Rappe-Giesecke, 2009). Supervisoren haben aufgrund der Unsicherheit und des Schutzbedürfnisses der Supervisanden einen hohen Einfluss auf die Berufseinsteiger (Rønnestad & Skovolt, 2003). Welche weiteren Anforderungen an Supervisoren gestellt werden und welche Entwicklungen und Veränderungen sie im Laufe ihrer Zeit durchlaufen untersucht das Forschungsprojekt „Berufliche Kompetenzentwicklung von SupervisorInnen in Ausbildung“ der Universität Kassel und der Universität Wien (Fleischmann, 2010).

2. 1. 3 Wirksamkeit und Nutzen klinischer Supervision

Supervision spielt nicht nur für den Supervisanden eine entscheidende Rolle in seiner beruflichen Entwicklung. Studien des Collaborative Research Network zeigen, dass viele erfahrene Psychotherapeuten im Rahmen ihrer persönlichen beruflichen Entwicklung Supervisor werden und dies eine positive Wirkung auf die Wahrnehmung der eigenen Entwicklung hat (Rønnestad & Skovolt, 1997, 2003).

Insgesamt nimmt die Bedeutung von Supervision zu. Supervision im klinisch stationären wie ambulanten Bereich dient den Psychotherapeuten als Psychohygiene, in dem sie eine emotionale Entlastung der Mitarbeiter und damit auch eine Burn-Out-Prophylaxe bietet (Eichert, 2008). Sie gilt außerdem als praktische Möglichkeit die Methodenkompetenz von Psychotherapeuten zu verbessern (Rieck, Callahan & Watkins, 2015). Weiterhin dient Supervision der Verbesserung gemeinsamer Arbeitsstrukturen, der Klärung von Teamkonflikten, sowie der Qualitätssicherung durch Supervision zu Zwecken der Fortbildung und zur Optimierung von Behandlungsprozessen (Eichert, 2008).

Laut Eichert lässt sich die Wirkung von Supervision am Ehesten an ihrem Nutzen festmachen. Allerdings gibt es verschiedene Aspekte des Nutzens, wie die generelle Wirksamkeit, die Nachhaltigkeit oder die Wirtschaftlichkeit. Diese Aspekte können zum einen aus Sicht des Therapeuten oder auch aus Sicht des Patienten betrachtet werden. Eine differenzierte Untersuchung ist daher schwierig (Eichert, 2008). Die Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen zeigt, dass Psychotherapeuten den Nutzen von Supervision beziehungsweise Intervision (in der Studie wurden die Konstrukte nicht immer klar getrennt) vor allem in der beruflichen Weiterbildung und der Sicherung der Qualität sehen (Ochs, Bleichhardt, Klasen, Mößner, Möller & Rief, 2012). Supervision stärkt die Selbstwahrnehmung des Therapeuten sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Inman et al., 2014).

Die Effektivität von Supervision kann außerdem anhand des Therapieerfolges gemessen werden. Dies ist allerdings aufgrund der verschiedenen Arten von Supervision, kaum

einheitlichen Konzepten und den persönlichen Eigenschaften, die jeder Supervisor für sich mitbringt, schwierig im Rahmen einer kontrollierten Studie zu untersuchen. Daher wurde es lange gewünscht, aber erst in den letzten Jahren in einigen Studien umgesetzt (Wrape, Callahan, Ruggero & Watkins, 2015; Rieck, Callahan & Watkins, 2015; Gosselin, Barker, Kogan, Pomerleau & d'Iorio, 2015). In einer randomisiert kontrollierten Studie in Australien mit erfahrenen Therapeuten und einem vorgegebenen Supervisionsmanual zur Standardisierung der Supervision konnte gezeigt werden, dass die Symptomreduktion, die Therapiezufriedenheit der Patienten sowie die Therapeuten-Patientenbeziehung der Patienten besser war, deren Therapeuten im Verlauf der Therapie Supervision erhielten (Bambling, King, Raue, Schweitzer & Lambert, 2006). Eine aktuelle Studie, welche in einem Ausbildungsinstitut für Psychotherapeuten durchgeführt wurde, zeigt moderate Effekte für die Verbesserung des Therapieergebnisses durch Supervision der Therapeuten (Wrape et al., 2015) und konnte damit die Ergebnisse der Studie von Callahan, Almstrom, Swift, Borja & Heath (2009) zum Teil replizieren. Diese fanden in ihrer Studie, dass Supervision ungefähr 16% der Ergebnisvarianz ausmacht (Callahan et al., 2009). Eine ganze Reihe von Bestätigungen gibt es dafür, dass unter Anderem Supervision die Entwicklung von Psychotherapeut im Laufe ihrer professionellen Tätigkeit positiv beeinflusst (Rønnestad & Skovolt, 1997; Callahan, Almstrom, Swift, Borja & Heath, 2009).

2. 2 Intervision

Intervision ist „eine kollegiale Beratung, die auf Gleichrangigkeit, Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit beruht, also eine professionelle und lösungsorientierte Selbsthilfeberatung, bei der sich Gruppenmitglieder gegenseitig beraten“ (Stangl online Lexikon, 2012).

In Abhängigkeit des Feldes in dem Intervision eingesetzt wird, verändern sich zum Teil die Begrifflichkeiten. So wird Intervision in der Pädagogik häufig kollegiale Beratung, kollegiale Fallbesprechung oder als kollegiale Praxisberatung bezeichnet (Lippmann, 2013). Andere Begriffe aus dem sozialen Bereich oder auch der Wirtschaft, die teilweise synonym zu Intervision verwendet werden oder nicht klar davon abgrenzbar sind, sind kollegiale Supervision, kollegialer Austausch, kollegiale Fallberatung oder Peer- (Group-) Supervision (Reddy, 2010). Diese Begriffsvielfalt scheint vor allem auf verschiedenen beruflichen Hintergründen und unterschiedlichen theoretischen Ursprüngen zu beruhen. Allerdings präferieren Autoren auch bestimmte Begriffe eher als andere, da in Abhängigkeit vom jeweiligen Berufsumfeld bestimmte Begriffe positive, negative oder neutrale Konnotationen und damit Erwartungen auslösen und dies entsprechend entweder gewünscht ist oder

vermieden werden soll (Jenni, 2006; Tietze, 2010). Eine Übersicht über die verschiedenen Begrifflichkeiten und eine Zuordnung zu bestimmten Berufsfeldern und Ursprüngen gibt Lippmann in seinem Buch zur Intervision (2013).

All diese Begriffe bezeichnen Formen kollegialen Austausches, in denen gleichgestellte Kollegen Fragen, Anliegen und schwierige Situationen aus ihrem beruflichen Alltag gemeinsam bearbeiten und reflektieren. Dabei geht es um gegenseitige Unterstützung und Ressourcennutzung (Jenni, 2006). Intervision dient der Reflexion der beruflichen Tätigkeit (Reddy, 2010). Die Abgrenzung zwischen Supervision und Intervision besteht hauptsächlich darin, dass Intervision ohne einen Supervisor bzw. eine externe Fachperson auskommt. Die teilnehmenden Kollegen sind einander gleichgestellt (Eichert, 2008; Lippmann, 2013; Reddy, 2010). Tietze (2010) nennt vier Kernmerkmale kollegialer Beratung, die diese klar von anderen Beratungsformen wie Supervision oder Coaching abgrenzen: (1) Beratung erfolgt in der Gruppe, (2) Reflektion von Fällen aus der beruflichen Praxis der Teilnehmer, (3) Beratungsprozess folgt einem Ablaufschema, (4) Beratung erfolgt gegenseitig unter den Teilnehmern ohne einen gleichbleibenden Berater.

2. 2. 1 Nutzen und Kennzeichen von Intervision

Intervision kann den internen Erfahrungsaustausch zwischen Projektgruppen, Teams oder Experten eines bestimmten Fachgebietes unterstützen und verbessern, die Professionalität durch Reflexionsprozesse und erweiterte Handlungsoptionen bereichern, der Psychohygiene sowie dem gegenseitigen Informationsaustausch dienen (Lippmann, 2013; Tietze, 2010). Motive für kollegiale Beratung sind zum Beispiel Minderung beruflichen Belastungserlebens, Bedürfnis nach Anschluss oder Aufbau von beruflichen Netzwerken, Bedürfnis nach Rückhalt, nach Anerkennung oder beruflicher Weiterentwicklung oder als Gelegenheit zur Überprüfung der eigenen Kompetenzen (Tietze, 2010).

Intervision ist eine relativ kostengünstige Weiterbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahme mit wenig Organisationsaufwand. Sie ist gut kombinierbar mit anderen Aus- oder Weiterbildungsprogrammen und kann zeitnah Problemstellungen angehen ohne lange Vorlaufzeit (Lippmann, 2013). Nach Lippmann (2013, S.15-18) sind Kennzeichen von Intervision (1) eine Gruppe von Gleichrangigen, (2) ein gemeinsamer beruflicher Fokus, (3) ein zielgerichteter Prozess zur Lösungsfindung bzw. für den Informationsaustausch, (4) eine gemeinsam festgelegte Struktur, (5) Freiwilligkeit und Verbindlichkeit, (6) Lernen im Lehren und Lehren im Lernen sowie (7) Beratung ohne Honorar.

Die Gleichrangigkeit der Gruppenmitglieder bezieht sich darauf, dass in der Intervision die Teilnehmer einander gleichgestellt sind, jeder kann ein Problem oder einen Fall mit in die

Runde bringen. Es kann aber durchaus Unterschiede in den Qualifikationen, dem fachlichen Hintergrund oder den Tätigkeitsbereichen geben. Dennoch liegt ein gemeinsamer beruflicher Fokus vor. Entweder ist dies eine ähnliche Profession oder ein ähnlicher Tätigkeitsbereich. Eine Intervisionsgruppe kann sich aus Mitgliedern einer Organisation zusammensetzen oder aus Mitgliedern unterschiedlicher Organisationen. Das dritte Kennzeichen besteht darin, dass die Teilnehmer einer Intervisionsgruppe ein gemeinsames Interesse daran haben zu Problemen oder vorgestellten Fällen gezielte Problemlösungen zu erarbeiten. Diese Lösungen sollen möglichst auf ähnliche Probleme zu transferieren sein. Um dies zu erreichen einigen sich die Teilnehmer auf eine für sie und ihre Zielerreichung optimale Struktur. Ein wichtiger, genereller Grundsatz ist, dass die Teilnahme freiwillig ist, für einen gewissen Zeitraum aber verbindlich sein sollte. Leider ist dies praktisch nicht immer umsetzbar. Intervention bietet die Möglichkeit selbst zu Lehren und gleichzeitig zu Lernen. Dies unterstützt den Aspekt der Gleichrangigkeit durch gegenseitiges Geben und Nehmen. Jeder Interventionsteilnehmer lernt potenzielle Konflikte, Sackgassen und hilfreiche Interventionen kennen, die er für seine eigene Arbeit berücksichtigen kann. Da alle Teilnehmer gleichrangig sind sowie mitverantwortlich für ein lösungsorientiertes, positives Gelingen und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Geben und Nehmen, gibt es keine Gründe für Honorarzahungen (Lippmann, 2013).

2. 2. 2 Wirkung und Ziele von Intervention

Die Wirkung von kollegialer Beratung setzt sich aus einer Vielzahl von Variablen und Prozessen zusammen, die auf komplexe Weise ineinander greifen und Einfluss nehmen. Alleine die Wirkmechanismen innerhalb einer Gruppe und damit verbundene kritische wie förderliche Effekte stellen nur sehr differenzierte Variable des Prozesses dar (Tietze, 2010). Durch eine Literaturanalyse zu den Wirkungen von Kollegialer Beratung, fand Tietze (2010), dass es positive Effekte für die Lösung von beruflichen Problemen, positive Auswirkungen auf die berufliche Handlungskompetenz sowie die berufliche Beanspruchung gibt. In einer empirischen Studie konnte der Autor zudem zeigen, dass bereits bei einer relativ geringen Häufigkeit von Intervention Effekte von Minderung beruflicher Beanspruchung sowie positives Erleben der eigenen Handlungskompetenzen zu verzeichnen sind (Tietze, 2010).

Therapeuten erleben Intervention als lohnenswert und als wichtigen Bestandteil zur Qualitätssicherung in ihrem praktischen Alltag. Niedergelassene Psychotherapeuten sprechen der Intervention den höchsten Stellenwert als begleitende Qualitätssicherungsmaßnahme während des therapeutischen Prozesses zu (Ochs et al., 2012).

2.3 Selbsterfahrung

Selbsterfahrung bezieht sich auf die Anteile eines Therapeuten, die Einfluss auf psychotherapeutische Kommunikation und somit auf das therapeutische Geschehen haben (Senf, Broda & Wilms, 2013). Ein zum Begriff Selbsterfahrung synonym verwendeter Ausdruck ist Eigentherapie. In der Psychoanalytischen Fachrichtung wird Selbsterfahrung auch als Lehranalyse bezeichnet (Sonnenmoser, 2008). Selbsterfahrung ist neben anderen Komponenten, wie dem Erwerb praktischen Wissens, Supervision und dem Erlernen praktischer Kompetenzen im Umgang mit Patienten mit therapeutischen Methoden, ein zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung (Laireiter, 2008). Ihr Ursprung geht auf Freud und seine Arbeiten der Psychoanalyse zurück (Stumm & Pritz, 2000). Innerhalb der verschiedenen Therapieschulen gibt es durch die verschiedenen Grundannahmen unterschiedliche Inhalte und Herangehensweisen der Selbsterfahrung, weshalb es keine einheitliche Definition gibt (Laireiter, 2008).

2.3.1 Unterschiede zwischen den Therapieschulen

Im Folgenden wird auf die Unterschiede bezüglich Selbsterfahrung zwischen der Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Verfahren eingegangen. Selbstverständlich gibt es eine Reihe weiterer therapeutischer Richtungen, hier wird speziell Bezug auf die Richtlinienverfahren in Deutschland genommen. In den psychodynamischen Ansätzen, wie auch in der Verhaltenstherapie ist Selbsterfahrung ein Pflichtbestandteil der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten (Senf, Broda & Wilms, 2013; Sonnenmoser, 2008).

Freud, der die Lehranalyse zuerst als Ausbildungselement für angehende Therapeuten einführte, sieht sie als das gründlichste und tiefstsinigste Element der therapeutischen Ausbildung (Freud zit. nach Norcross, 2005).

Der psychodynamische Ansatz geht davon aus, dass sich die Probleme und Konflikte des Patienten durch Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Daher ist eine ständige Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des Therapeuten unverzichtbar, um diese Prozesse korrekt zu nutzen (Senf, Broda & Wilms, 2013). Die Lehranalyse findet meist im Einzelsetting statt und zielt vorrangig auf die Entwicklung und Veränderung der Person des zukünftigen Therapeuten ab. In den psychodynamischen Ansätzen ist der Selbsterfahrung ein höherer Stellenwert beigemessen als in der Verhaltenstherapie. 60-70% der Ausbildung in psychodynamischen Verfahren bestehen aus Selbsterfahungselementen (Sonnenmoser, 2008).

In der Verhaltenstherapie wird Selbsterfahrung häufig durch Selbst- Erleben von typischen Methoden der Verhaltenstherapie realisiert. Dies kann zum Beispiel durch Rollenspiele oder

Übungen geschehen, in denen die Teilnehmer typische Themen aus Therapiesitzungen ansprechen sowie Methoden und Interventionen der Verhaltenstherapie nutzen. Dies dient der Förderung der Selbstwahrnehmung und bildet die Basis für therapeutisches, reflektiertes Interaktionsverhalten zwischen Klient und Therapeut (Kämmerer, Kapp & Rehahn-Sommer, 2011; Senf, Broda & Wilms, 2013). Ein einheitliches Konzept zur Selbsterfahrung gibt es in der Verhaltenstherapie nicht, es herrscht Methodenvielfalt. Häufig findet man Selbsterfahrungsgruppen, aber auch Einzelselbsterfahrung ist möglich (Laireiter, 2008). Der Selbsterfahrungsanteil in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten liegt bei ungefähr 20-30% (Sonnenmoser, 2008).

2. 3. 2 Wirkung und Ziele von Selbsterfahrung

Ganz allgemeint dient Selbsterfahrung der Weiterentwicklung und Verbesserung der eigenen Person (Norcross, 2005). Das Ziel im Rahmen der Ausbildung ist der Erwerb therapeutischer Kompetenzen sowie die Entwicklung interpersoneller und therapieförderlicher Fähigkeiten. Dies umfasst das Erfahren der therapeutischen Situation und therapeutischer Methoden aus der Perspektive des Klienten und eine Sensibilisierung für die entsprechenden Emotionen, Bedürfnisse und Erwartungen. Weiterhin sollen die Beziehungsdynamik innerhalb der Therapie sowie die eigenen interaktionellen, emotionalen und kognitiven Schemata erfahrbar gemacht werden. Die Selbstreflexivität sowie die Selbstoffenheit, die soziale Kompetenz, die therapeutische Beziehungsfähigkeit sollen gesteigert werden. Ein positives therapeutisches Selbstkonzept soll entwickelt, eigene interpersonelle Probleme und die berufsbedingte Burn-Out-Gefahr sollen reduziert werden (Laireiter, 2008).

Von Absolventen wie auch von Lehrtherapeuten wird Selbsterfahrung meist als positiv und wertvoll erlebt. Ausbildungsteilnehmer und Lehrtherapeuten des Fort- und Weiterbildungsinstitutes für Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim bewerten Selbsterfahrung als wichtiges Element in der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Durch Selbsterfahrung lassen sich eigene Ressourcen aufdecken und die Teilnehmer lernten sich selbst besser kennen. Durch eine vertrauensvolle Beziehung zum Lehrtherapeuten wurden die positiven Effekte zusätzlich gestärkt. Dennoch kann Selbsterfahrung auch negative Auswirkungen haben, gerade im Kontext der Ausbildung zum Psychotherapeuten und der Bewertung in diesem Zusammenhang (Sonnenmoser, 2008).

Greve (2007) untersuchte den Effekt von Selbsterfahrung auf die persönliche Entwicklung von Ausbildungskandidaten. Sie fand eine Verbesserung des Selbstwertes der Teilnehmer, eine Steigerung positiver Emotionalität sowie eine Verbesserung der Selbstkonzepte

selbstbezogene Sensitivität und kognitive Kompetenz. Weiterhin konnte sie eine Abnahme von Unsicherheit, Ängstlichkeit und Anstrengung (Greve, 2007) verzeichnen.

Die jeweiligen Gründe warum Therapeuten Eigentherapie in Anspruch nehmen variieren offenbar individuell recht stark, wie eine Studie mit psychodynamisch ausgebildeten Psychotherapeuten zeigt (Orlinsky, 2013). Die Mehrheit der Therapeuten gab auch hier an, dass die Selbsterfahrung einen positiven bzw. einen sehr positiven Effekt für ihre persönliche Entwicklung hat. Der größte persönliche Nutzen konnte für die Therapeuten gefunden werden, die für die Selbsterfahrung mehr als einen Grund angaben und im Idealfall die Kombination *Training, Problembearbeitung* und *persönliche Weiterentwicklung*. Von den über 10000 Therapeuten, deren Datensätze in die Studie eingeflossen sind, hatten so gut wie alle Therapeuten mindestens einmal Selbsterfahrung in Anspruch genommen, die Mehrheit bereits mehr als einmal. Ein Drittel der Therapeuten war zu dem Zeitpunkt, als sie an der Studie teilnahmen in Eigentherapie, obwohl die meisten von ihnen bereits über Jahre als Therapeuten tätig waren, also die Selbsterfahrung nicht als Teil ihrer Ausbildung absolvierten. Über die Effekte von Selbsterfahrung auf die Ergebnisqualität von Psychotherapie besteht eine mangelhafte Studienlage (Orlinsky, 2013).

3 Wirkfaktoren in der Psychotherapie

In der Literatur lassen sich verschiedene Modelle und Ideen zu den Wirkfaktoren in der Psychotherapie finden (Frank, 1961; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1995; Huf, 1992; Orlinsky & Howard, 1987). Im Folgenden wird auf das *Allgemeine Modell der Psychotherapie* („Generic Model of Psychotherapy“) von Orlinsky und Howard (1987) und auf einige Weiterentwicklungen und Ergänzungen des Modells sowie auf die 5 Wirkfaktoren nach Grawe näher eingegangen. Beide Modelle basieren auf empirischen Studien und Daten und sind Therapieschulen übergreifend ausgelegt. Während die Wirkfaktoren von Grawe explizit aus Studien und Untersuchungen zur Wirkung von Psychotherapie (Grawe, 1995) generiert wurden, hatte das Allgemeine Modell der Psychotherapie zunächst lediglich den Anspruch für theoretische Zwecke Studien anhand bestimmter Variablen und ihres Einflusses auf den Therapieprozess zusammenzufassen (Orlinsky, 2009). Die daraus entstanden Kategorien stellen Einflussfaktoren auf den Therapieprozess und so den Therapieerfolg dar und können entsprechend auch als Wirkfaktoren verstanden werden. Das Modell wird außerdem ständig weiterentwickelt und durch aktuelle Studien ergänzt.

3. 1 Allgemeines Modell der Psychotherapie

Das Allgemeine Modell der Psychotherapie wurde ursprünglich konzipiert, um die empirischen Befunde zahlreicher Studien zu den Auswirkungen des therapeutischen Prozesses auf den Therapieerfolg in einem einheitlichen Modell zu bündeln. Es hat zum Ziel eine allgemeine und umfassende Struktur zur Untersuchung und Vergleichbarkeit für die verschiedenen Theorien und Therapieschulen darzustellen. Es soll als eine Metatheorie eine Integration der verschiedenen theoretischen Konzepte in der Psychotherapie ermöglichen (Orlinsky & Howard, 1987). Gleichzeitig können dadurch die Variablen des therapeutischen Prozesses verschiedener Therapieformen miteinander verglichen oder unter bestimmten Aspekten für Forschungszwecke zusammengefasst betrachtet werden. Durch die Integration der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, Richtungen und Therapieformen in dem Modell konnten Aspekte im therapeutischen Prozess differenziert werden, die sich als Variablen für die klinische Forschung eignen (Orlinsky, 2009).

Zunächst wurde fünf Kategorien verschiedener Variablen des therapeutischen Prozesses, die von Wissenschaftlern untersucht worden waren, im Allgemeinen Modell der Psychotherapie unterschieden. Dazu gehörten das *formale therapeutische Abkommen* („therapeutic contract“), *therapeutischer Arbeitsprozess* („therapeutic operations“), *die therapeutische Bindung* („therapeutic bond“), *die Selbstbezogenheit des Klienten* („patient self-relatedness“) und die *Einflüsse der Therapiesitzung* („in-session impacts“) (Orlinsky & Howard, 1987; Kolden,

1991). In der weiteren Entwicklung des Modells wurde eine sechste Kategorie, der *zeitliche Ablauf* („temporal patterns“), ergänzt (Orlinsky, 2009). In die erste Kategorie des *Allgemeinen Modells der Psychotherapie*, die des *formalen therapeutischen Abkommens* („therapeutic contract“) fallen eher feste, organisatorisch bedingte Variablen, wie die Ziele der klinischen Arbeit, die verwendeten Methoden beziehungsweise das verwendete Therapieverfahren, die Terminabsprache, die Kosten sowie das Rollenverständnis zwischen Patient und Therapeut sowie die daraus resultierenden Leistungen. Entsprechend ist diese Kategorie beeinflusst von dem Therapieverfahren, welches der Ausbildung des Therapeuten zugrunde liegt. Das Rollenverständnis zwischen Therapeut und Patient, die mit Hilfe einer Therapie verfolgten Ziele sowie die Methoden der therapeutischen Arbeit sind abhängig von der zugrunde liegenden psychotherapeutischen Theorie. Die formalen Aspekte, die in diese Kategorie fallen, legen fest, wie sich Therapeut und Patient verhalten und wie ihre Interaktion gestaltet ist. In die zweite Kategorie, den *therapeutischen Arbeitsprozess* („therapeutic operations“) fallen therapiespezifische Aspekte der Behandlung, welche nach dem *Allgemeinen Modell der Psychologie* in 4 Stufen unterteilt werden können und einen fortlaufenden Kreislauf darstellen. Die erste Stufe besteht in der verbalen und nonverbalen Information des Patienten über seine Beschwerden, Gefühle, Symptome und schwierige Lebenssituationen gegenüber dem Therapeuten. Daraus generiert der Therapeut in der zweiten Stufe das aus seiner Sicht zugrunde liegende Problem für die Beschwerden des Patienten und konstruiert ein entsprechendes Behandlungskonzept mit spezifischen Interventionen im Schritt drei. Diese Interventionen bedürfen einer gewissen Kooperation von Seiten des Patienten, welche entweder verträglich und kooperativ oder auch widerstrebend und unkooperativ sein können. Dies ist der vierte und letzte Schritt des Kreislaufes. Dies kann in Abhängigkeit der Resonanz des Patienten zu einem *direkten Einfluss auf die Sitzung* („in-session impacts“) werden und einen negativen oder positiven Einfluss auf die Behandlung haben (Orlinsky, 2009). Die Kategorie *therapeutische Bindung* („therapeutic bond“) beinhaltet die interindividuellen Aspekte, welche zwischen zwei Personen und so auch zwischen Therapeut und Patient, eine Rolle spielen. Denn persönliche Charakteristika beeinflussen wie eine Rolle interpretiert und ausgestaltet wird. Individuelle Charakteristika, die zwischen Therapeut und Patient mehr oder weniger stark verschieden sein können, sind dabei unter anderem Alter, Geschlecht, soziale Stellung, kultureller Hintergrund, physische Attraktivität, Art des Kleidungsstils, Mimik und Art der Kommunikation. Diese Charakteristika beeinflussen die Qualität, Dynamik und Kommunikation der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Orlinsky, 2009; Kolden, 1991). Saunders, Orlinsky und Howard (1989) entwickelten zu

dieser Kategorie außerdem die „Therapeutic Bond Scale“, welche die therapeutische Beziehung aus Sicht des Patienten bestimmt. Die Skala besteht aus den drei Komponenten *Arbeitsbündnis* („working alliance“), *empathisches Mitschwingen* „empathie resonance“ und *einvernehmliche Bestätigung* („mutual affirmation“). Sie konnten eine Korrelation zwischen der Skala und dem Therapieerfolg zeigen (Saunders, Orlinsky & Howard, 1989).

Die Kategorie *Selbstbezogenheit des Klienten* („patient self-relatedness“) beinhaltet die Offenheit beziehungsweise das Widerstreben dem Therapiegesehen gegenüber, also die kognitiven und emotionalen Kontrollmechanismen zum Schutz des Selbstbewusstseins, der Selbststeuerung, der Selbstdisziplin, der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls. Zunächst bezog sich diese Kategorie lediglich auf den Klienten. Durch weitere Studien wurde man darauf aufmerksam, dass Therapeutenvariablen, wie die Echtheit oder Selbstkongruenz nach Rogers ebenfalls in diese Kategorie passen. Sie wurde daher erweitert und angepasst und in *Selbstbezogenheit* beziehungsweise *Selbstbezogenheit der Akteure* („participant self-relatedness“) umbenannt. Die Kategorie bezieht sich damit auf sämtliche Prozesse der Eigenwahrnehmung und Reaktionen von Personen während der Interaktion mit Anderen. Damit bildet diese Kategorie das Tor durch welches die therapeutischen Behandlungsmethoden und die therapeutische Bindung vom Patienten aufgenommen werden, dadurch zu Einflüssen in der Therapiesitzung werden und so Auswirkungen auf das Therapieergebnis haben. Die fünfte Kategorie, welche sich aus den Daten hunderter Therapiestudien eruieren ließ, ist die der direkten Einflüsse der Therapiesitzung („in-session impacts“), welche zunächst als *therapeutische Umsetzung* („therapeutic realization“) bezeichnet wurde (Orlinsky & Howard, 1987). Dazu gehören Erkenntnisgewinn, emotionale Entlastung, Zukunftsperspektive, aber auch Verwirrung, Unsicherheit oder Ängste. Ergänzt wurde die Kategorie durch die Forschungsarbeiten von Orlinsky und Rønnestad (2005) zu den Erfahrungen von Therapeuten im Therapiegesehen. Damit kamen Einflüsse wie Flow-Erfahrungen, therapeutisches Engagement und Symptome von Burnout als therapeutische Variablen hinzu. Diese Einflüsse sind die Ergebnisse der verschiedenen Aspekte der Behandlung und beeinflussen den Patient, aber ebenso haben sie auch einen Einfluss auf den Therapeuten (Orlinsky, 2009). 1994 wurde das Allgemeine Modell der Psychotherapie aufgrund von aktuellen Studien zur zeitlichen Abfolge im Therapieprozess selbst und zwischen den Therapiesitzungen um die Kategorie zeitlicher Ablauf („temporal patterns“) ergänzt (Prochaska, Rossi & Wilcox, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Die Studien belegen, dass die anderen Variablen und Kategorien durch den zeitlichen Ablauf oder die zeitliche Struktur des Therapieprozesses beeinflusst werden. Dies kann den zeitlichen Ablauf

innerhalb einer Therapieeinheit betreffen ebenso wie die zeitliche Struktur des gesamten Behandlungsablaufes. Das Allgemeine Modell der Psychotherapie betrachtet den Therapieprozess als ein komplexes System, in dem die verschiedenen Aspekte des Prozesses auf unterschiedlichste Weise miteinander interagieren. Die verschiedenen Kategorien und einige Verbindungen zwischen den Kategorien sind in der Abbildung 1 dargestellt. Ein Aspekt beeinflusst dabei alle anderen Aspekte des Prozesses und wird wiederum ebenfalls von allen anderen Aspekten beeinflusst (Orlinsky, 2009).

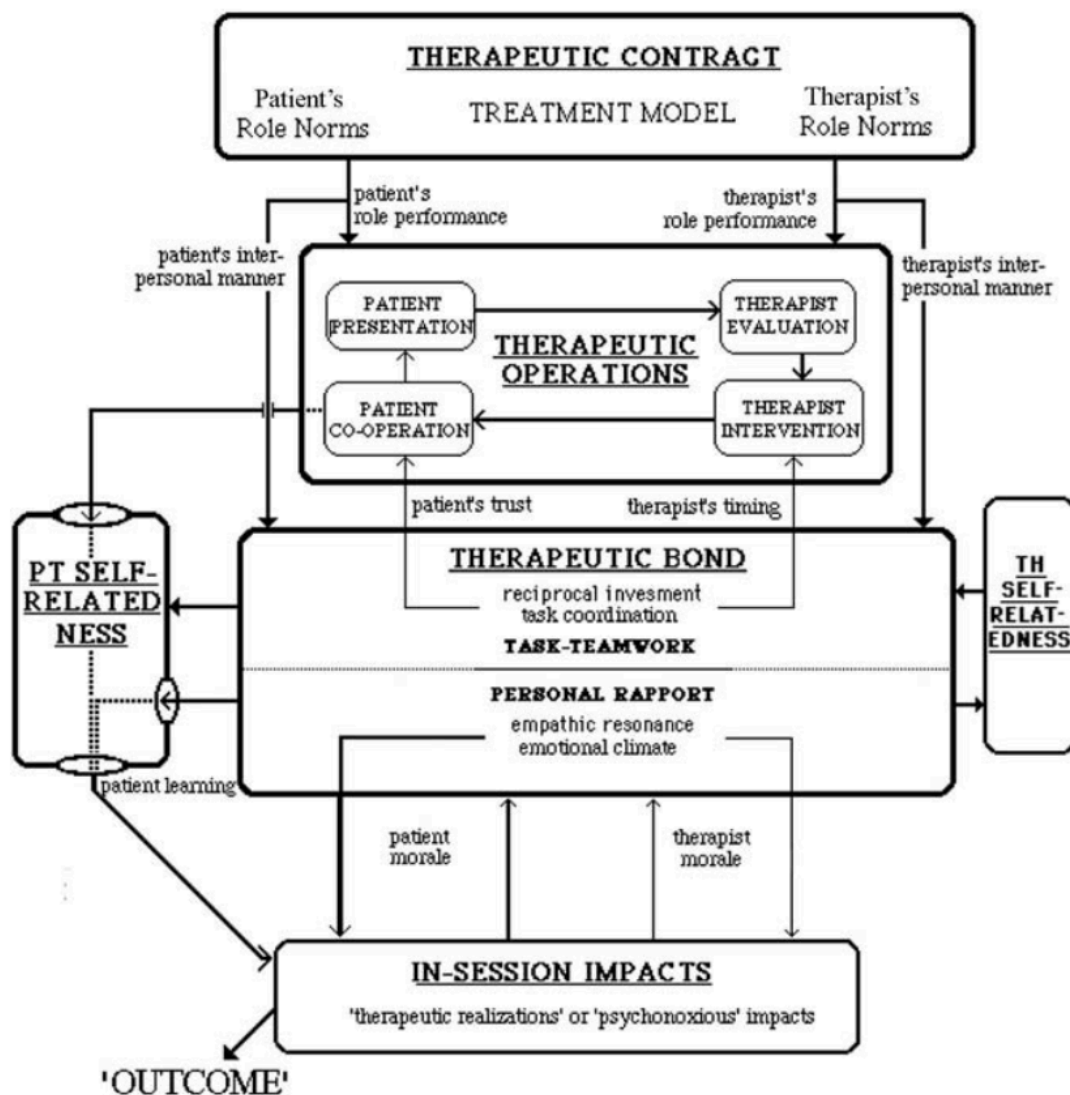


Abb. 1 Allgemeines Modell der Psychotherapie; Orlinsky, 2009, S. 329

3. 2 Therapeutische Wirkprinzipien nach Klaus Grawe

Klaus Grawe hat in einer umfangreichen und detaillierten Analyse zahlreicher empirisch kontrollierter Wirksamkeitsstudien Wirkfaktoren der Psychotherapie extrahiert (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Die Besonderheit seiner Zusammenstellung therapeutischer

Wirkfaktoren ist dabei der umfassende Bezug auf die bis dahin aktuellen gesicherten empirischen Ergebnisse. Grawe bezog zusätzlich zu Studien, die in das Allgemeine Modell der Psychotherapie von Orlinsky und Kollegen (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) einfließen, auch andere kontrollierte Studien zur psychotherapeutischen Wirksamkeit systematisch mit ein. An einigen Arbeiten zum Allgemeinen Modell der Psychotherapie war Grawe ebenfalls beteiligt. Die von ihm aus seinen Analysen eruierten Wirkfaktoren unterscheiden sich von dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie darin, dass sie einen anderen Bezug zum therapeutischen Geschehen haben. Grawe beschränkt sich ausschließlich auf die Annahmen, die sich durch empirische Forschung begründen lassen. Entsprechend gibt es keine Aussagen darüber, wie die Wirkfaktoren bei Grawe zusammenhängen, da es dafür bisher keine ausreichenden empirischen Befunde gibt. Laut Grawe lässt sich ein Großteil der empirisch belegten Wirkung verschiedener therapeutischer Verfahren auf den Einfluss von vier Wirkprinzipien zurückführen. Dies sind die *Ressourcenaktivierung*, die *Problemaktualisierung*, die *aktive Hilfe zur Problembewältigung* und die *Klärungsperspektive* (Grawe, 1995). Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist laut Grawe dabei von entscheidender Bedeutung und der am besten bestätigte Wirkfaktor (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Daher wird teilweise in der Literatur auch von 5 Wirkfaktoren gesprochen (Boeger, 2009; Heinemann & von der Horst, 2009).

Unter *Ressourcenaktivierung* versteht Grawe die Anknüpfung an die Fähigkeiten und Motivation des Patienten und dessen positiven Möglichkeiten. Zahlreiche Therapieformen haben gezeigt, dass Patienten besonders profitieren, wenn Therapie so gestaltet ist, dass der Patient seine eigenen Stärken und Fähigkeiten erleben kann. Ebenfalls zum Prinzip der *Ressourcenaktivierung* gehören ein für den Patienten plausibles Erklärungsmodell seiner Probleme, die Erwartungen, dass der Therapeut helfen wird sowie eine gute Therapiebeziehung. Der Patient sollte den Therapeuten als wertschätzend, aufbauend und unterstützend wahrnehmen. Die therapeutische Beziehung ist in dem Ausmaß hilfreich für den Therapieerfolg in dem der Patient sich selbst als wertvollen und fähigen Beziehungspartner erleben kann. Neben der therapeutischen Beziehung sind auch die freundschaftlichen, partnerschaftlichen und familiären Beziehungen des Patienten eine Ressource. Diese genannten Aspekte haben dann einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg, wenn Therapeuten sie - zugeschnitten auf die individuellen Möglichkeiten des Patienten - aktiv in das therapeutische Geschehen einbringen. Dies erfordert eine umfangreiche Diagnostik, in welcher der Therapeut nicht ausschließlich problemorientiert, sondern auch ressourcenorientiert vorgeht. Die Eigenschaften und Einstellungen, Stärken und

Fähigkeiten, Gewohnheiten, Eigenarten sowie Ziele des Patienten müssen vom Therapeuten eruiert werden, um sie dann ins therapeutische Geschehen einzubeziehen und den Wirkfaktor Ressourcenaktivierung dadurch nutzbar zu machen. Empirische Befunde zeigen laut Grawe, dass Therapeuten, die bewusst ressourcenorientiert arbeiten bessere Ergebnisse erzielen. Die Ressourcenaktivierung ermöglicht es dem Patienten in der Therapie nicht nur auf die problembehafteten Seiten reduziert zu werden, sondern sich in seinen Zielen und positiven Eigenschaften und Fähigkeiten erkannt, unterstützt und bekräftigt zu fühlen. Dies führt zu direkten positiven Auswirkungen auf sein Wohlbefinden und steigert dadurch die Bereitschaft für veränderungsorientierte therapeutische Interventionen (Grawe, 1995).

Das nächste empirisch gesicherte Wirkprinzip ist die *Problemaktualisierung*. Grawe bezeichnet es auch als „*Prinzip der realen Erfahrungen*“, da Aspekte, die verändert werden sollen in der Therapie erlebbar gemacht werden müssen. Fast alle therapeutischen Konzeptionen beinhalten Facetten, in denen der Patient in der Therapie tatsächlich real erlebt, worum es bei seinem Problem geht - ob zwischenmenschliche Schwierigkeiten in Gruppentherapien, Eheprobleme unter Einbezug beider Partner, Waschzwang, Platzangst oder Phobien durch gezieltes Aufsuchen dieser Situationen oder in der Einzeltherapie die Erfahrung von Problemen im therapeutischen Zusammenspiel mit dem Therapeuten. Die Schwierigkeiten die das Leiden des Patienten bedingen und ihre Bedeutung, können am Besten erkannt und verändert werden, wenn sie in der Therapie erlebbar gemacht werden (Grawe, 1995). Dieses Konzept wird Korrigierende emotionale Erfahrung ("corrective emotional experience") genannt und wurde zuerst 1946 von Alexander und French eingeführt. Die Annahme, dass es für eine erfolgreiche Veränderung darauf ankommt, dass die Patienten tatsächlich erleben teilen die verschiedenen therapeutischen Konfessionen. Wie sie dies im therapeutischen Prozess umsetzen ist allerdings sehr verschieden. Die Psychoanalyse nutzt die Übertragungsneurose, im Rahmen der Gesprächspsychotherapie hat Sachse eine Skala der Bearbeitungstiefe (Sachse, 1992) entwickelt, um zu ermitteln, wie stark die verbal behandelten Probleme für den Patienten aktuell erlebbar sind und im Rahmen des Expositionstrainings werden Menschen mit Phobien mit dem jeweiligen Auslöser unmittelbar konfrontiert. Ziel dieser Maßnahmen ist immer dem Patienten eine neue, veränderte Bedeutung der Situation erlebbar zu machen (Grawe, 1995).

Das *Prinzip der aktiven Hilfe zur Problembewältigung* bezieht sich auf die Maßnahmen, mit denen der Therapeut den Patienten aktiv unterstützt oder anleitet mit einem Problem besser umzugehen. Auf diesem Wirkprinzip beruhen zahlreichen Verfahren unterschiedlichster theoretischer Hintergründe und mit den verschiedensten konkreten Maßnahmen, wie zum

Beispiel Selbstsicherheitstraining, Reizkonfrontation, Sexualtherapie, Stressbewältigung, Hypnose, familientherapeutische Interventionen oder Entspannungsverfahren. All diese Verfahren sind unterschiedliche Realisierungen des Wirkprinzips der *Problembewältigung*. Gemeinsames Ziel der verschiedenen Verfahren ist es, dem Patienten mit den jeweiligen bereichsspezifischen Methoden, welche sich zur Bewältigung des Problems bewährt haben, zu helfen. Mit der *aktiven Hilfe zur Problembewältigung* wird, unabhängig vom jeweiligen verwendeten Verfahren, die therapeutisch wirksame Erfahrung erzielt, mit bestimmten Schwierigkeiten, Problemen oder Situationen umgehen zu können, sie besser lösen zu können oder sich sicherer zu fühlen (Grawe, 1995).

Allerdings nutzen nicht alle therapeutischen Methoden den Wirkmechanismus der Hilfe zur Problembewältigung. Ein weiteres therapeutisches Wirkprinzip basiert auf der *Klärungsperspektive*. Die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie ist ein typisches Beispiel für ein Verfahren, welches nicht zu den Bewältigungsverfahren gehört, sondern es geradezu vermeidet dem Patienten mit konkreten Maßnahmen bei der Überwindung seiner Schwierigkeiten zu helfen. Dennoch erzielt die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie Veränderungen bezüglich der Befindlichkeit der Patienten, ihrer Symptomausprägungen und Persönlichkeit sowie eine positive Entwicklung der Patienten im zwischenmenschlichen Bereich (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Auch psychodynamische Therapien und einige Techniken der Gestalttherapie bedienen sich des Wirkprinzips der *Klärungsperspektive*. Veränderungsprozesse auf Basis der Klärungsperspektive werden durch Methoden wie Interpretation, Konfrontation, Focusing oder tiefergehende Bearbeitung erzielt. Interventionen, die auf diesen Mechanismen basieren nennt Grawe „*Klärung*“ oder „*Klärungsarbeit*“ (Grawe, 1995, S. 138). Der Therapeut unterstützt den Patienten dabei sich über die Bedeutung seines Verhaltens und Erlebens vor dem Hintergrund seiner persönlichen bewussten und unbewussten Werte und Ziele klarer zu werden. Dabei werden die Lebenssituation des Patienten und seine Verfassung vor Allem im Hinblick auf seinen motivationalen Aspekt betrachtet und hinterfragt. Neben einem weiteren Wirkfaktor stellt die *Klärungsperspektive* nach Grawe (1995) auch ein therapeutisches Ziel für sich dar, indem sie die Bedeutung und den motivationalen Aspekt hinterfragt und so ein sich über sich selbst klarer werden oder sich selbst besser annehmen können ermöglicht. Viele Menschen würden genau dies im Rahmen einer Psychotherapie suchen und nicht unbedingt eine Hilfe zur aktiven Problembewältigung. Daher sieht Grawe in diesen beiden Aspekten einen Zusammenhang. Wem sein bisheriges Verhalten klarer ist, kann in Zukunft bewusst

Verhalten im Sinne seiner Ziele anders gestalten. Entsprechend kann nach einer erfolgreichen Klärung anschließend eine bessere Bewältigung anschließen.

Zur optimalen Nutzung der Wirkprinzipien und somit einem entsprechenden Therapieerfolg fordert Grawe eine Therapieausbildung über sämtliche Therapieschulen und Therapiekonzepte hinweg, um möglichst optimal an den Schwierigkeiten, Problemen und mit den Ressourcen des Patienten arbeiten zu können und auf die individuellen Bedürfnisse anhand der therapeutischen Wirkprinzipien eingehen zu können ohne von den Limits der jeweiligen Therapieschule gebremst zu werden (Grawe, 1995).

4 Person des Therapeuten als qualitätsrelevanter Faktor

Die Person des Therapeuten sowie seine fachliche und persönliche Entwicklung ist für die Qualität in der Psychotherapie so relevant, da der Therapeut in entschiedenem Maße den Erfolg der Therapie mitbestimmt (Grawe, 2004; Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Studien fanden, dass die Person des Therapeuten 5-10% der Ergebnisvarianz ausmacht (Wampold & Brown, 2005; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007). Dabei spielt vor allem die therapeutische Beziehung eine entscheidende Rolle für den Therapieerfolg. Nissen-Lie, Monsen und Rønnestad fanden, dass nahezu 17% der Variabilität der Patienteneinschätzung der Therapiebeziehung durch Therapeutenmerkmale zustande kommen (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010).

Bestimmte Therapeutenvariablen können mit einer erfolgreichen Therapie in Verbindung gebracht werden und haben zum Teil stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg als spezielle Therapiemethoden. Dazu zählen Wärme und Herzlichkeit, Kongruenz, Empathie, Wohlbefinden und ein partnerschaftlicher zwischenmenschlicher Stil. Die Fähigkeit eines Therapeuten die therapeutische Beziehung speziell auf den jeweiligen Patienten zuzuschneiden, erhöht die Effektivität der Interventionen (Norcross & Wampold, 2011). Orlinsky, Grawe und Parks konnten in ihrer Arbeit eine Reihe von für den Therapieerfolg förderliche Therapeutenvariablen und Verhaltensweisen identifizieren. Dazu zählen die therapeutische Authentizität, therapeutisches Geschick, empathisches Verstehen sowie einerseits die Wertschätzung des Patienten und andererseits die Ermutigung des Patienten seine Probleme zu fokussieren und diese für ihn emotional erfahrbar zu machen (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Therapeuten dagegen, welche die Therapie übermäßig stark strukturiert gestalten, sich selbst übermäßig bedeckt halten, unnachgiebige Interpretationen vorgeben und für die Therapie unpassendes Schweigen nutzen oder unaufmerksam sind, erreichen weniger gute Arbeitsbeziehungen in ihren Therapien (Ackermann & Hilsenroth, 2001). Allerdings ist es konzeptuell gesehen schwierig Therapeutenmerkmale wie der persönliche Stil oder Eigenschaften des Therapeuten von therapieförderlichen Bedingungen wie Empathie, Herzlichkeit und Kongruente Verhaltensweisen von der therapeutischen Beziehung zu unterscheiden. Diese Aspekte bedingen einander und sind überlappend. Je besser ein Therapeut in der Lage ist, auf den jeweiligen Patienten abgestimmte individuelle Therapiebeziehung aufzubauen, desto erfolgreicher ist die Therapie, denn die therapeutische Basis bildet den Rahmen für die Implementierung spezieller therapeutischer Techniken (Lambert & Barley, 2001). Die Inanspruchnahme von Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Supervision, Intervision und regelmäßige Weiterbildung können dies unterstützen. Sie

unterliegen allerdings zum Großteil der Eigenverantwortung des Therapeuten. Ein hohes Qualitätsniveau erhöht zudem die Berufszufriedenheit, mindert das Stress- und Belastungserleben der Therapeuten und hat somit neben guter Behandlungsqualität Auswirkungen auf die individuelle Psychohygiene (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). Um als Therapeut effektiv mit den Patienten an deren Problemen arbeiten zu können, ist es grundlegend, dass Therapeuten gut für sich selbst und ihre Bedürfnisse sorgen (Lambert & Barley, 2001).

4. 1 Therapeuten – Patientenbeziehung

Die therapeutische Beziehung ist der Faktor, welcher allen psychotherapeutischen Konzepten gemeinsam ist und in den letzten Jahrzehnten Psychotherapieforschung als essentielles Element des therapeutischen Prozesses untersucht und belegt wurde. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist daher so relevant, da ihre Qualität immer wieder als Einflussfaktor für das Therapieergebnis bestätigt wurde, auch unabhängig von der therapeutischen Schule oder einer speziellen Art der Intervention (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath, Del Re, Fückiger & Symonds, 2011; Norcross & Wampold, 2011). Als Prädiktor relevant für den Therapieerfolg ist dabei die Einschätzung der Therapiebeziehung aus Patientensicht vielmehr als die Einschätzung der Arbeitsbeziehung aus Sicht des Therapeuten (Horvath & Bedi, 2002; Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014). Meistens wird die therapeutische Beziehung mittlerweile als ein Konstrukt aufgefasst, allerdings gibt es noch verschiedene Bezeichnungen. Teilweise wird von der therapeutischen Bindung, der Arbeitsbeziehung, der Therapeuten-Patientenbeziehung, der therapeutischen Allianz oder Helfer-Beziehung gesprochen. Entsprechende Unterschiede gibt es auch in den Inhalten der verschiedenen Konzepte der therapeutischen Beziehung. Die meisten Konzepte oder Definitionen zur therapeutischen Beziehung beinhalten aber diese drei Aspekte: (1) der unterstützende Charakter der Beziehung, (2) die emotionale Bindung zwischen Therapeut und Patient und (3) die Fähigkeit von Therapeut und Patient sich auf die Aufgaben und das Therapieziel zu einigen (Martin et al., 2000).

Auch wenn den meisten Therapeuten das Wirkprinzip der therapeutischen Beziehung bewusst ist, werden in der praktischen Umsetzung sich bietende Optionen für Ressourcennutzung häufig vernachlässigt oder sogar missachtet. Selbstverständlich erfordert ein therapeutisches Angebot, welches individuell an die Fähigkeiten, Eigenheiten und Möglichkeiten des Patienten angepasst ist eine hohe Flexibilität und Vielfältigkeit des Therapeuten. Wichtig ist dabei, wie der Patient die Beziehung erlebt. Der Patient sollte sich selbst innerhalb der therapeutischen Beziehung als wertvoll und beziehungsfähig erleben. Darauf sollte die Arbeit

des Therapeuten ausgerichtet sein. Grawe wünscht sich eine stärkere Integration der Wirkfaktoren innerhalb der Therapieausbildung und der Supervision (Grawe, 1995). Eine Reihe von Studien zeigen, dass die Qualität der Therapiebeziehung, die zu Beginn der Therapie aufgebaut und aus Sicht des Patienten gemessen wird, eine höhere Vorhersagekraft für den Therapieerfolg hat, als die Erhebungen der Therapiebeziehung in der mittleren oder Endphase der Therapie (Martin et al., 2000).

Eine erste Metaanalyse zur Verbindung zwischen der therapeutische Beziehung und dem Therapieerfolg mit 24 Studien ergab, dass die Therapiebeziehung 26% des Therapieerfolges ausmacht (Horvath & Symonds, 1991). Im Jahr 2000 wurde aufgrund zahlreicher neuer Publikationen zu diesem Thema eine neue Metaanalyse mit den selben Kriterien, die bereits Horvath und Symonds 1991 nutzten, durchgeführt. 79 Studien wurden in diese Metaanalyse einbezogen, davon 58 veröffentlichte und 21 unveröffentlichte Master- oder Doktorarbeiten. Der ermittelte Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis erzielte eine Effektstärke von $r = .23$, wobei eine Verzerrung durch den Publikationsstatus durch Trennung der beiden Gruppen und eine Überprüfung vorab kontrolliert wurde (Martin et al., 2000). Die aktuellste, 2011 durchgeführte Metastudie, nutzte ein Großteil der Studien, die bereits in die vorherigen Metastudien eingeflossen waren und ergänzte diese durch aktuelle Forschungsergebnisse. 201 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und ergaben eine Effektstärke von $r = .28$ (Horvath et al., 2011). Diese Effektstärken könnten als lediglich moderat eingeschätzt werden, allerdings sind sie zum Beispiel im Vergleich zu anderen Prozessvariablen und deren Einfluss auf den Behandlungsergebnis als sehr gut zu bewerten (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Zur Untersuchung, welchen Einfluss das Behandlungssetting auf die therapeutische Beziehung aus Sicht des Patienten und damit auf den Gesundungsverlauf hat, erfassten Puschner, Haug, Häfner & Kordy (2004) mittels einer deutschen Fassung des „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ; Alexander & Luborsky, 1986; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) die therapeutische Arbeitsbeziehung von 759 stationär behandelten Patienten und 521 ambulant behandelten Patienten. Die Autoren fanden, dass die ambulant behandelte Patienten die Qualität der Arbeitsbeziehung beträchtlich positiver einschätzten, als stationär behandelte Patienten (Puschner et al., 2004).

4.2 Skalen des therapeutischen Arbeitsengagement

Die Forschungsgruppe CRN des SPR um Orlinsky hat mit dem DPCCQ einen umfangreichen internationalen Datenpool aufbauen können. Der DPCCQ erfasst Daten aus Sicht der

Psychotherapeuten zu ihrer persönlichen Veränderung und Kompetenzentwicklung, ihren Erfahrungen im therapeutischen Prozess und mit den Patienten sowie zu individuellen Eigenschaften. In einer umfangreichen statistischen Analyse spezifischer Bereiche und Komponenten des therapeutischen Prozesses gelang es den Forschern Orlinsky und Rønnestad (2006, 2009) induktiv zwei gegensätzliche und statistisch unabhängige Dimensionen therapeutischer Arbeitsbeziehungen zu identifizieren. Dazu wurden klinische Kompetenzen der Psychotherapeuten, Coping-Strategien, Beziehungsaspekte im Rahmen der Patientenbeziehungen, Gefühle während der Therapiesitzungen sowie Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess ausgewertet (Orlinsky & Rønnestad, 2009). Die Analysen der Autoren kristallisierten 3 Dimensionen von Arbeitsengagement heraus – Healing Involvement, Stressful Involvement und Controlling Involvement. Die Dimension Controlling Involvement weist eine zu niedrige interne Konsistenz von $\alpha = .43$ auf (Orlinsky & Rønnestad, 2009). Daher wird auf sie nicht näher eingegangen. Die Dimensionen Healing Involvement und Stressful Involvement dagegen erzielen ausreichende bis gute Reliabilitäten von $\alpha = .61$ bis $.81$ (Orlinsky & Rønnestad, 2009). Healing Involvement kann mit heilendem Engagement und Stressful Involvement mit aufreibendem Engagement übersetzt werden (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Im Folgenden werden aber weiterhin die englischen Originalbegriffe von Orlinsky und Kollegen verwendet. Healing Involvement beinhaltet Subskalen zur aktuellen Kompetenz, zu konstruktiven Copingstrategien, persönlichem Engagement in Patientenbeziehungen, Flow-Erfahrungen in Sitzungen und das allgemeine Gefühl von Effektivität in der therapeutischen Arbeit. Die Subskalen von Healing Involvement finden sich in Tabelle 2. Stressful Involvement dagegen bezieht sich auf vielfache Schwierigkeiten in der Praxis, unproduktive und defensive Bewältigungsstrategien sowie auf Angst oder auch Langeweile des Therapeuten während seiner Arbeit. Die entsprechenden Subskalen sind Tabelle 3 zu entnehmen. Die Items des DPCCQ, die diese beiden Skalen bilden wurden in der Therapeutic Work Involvement Scale (TWIS; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Hartmann, Schröder, Orlinsky & Zeeck, 2010) zu einem Instrument zusammengefasst, welches das Arbeitsengagement und die Erfahrungen der Psychotherapeuten im therapeutischen Prozess erfasst. Das Arbeitsengagement eines Therapeuten kann einen relevanten Prädiktor für den therapeutischen Prozess darstellen. 2014 wurde eine Studie zur Untersuchung der Unterschiede zwischen der Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht gegenüber der Einschätzung aus Therapeutensicht unter anderem mittels der TWIS (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Hartmann, Schröder, Orlinsky & Zeeck, 2010) sowie des HAQ (Alexander & Luborsky, 1986; Bassler et

al., 1995) durchgeführt. Die Arbeitsengagement Skalen HI und SI konnten beide als signifikante Prädiktoren für den Unterschied der Einschätzungen in der therapeutischen Arbeitsbeziehung bestätigt werden (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014).

In einer früheren Studie fanden Orlinsky und Kollegen, dass ältere Psychotherapeuten geringere SI Werte hatten als jüngere Kollegen, was sie auf die größerer Vulnerabilität junger Therapeuten zurückführten (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki zit. nach Zeeck et al., 2012, S. 2). Dies konnte in einer deutschen Studie der Universität Freiburg von 2012 nicht repliziert werden, allerdings umfasst dieses lediglich 26 teilnehmende Therapeuten. Hier wurden Therapeuten, welche sich derzeit in der Psychotherapeutenausbildung befanden mit Therapeuten mit bereits abgeschlossener Therapieausbildung hinsichtlich ihrer Stressful Involvement Werte verglichen. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden werden. Allerdings fanden Zeeck und Kollegen, dass die Stressful Involvement Werte der Therapeuten stark mit ihrer Einschätzung der Therapiebeziehung in Verbindung steht. Eine positivere Einschätzung der Therapiebeziehung war mit niedrigeren Stressful Involvement Werten assoziiert. Ein schwacher negativer, aber dennoch signifikanter Zusammenhang bestand auch zwischen den Stressful Involvement Werten des Therapeuten und der Einschätzung der Therapiebeziehung aus Sicht des Patienten (Zeeck et al., 2012).

4.3 Arbeitserfahrungen der Therapeuten in Abhängigkeit des Arbeitsumfeldes

Die umfangreichste bisherige Arbeit zu verschiedenen Aspekten von Arbeitserfahrungen und der Entwicklung von Psychotherapeuten ist die des CRN mit mittlerweile über 10000 Therapeuten. Man kann davon ausgehen, dass die Arbeitserfahrungen der Therapeuten fluktuieren und sie zum Beispiel bei der Arbeit mit einigen Patienten sich selbst als effektiver wahrnehmen als mit anderen Patienten. Ebenso können private Belastungen der Therapeuten einen Einfluss auf das Erleben und die Einschätzung eigener Kompetenzen haben. Das Setting in welchem die therapeutische Arbeit stattfindet kann ebenfalls das Erleben der Arbeitserfahrungen beeinflussen (Zeeck et al, 2012). Bereits 1983 untersuchten Norcross und Prochaska einige Unterschiede zwischen Therapeuten im klinisch institutionellen Setting (Psychiatrische Klinik, allgemeinmedizinisches Krankenhaus, Institutsambulanz oder Ähnliches) und Therapeuten mit privater Praxis. Signifikante Unterschiede fanden sie bezüglich des Alters der Therapeuten, der wöchentlichen Arbeitszeit, der Zufriedenheit mit dem Beruf und der Berufserfahrung. Therapeuten mit privater Praxis arbeiteten durchschnittlich $M = 41.5$ Stunden ($SD = 11.9$), während Therapeuten in institutionellen Settings durchschnittlich $M = 44.9$ Stunden pro Woche arbeiteten. Die Therapeuten im institutionellen Setting sind tendenziell etwas jünger als ihre Kollegen mit eigener Praxis und

verbringen mehr Zeit mit Supervision, administrativen Arbeiten und Forschungstätigkeiten. 90 % der Psychotherapeuten mit privater Praxis gaben an ziemlich oder sehr zufrieden mit ihrer Berufswahl zu sein. Dennoch gaben auch 6.8 % an, in irgendeiner Form unzufrieden mit ihrem Beruf zu sein. Im Durchschnitt lag die Zufriedenheit auf einer 6-stufigen Likertskala bei $M = 5.3$ ($SD = 1.0$) und damit über der Vergleichsgruppe von Therapeuten im institutionellen Setting (Norcross & Prochaska, 1983). In einer Studie zu den Faktoren von Burnout bei Psychotherapeuten fand man signifikante Unterschiede in der Symptomstärke und Vielfalt zwischen Therapeuten in institutionellen Settings gegenüber Therapeuten mit privater Praxis. Die Therapeuten ohne eigene Praxis berichteten weniger persönliche Erfüllung und mehr emotionale Erschöpfung als die Therapeuten mit eigener Praxis. Der tatsächliche Arbeitsaufwand den die Therapeuten zu bewältigen hatten, hatte keinen Einfluss auf das Gefühl von Burnout, die individuelle Zufriedenheit mit dem jeweiligen Arbeitsaufwand dagegen stand im Zusammenhang mit Burnout-Gefühlen (Raquepaw & Miller, 1989).

In einer Studie in Freiburg mit 26 psychoanalytisch tätigen Psychotherapeuten wurden Therapeuten, welche in einer Tagesklinik tätig waren und Therapeuten mit privater Praxis unter Anderem hinsichtlich ihrer Werte auf der Work Engagement Skala verglichen. Generell erreichten alle an der Studie teilnehmenden Therapeuten hohe Werte für Healing Involvement und eher niedrige Werte für Stressful Involvement. Im Vergleich der beiden Gruppen allerdings hatte die Gruppe der Therapeuten, welche in der Tagesklinik tätig sind, signifikant höhere Stressful Involvement Werte als ihre Kollegen in privater Praxis. Zwei der teilnehmenden Therapeuten waren in beiden Settings tätig (Zeeck et al., 2012). Ungefähr die Hälfte der Therapeuten ist laut den Studien des CRN in mehr als einem Arbeitssetting beschäftigt (Orlinsky & Ambühl et al., 1999). Therapeuten im stationären Setting fühlten sich weniger unterstützt und zufrieden als Therapeuten mit privater Praxis. Entsprechend höher ist der Stressful Involvement Score von Therapeuten im stationären Setting (Rønnestad & Orlinsky, 2006; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki zit. nach Zeeck et al., 2012, S. 2). Orlinsky, Ambühl et al. fanden 1999, mit einem Stichprobenumfang von bis dahin 3800 Therapeuten (mittlerweile über 10000) ebenfalls, dass Psychotherapeuten in institutionellen Settings durchschnittlich deutlich mehr Wochenarbeitsstunden leisteten, als ihre Kollegen in privaten Praxen. Hohe Stressful Involvement Werte scheinen zudem mit einem Risiko für Burn-Out und einem für die Patienten nicht-hilfreichen Therapieprozess einherzugehen (Zeeck et al., 2012). Die weitere Datenlage bezüglich des Arbeitssettings und den Auswirkungen auf die

Arbeitserfahrungen und das Arbeitsengagement der Therapeuten ist bisher wenig eindeutig und zeigt zum Teil widersprüchliche Ergebnisse (Grünberger & Laireiter, 2014).

5 Verortung der Studie im wissenschaftlichen Kontext

Im Folgenden wird die aktuelle wissenschaftliche Studienlage zur untersuchten Fragestellung und den entsprechenden abgeleiteten Hypothesen noch einmal kurz zusammenfassend dargestellt.

Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sind wichtige Elemente zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Psychotherapie. Sie dienen der fachlichen und persönlichen Stärkung und Weiterentwicklung von Psychotherapeuten sowie der Reflektion der therapeutischen Arbeit und der Vermeidung von Fehlern in der Therapie (Rønnestad & Orlinsky, 2006; Piechotta, 2008; Schleu, 2015). Weiterhin sind Supervision, Intervision und Selbsterfahrung wichtige Maßnahmen der persönlichen Psychohygiene der Therapeuten (Eichert, 2008), denn nur Therapeuten, welche gut für sich selbst und ihre Bedürfnisse sorgen, sind in der Lage effektiv mit dem Patienten zu arbeiten (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001; Lambert & Barley, 2001). Studien zeigen, dass die Inanspruchnahme von Supervision einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Bambling et al., 2006; Callahan et al., 2009; Wrape et al., 2015) und die Selbstwahrnehmung des Therapeuten sowie die Beziehungsarbeit zwischen Therapeut und Patient stärkt (Inman et al., 2014). Durch die Inanspruchnahme von Intervision lässt sich eine Minderung beruflichen Belastungserlebens sowie ein positives Erleben der eigenen Handlungskompetenz verzeichnen (Tietze, 2010). Selbsterfahrung spielt vor allem für angehende Therapeuten innerhalb der Therapeutenausbildung eine wichtige Rolle für die Aneignung und Entwicklung therapeutischer Kompetenzen und therapieförderlicher Fähigkeiten sowie zur Förderung des Verständnisses der Beziehungsdynamik innerhalb der Therapie. Es soll ein positives therapeutisches Selbstkonzept entwickelt werden, die Selbstreflexivität soll verbessert werden und die soziale Kompetenz und therapeutische Beziehungsfähigkeit gesteigert werden (Laireiter, 2008). Auch im weiteren Verlauf ihrer Karriere nutzen viele Psychotherapeuten Selbsterfahrung – oder auch Eigentherapie genannt – und erleben es als positiv für ihre eigenen Entwicklung (Orlinsky, 2013).

Die Person des Psychotherapeuten und seine persönliche und fachliche Kompetenz sowie seine Fähigkeiten zur Gestaltung der Therapiebeziehung sind für den Therapieerfolg von zentraler Bedeutung (Grawe, 2004; Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001; Wampold & Brown, 2005; Lutz et al., 2007). Modelle und Studien zu den Wirkprinzipien der Psychotherapie zeigen, dass im therapeutischen Prozess die Therapeutenvariablen und die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient wichtige Voraussetzungen für die Implementierung der spezifischen therapeutischen Methoden darstellen (Orlinsky & Howard, 1987; Grawe, Donati

& Bernauer, 1994; Grawe, 1995; Norcross & Wampold, 2011; Orlinsky, 2009). Entsprechend ist eine stetige Stärkung der therapeutischen Kompetenzen und Fähigkeiten zum Aufbau individueller, auf den Patienten abgestimmter Therapiebeziehungen und die regelmäßige Evaluation des therapeutischen Prozesses für Psychotherapeuten elementar. Zur Realisierung dessen eignen sich neben Weiterbildungen vor Allem Intervision, Supervision und Selbsterfahrung (Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001; Lambert & Barley, 2001; Rønnestad & Orlinsky, 2006; Orlinsky, 2009). Das therapeutische Arbeitsengagement kann als relevanter Prädiktor für den therapeutischen Prozess angenommen werden und lässt sich mittels des TWIS im Sinne eines Healing Involvement Scores sowie eines Stressful Involvement Scores erfassen. Die Arbeitsengagement Skalen konnten beide als signifikante Prädiktoren für den Unterschied der Einschätzungen in der therapeutischen Arbeitsbeziehung bestätigt werden (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014).

Zeeck et al. (2012) zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der eingeschätzten Therapiebeziehung der Patienten und den SI Werten der Therapeuten gibt. Die Autoren führen an, dass Supervision und persönliche Reflektion der Therapeuten für das Verständnis und die Lösung von Problemen im therapeutischen Prozess die Basis bilden und fordern, dass die genauen Prozesse, wie Supervision und Eigentherapie aufreibende Arbeitserfahrungen mindern und positive, stärkende Arbeitserfahrungen steigern können zukünftig genauer erforscht werden (Zeeck et al., 2012). Ein möglicher Zusammenhang zwischen den qualitätssichernden und die Psychohygiene fördernden Maßnahmen Supervision, Intervision und Selbsterfahrung und dem Arbeitsengagement von Psychotherapeuten wurde bisher nicht untersucht, scheint aber aufgrund der oben aufgeführten bisherigen Befunde zu diesen Konstrukten naheliegend und wird daher überprüft (Hypothese 3).

Unterschiede hinsichtlich des Arbeitsengagements konnten für Therapeuten in unterschiedlichen Arbeitssettings gefunden werden. Therapeuten ohne eigene Praxis sind weniger zufrieden und fühlen sich weniger unterstützt als ihre Kollegen mit privater Praxis. Entsprechend weisen Therapeuten, welche in institutionellen Settings tätig sind, im Vergleich signifikant höhere SI Werte auf (Rønnestad & Orlinsky, 2006; Zeeck et al., 2012). Die Studienlage bezüglich des Arbeitssettings und den Auswirkungen auf die Arbeitserfahrungen und das Arbeitsengagement der Therapeuten ist bisher wenig eindeutig und zeigt zum Teil widersprüchliche Ergebnisse (Grünberger & Laireiter, 2014). Darauf soll in der vorliegenden Studie genauer eingegangen werden (Hypothese 4 und 5).

Norcross und Prochaska fanden in Ihrer Studie signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme von Supervision zwischen Therapeuten in institutionellen Settings und

Therapeuten mit privater Praxis. Während Therapeuten mit privater Praxis lediglich 4% ihrer Arbeitszeit mit Supervision verbringen, kamen Therapeuten im institutionellen Setting auf 7.3% (Norcross & Prochaska, 1983). Bisher existiert eine mangelhafte Studienlage zum Vergleich der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen in verschiedenen therapeutischen Arbeitssettings. Hypothese 1 und 2 dieser Studie prüfen, ob es einen Unterschied gibt.

5. 1 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wird das Thema der Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Arbeit hinsichtlich Supervision, Intervision und Selbsterfahrung als qualitätssichernde Maßnahmen und Methoden zur ständigen therapeutischen Weiterentwicklung näher beleuchtet. Es wird untersucht, wie das Setting, in dem die therapeutische Arbeit stattfindet, die Inanspruchnahme von qualitätssichernden Maßnahmen beeinflusst und, ob dies Auswirkungen auf das Healing Involvement beziehungsweise Stress Involvement der Therapeuten hat.

5. 2 Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden aus bisherigen Studienergebnissen und Forschungsansätzen generiert und in der vorliegenden Arbeit untersucht:

- 1) Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung unterscheidet sich in unterschiedlichen Arbeitssettings.
- 2) Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung unterscheidet sich zwischen den Trägern des Arbeitsplatzes.
- 3) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung und Healing Involvement beziehungsweise Stressful Involvement.
- 4) Die Healing Involvement beziehungsweise Stressful Involvement– Werte von Therapeuten unterscheiden sich je nach Arbeitssetting in dem sie tätig sind.
- 5) Die Healing Involvement beziehungsweise Stressful Involvement Werte unterscheiden sich je nach Trägerschaft des Arbeitsplatzes.

6 Empirie

Die Umsetzung der Studie erfolgte im Rahmen einer Forschungs- Kooperation zwischen der Medical School Hamburg (MSH) und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW). Bereits im Jahr 2014 wurde von einer Masterstudentin der MSH unter Anleitung von Herrn Dr. Rüdiger Nübling von der LPK BW und in Abstimmung mit der internationalen Forschergruppe des Collaborating Research Network (CRN) der Society for Psychotherapy Research (SPR) der Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung (SUISE; Aldag 2014) entwickelt. Mittlerweile haben psychologische Psychotherapeuten der LPK BW den SUISE bearbeitet. Langfristiges Ziel ist es, Psychotherapeuten aus anderen Bundesländern ebenfalls für die Teilnahme zu gewinnen und so nationale Erhebungen zu ermöglichen und Erkenntnisse für die Psychotherapeuten des gesamten Bundeslandes zu gewinnen.

6. 1 Messinstrument

Der zur Untersuchung der Fragestellungen verwendete Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung (SUISE) wurde bereits 2014 im Rahmen der Forschungszusammenarbeit zwischen der MSH und der LPK BW entwickelt (Anhang A). Er wurde konzipiert, um die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten aus deren subjektiver Sicht sowie im Hinblick auf Supervision, Intervision und Selbsterfahrung zu erforschen (Aldag, 2014). Der SUISE ist ein Fragebogen zur Selbstauskunft, der in Anlehnung an den DPCCQ (Orlinsky & Ambühl, 1999) entstanden ist. Orlinsky und Rønnestad aus der Forschergruppe des CRN des SPR haben die Psychotherapeuten Arbeitsengagement Skala entwickelt, die 52 Items enthält, welche sich wiederum den 2 Skalen Healing Involvement und Stress Involvement zuordnen lassen (Orlinsky et al., 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005, 2006). Diese 52 Items sind in den SUISE eingeflossen.

Neben Items aus dem DPCCQ enthält er außerdem Items aus dem Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (FAHW; Wydra, 2005) sowie Items aus dem Fragebogen zur Veränderung durch Selbsterfahrung (FVS; Lieb, 2000). Der SUISE besteht aus 24 Itemblöcken. Jeder Itemblock wiederum enthält zwischen 4 und 28 Einzelitems. Es werden unterschiedliche Antwortformate verwendet, allerdings ausschließlich gebundene oder halboffene Antwortformate. Im ersten Teil des Fragebogens werden hauptsächlich dichotome Antwortformate sowie Auswahlformate genutzt. Die Mehrheit der Items des SUISE verwendet Likert-Skalen in verschiedenen Abstufungen. Es gibt Items mit 4, 5 und 7 Abstufungen der Ratings. Dabei sind bis auf Item 10, 11, 12 und Item 21 alle Skalen unipolar.

Abgefragt werden im SUISE demografische Daten zur Person des Therapeuten, seine fachliche Orientierung, Daten zu seinen bisherigen Arbeitssettings und Patientengruppen, zu der Inanspruchnahme, Bewertung und den Beweggründen von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung sowie Daten zum Selbsterleben und Wohlbefinden als Therapeut und den Zielen sowie Erwartungen an die therapeutische Tätigkeit.

6. 2 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte bereits im August 2014 im Rahmen der Kooperationsarbeit zwischen der MSH und der LPK BW. Per Email wurden am 25.08.2014 die Kammermitglieder der LPK BW gebeten den der Email angefügten Fragebogen SUISE als Unterstützung eines Forschungsprojektes zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung auszufüllen, wenn sie als psychologische Psychotherapeuten in der psychotherapeutischen Versorgung tätig sind. Therapeuten, die ausschließlich im Kinder- und Jugendbereich tätig sind, wurden gebeten den Fragebogen zu ignorieren und nicht teilzunehmen. Die Email enthielt Informationen zu der Studie, ihrem Ursprung und Zweck sowie zu den Rücksendemöglichkeiten und der Publikation der Ergebnisse. Die teilnehmenden Psychotherapeuten hatten die Möglichkeit den Fragebogen elektronisch auszufüllen und per Email an Herrn Dr. Nübling zurück zu senden oder ihn auszudrucken und via paper-pencil Methode zu bearbeiten und anschließend per Fax zurück zu senden oder als gescannte Datei als Email. Weiterhin war und ist eine Teilnahme online über die Website der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg unter http://lpk-bw.de/archiv/news2014/140904_befragung_supervision_intervision.html möglich.

6. 3 Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus psychologischen Psychotherapeuten zusammen, die Mitglieder der LPK BW sind. Es wurden ca. 2500 Psychotherapeuten, die der LPK BW eine Emailadresse hinterlegt hatten und in der psychotherapeutischen Versorgung tätig sind via Email angeschrieben. Es handelt sich hierbei um selbstständige oder angestellte Therapeuten mit eigener Praxis oder Gemeinschaftspraxis (mit oder ohne Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung) sowie um Therapeuten, die in institutionellen Settings tätig sind. Von der Stichprobe ausgeschlossen wurden Therapeuten, die ausschließlich als Kinder- und Jugendpsychotherapeut tätig sind. Die Email enthielt ein Anschreiben mit der Bitte um Unterstützung des Forschungsprojektes durch Bearbeitung des angefügten Fragebogens SUISE sowie Erklärungen und Hinweise dazu. Bis November 2014 haben 154 Psychotherapeuten ihre ausgefüllten Bögen an die LPK BW zurückgesendet. Die vorläufige

Rücklaufquote bis zu diesem Zeitpunkt beträgt 6,16%. Aus diesen Rücksendungen setzt sich die Stichprobe zur Untersuchung der vorliegenden Fragestellung zusammen, $N= 154$.

Das durchschnittliche Alter liegt bei $M= 52.84$ ($SD= 10.78$). Der jüngste Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Studienteilnahme 30 Jahre alt, der Älteste 78 Jahre. Der weibliche Anteil beträgt 70,6%. 42,9 % sind ausgebildete Verhaltenstherapeuten, 40,3% tiefenpsychologisch ausgebildete Therapeuten, 21,4% Psychoanalytiker und 9,7% sind in anderen Verfahren ausgebildet (Mehrfachantworten möglich). 51,3% der Therapeuten arbeiten ausschließlich in einer privaten Einzelpraxis, 35,7% arbeiten ausschließlich oder unter anderem in einem gemeinschaftlichen Setting (Gemeinschaftspraxis, Institutionen (z.B. psychotherapeutische Klinik), Beratungsstelle). 59,1% sind im Setting einer privaten Gemeinschafts- oder Einzelpraxis tätig und 27,9% in einer Institution.

6. 4 Auswertung

Es soll dargestellt werden, inwiefern das Arbeitssetting einen Einfluss auf die *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung* hat und wie sich dies auf die Konstrukte *Stressful Involvement* und *Healing Involvement* auswirkt. Unter Arbeitssetting soll hier verstanden werden unter welchen Rahmenbedingungen die Therapeuten arbeiten. Es wird unterschieden zwischen Psychotherapeuten, die in Institutionen mit anderen Psychotherapeuten zusammen arbeiten und Therapeuten, die alleine tätig sind. Weiterhin wird zwischen den Trägern des Arbeitsplatzes unterschieden. Es wird zwischen Therapeuten, die in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis arbeiten und Therapeuten in einem institutionellen Rahmen unterschieden.

Zur Einteilung der Arbeitssettings und der Trägerschaften der Arbeitsplätze wurden die Antwortkategorien des Items 2 des SUISE zum Teil zu Gruppen zusammengefasst (Tabelle 1). Zur Angabe des derzeitigen Arbeitssettings enthält der SUISE sieben mögliche Antwortvorgaben sowie eine offene Antwortoption. Eine Mehrfachauswahl ist möglich (Anhang A). Zum Einen wird zwischen einem gemeinschaftlichen vs. einem Einzelsetting unterschieden. Hierfür wurden die Antwortkategorien *öffentliche stationäre Einrichtung*, *öffentliche ambulante Einrichtung*, *private stationäre Einrichtung*, *private ambulante Einrichtung*, *private Gemeinschaftspraxis* und *Beratungsstelle* zur Gruppe Gemeinschaftssetting zusammengefasst, da man davon ausgehen kann, dass in den allermeisten Fällen Psychotherapeuten hier mit anderen Therapeuten und Ärzten in einer Gemeinschaft tätig sind. Therapeuten, die angaben in einem gemeinschaftlichen Setting sowie einer privaten Einzelpraxis tätig zu sein, wurde ebenfalls in die Gruppe Gemeinschaftssetting

mit eingeschlossen. Die Antwortoption *private Einzelpraxis* bildet die Kategorie Einzelsetting.

Zum Anderen wird zwischen privaten Praxen und Institutionen unterschieden. Die Gruppe private Praxen setzt sich aus privaten Einzel- und Gemeinschaftspraxen zusammen und bildet sich entsprechend aus den Antwortkategorien *private Gemeinschaftspraxis* und *private Einzelpraxis*. Therapeuten, die sowohl in einer privaten Einzel-, als auch in einer privaten Gemeinschaftspraxis tätig sind, wurden integriert. Zur Gruppe der Institutionen wurden die Antwortkategorien *öffentliche stationäre Einrichtung*, *öffentliche ambulante Einrichtung*, *private stationäre Einrichtung*, *private ambulante Einrichtung* und *Beratungsstellen* zusammengefasst. Therapeuten, die neben der Tätigkeit in einer privaten Einzel- oder Gemeinschaftspraxis außerdem in einem institutionellen Setting tätig sind, wurden an dieser Stelle ausgeschlossen. Die Antworten der offenen Antwortkategorie wurden hier nicht berücksichtigt. Sie wurde lediglich 5 mal gewählt, davon 4 mal als Mehrfachnennung.

Tabelle 1. Gruppeneinteilung der Arbeitsplätze der Therapeuten

Gruppe	N
Gemeinschaftssetting	55
Öffentliche stationäre Einrichtung	19
Öffentlich ambulante Einrichtung	6
Private Stationäre Einrichtung	7
Private ambulante Einrichtung	5
Private Gemeinschaftspraxis	17
Beratungsstelle	12
Einzelsetting	79
Private Einzelpraxis	79
Private Praxen	91
Private Gemeinschaftspraxis	17
Private Einzelpraxis	79
Institutionen	43
Öffentliche stationäre Einrichtung	19
Öffentliche ambulante Einrichtung	6
Private stationäre Einrichtung	7
Private ambulante Einrichtung	5
Beratungsstelle	12

Anmerkung: N gesamt entspricht nicht N einzeln, da Mehrfachantworten möglich

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme der jeweiligen qualitätssichernden Maßnahmen wurden über die Items 7.1, 7.8 beziehungsweise 7.13 operationalisiert. Dort hatten die Therapeuten jeweils die Möglichkeit zwischen den 5 Antwortalternativen *wöchentlich*, *1-2 mal im Monat*, *1-2 mal im Quartal*, *weniger als 1 mal im Quartal* oder *nie* die auf sie zutreffendste auszuwählen (Anhang A). Die statistische Auswertung erfolgt mittels der computergestützten Analysesoftware SPSS Version 20 (IBM, 2011). Grafiken, Tabellen und Abbildungen werden ebenfalls mit SPSS Version 20 oder mit Microsoft Excel Version 10 für Mac OS erstellt.

Hypothesen 1 und 2 werden mittels des Mann-Whitney U-Tests geprüft. Dieser setzt Ordinalskalenniveau voraus und gehört zu den nicht-parametrischen Tests (Janssen & Laatz, 2013). Er benötigt nicht die üblichen Populationsparameter wie Mittelwert, Standardabweichung und Verteilungsform (Köhler, 2004). Die Anwendung ist also nicht an Voraussetzungen bezüglich der Verteilung der Daten gebunden. Er bietet daher eine Alternative zu metrischen t-Tests, wenn die Daten, wie im vorliegenden Fall, die Voraussetzungen dafür nicht erfüllen (Janssen & Laatz, 2013).

Hypothese 3 wird durch bivariate Korrelationen überprüft. Diese messen die Stärke und Richtung eines Zusammenhanges zwischen zwei Variablen mittels Korrelationskoeffizienten. Aufgrund der ordinalskalierten Variablen *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung* und der intervallskalierten Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* wird eine Rangkorrelation gerechnet und der hierfür besonders gut geeignete Spearman Rangkorrelationskoeffizient r_s verwendet (Janssen & Laatz, 2013; Köhler, 2004). Zur Berechnung des Korrelationskoeffizienten werden die Messwerte der Variablen geordnet ihnen werden jeweils Ränge zugeordnet (Köhler, 2004). Zusätzlich wurde der Index *QSM* als Summe dieser drei qualitätssichernden Maßnahmen gebildet und mit *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* korreliert.

Hypothesen 4 und 5 werden mittels eines t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Dieser testet die Unterschiede der Mittelwerte von zwei Gruppen auf Signifikanz. Von unabhängigen Stichproben spricht man, wenn die Vergleichsgruppen aus verschiedenen Fällen bestehen, die unabhängig voneinander aus einer Grundgesamtheit gezogen wurden (Janssen & Laatz, 2013). Voraussetzungen für die Durchführung eines t-Tests sind Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen und Normalverteilung der Daten (Köhler, 2004). Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt (Tabelle 4) sowie Q-Q-Diagramme für die Darstellung der Verteilungen der Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* erstellt (Anhang B, Abb. 1, 2). Der Shapiro-Wilk-Test

zeichnet sich unter vergleichbaren Tests durch eine sehr gute Teststärke aus (Janssen & Laatz, 2013). Bei der Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen einer kategorialen unabhängigen und einer metrischen abhängigen Variablen wird zwischen t-Tests gleicher Varianz und ungleicher Varianz unterschieden (Janssen & Laatz, 2013). Mittels eines Levenes Test zur Varianzhomogenität wurde die Gleichheit der Varianzen jeweils vorab getestet. Er prüft einen möglichen Unterschied in der zentralen Tendenz der Gruppen und gilt als robuste Alternative zum F-Test (Bortz, 2010). Er hat den Vorteil, dass er selbst nicht an die Voraussetzung einer Standardnormalverteilung gebunden ist (Janssen & Laatz, 2013).

6. 5 Skalenbildung

Entsprechend der Daten von Orlinsky und Rønnestad (2005) wurden die Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* gebildet. Zu den theoretischen Hintergründen der Skalen siehe Gliederungspunkt 4.2. *Healing Involvement* setzt sich aus 6 Subskalen (Basic Relational Skills, Invested, Efficacy, Affirming, Flow, Constructive Coping) zusammen, während sich *Stressful Involvement* aus 4 Subskalen (Frequent Difficulties, Boredom, Anxiety, Avoidant Coping) bilden lässt. Die verschiedenen Subskalen setzen sich aus jeweils mindestens drei bis maximal acht Items zusammen.

6. 6 Reliabilitätsanalyse

Für die Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* sowie für die jeweiligen Subskalen wird mittels Cronbachs Alpha die Interne Konsistenz bestimmt und mit den Werten von Orlinsky & Rønnestad (2005) verglichen. (Tabelle 2, 3).

Tabelle 2: Interne Konsistenzen der Skala Healing Involvement und der Subskalen

Skalen	<i>N</i>	Subskalen/ Itemanzahl	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbachs α Stichprobe	Cronbachs α Autor
Healing						
Involvement	147	6	11.70	1.15	.59	.69 ¹
Basic Relational						
Skills	146	4	16.45	1.64	.60	.79
Invested	150	3	7.35	1.15	.30	.67
Efficacy	144	4	7.13	1.62	.51	.59
Affirming	147	4	10.00	1.50	.61	.69
Flow	140	4	8.31	1.58	.47	.62
Constructive						
Coping	137	6	21.91	2.90	.26	.76

Autor = Orlinsky & Rønnestad; *N*, *M* und *SD* beziehen sich auf die untersuchte Stichprobe

¹ Cronbachs Alpha nach Profession aufgeteilt, Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 235

Tabelle 3: Interne Konsistenzen der Skala Stressful Involvement und der Subskalen

Skalen	<i>N</i>	Subskalen/ Itemanzahl	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbachs α Stichprobe	Cronbachs α Autor
Stressful						
Involvement	146	4	6.39	1.83	.58	.67 ¹
Frequent Diffi-						
culties	144	8	9.80	3.66	.66	.81
Boredom	145	4	2.81	1.61	.68	.66
Anxiety	145	4	2.83	1.75	.59	.74
Avoidant Coping	139	6	10.36	3.35	.45	.64

Autor: Orlinsky & Rønnestad; *N*, *M* und *SD* beziehen sich auf die untersuchte Stichprobe

¹ Cronbachs Alpha nach Profession aufgeteilt, Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 235

6. 7 Prüfung auf Normalverteilung

Es wird die Normalverteilung der für die nachfolgenden Berechnungen relevanten Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* geprüft. Es wurde der Shapiro-Wilks-Test zur Überprüfung der Normalverteilungsannahme durchgeführt (Tabelle 4) sowie Q-Q-Diagramme zur Veranschaulichung der Verteilung der Meßwerte erstellt (Anhang B, Abb. 4, 5). Die Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* weichen nicht signifikant von

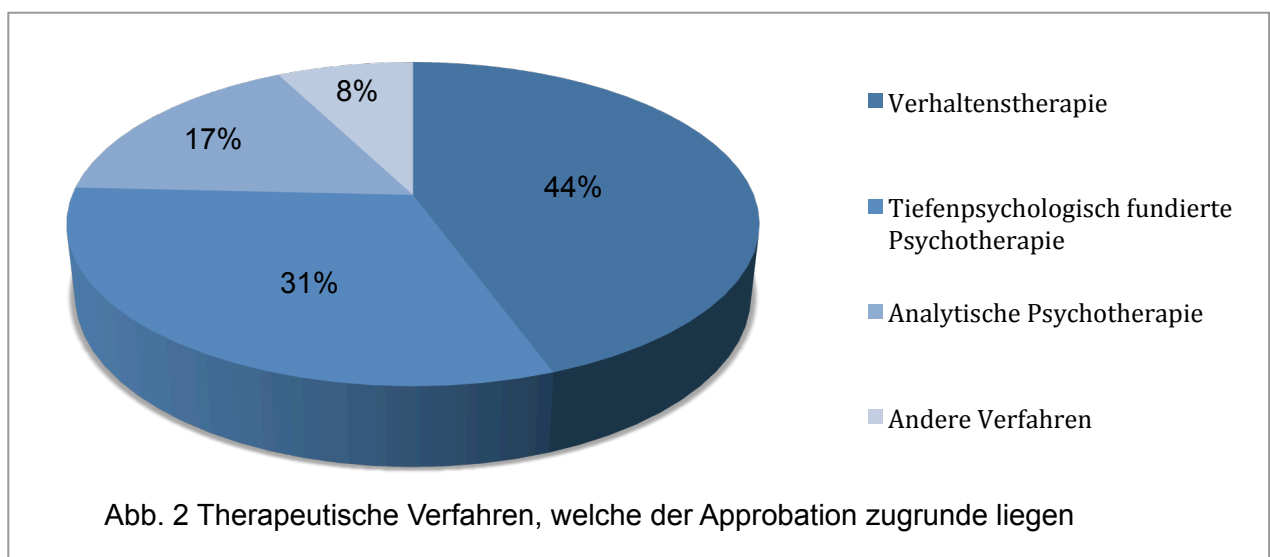
einer Normalverteilung ab. Es kann eine Normalverteilung der Grundgesamtheit angenommen werden.

Tabelle 4: Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests zur Prüfung der Normalverteilungsannahme

	<i>N</i>	<i>W</i>	Signifikanz
Healing Involvement	124	.987	.29
Stress Involvement	124	.991	.61

7 Ergebnisse

Es folgen zunächst einige für die Überprüfung der Hypothesen relevante deskriptive Angaben. Durchschnittlich sind die Therapeuten der vorliegenden Studie seit $M = 19,79$ Jahre ($SD = 10,26$) therapeutisch tätig. Die Ausbildungszeit wurde mit eingeschlossen; Zeiten, in denen keine therapeutische Tätigkeit stattfand, wurden ausgeschlossen. Es wurden nur vollendete Jahre berücksichtigt, die Monatsangaben wurden an dieser Stelle vernachlässigt. Die geringste Dauer bisheriger therapeutischer Tätigkeit liegt bei 2 Jahren, die höchste bei 53 Jahren. Abbildung 1 verdeutlicht die Verteilung der therapeutischen Verfahren, die der Approbation der Therapeuten zugrunde liegen.



Von den an dieser Studie teilnehmenden Therapeuten sind 19 in einer öffentlich stationären Einrichtung, 6 in einer öffentlich ambulanten Einrichtung, 7 in einer privaten stationären Einrichtung und 5 in einer privaten ambulanten Einrichtung beschäftigt. Weitere 18 sind in einer privaten Gemeinschaftspraxis tätig, 12 in einer Beratungsstelle und 91 Therapeuten betreiben eine private Einzelpraxis. Außerdem wählten 5 Therapeuten die Kategorie *Anderes*, wobei davon 4 zusätzlich auch in einem der anderen Arbeitssettings beschäftigt sind. Mehrfachantworten waren entsprechend möglich.

Weitere demographische Angaben zur Stichprobe sind in Abschnitt 6. 3 zu finden. Wie häufig die Therapeuten qualitätssichernde Maßnahmen in Anspruch nehmen geht aus Abbildung 3 hervor. Zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision machten 8 Therapeuten keine Angaben, zu Intervision fehlen bei 5 Therapeuten die entsprechenden Angaben und bei Selbsterfahrung wurde von 20 Therapeuten das entsprechende Item nicht bearbeitet. Durchschnittlich haben die Therapeuten $M = 456,15$ Stunden Supervision ($SD = 430,26$) im

Laufe ihrer therapeutischen Laufbahn genutzt. Intervention wird durchschnittlich $M = 371.67$ Stunden ($SD = 458.06$) in Anspruch genommen, wobei hier auch einige Therapeuten angaben bisher gar keine Intervention genutzt zu haben. Selbsterfahrung wurde im Rahmen der therapeutischen Laufbahn durchschnittlich $M = 559.89$ Stunden ($SD = 669.11$) praktiziert.

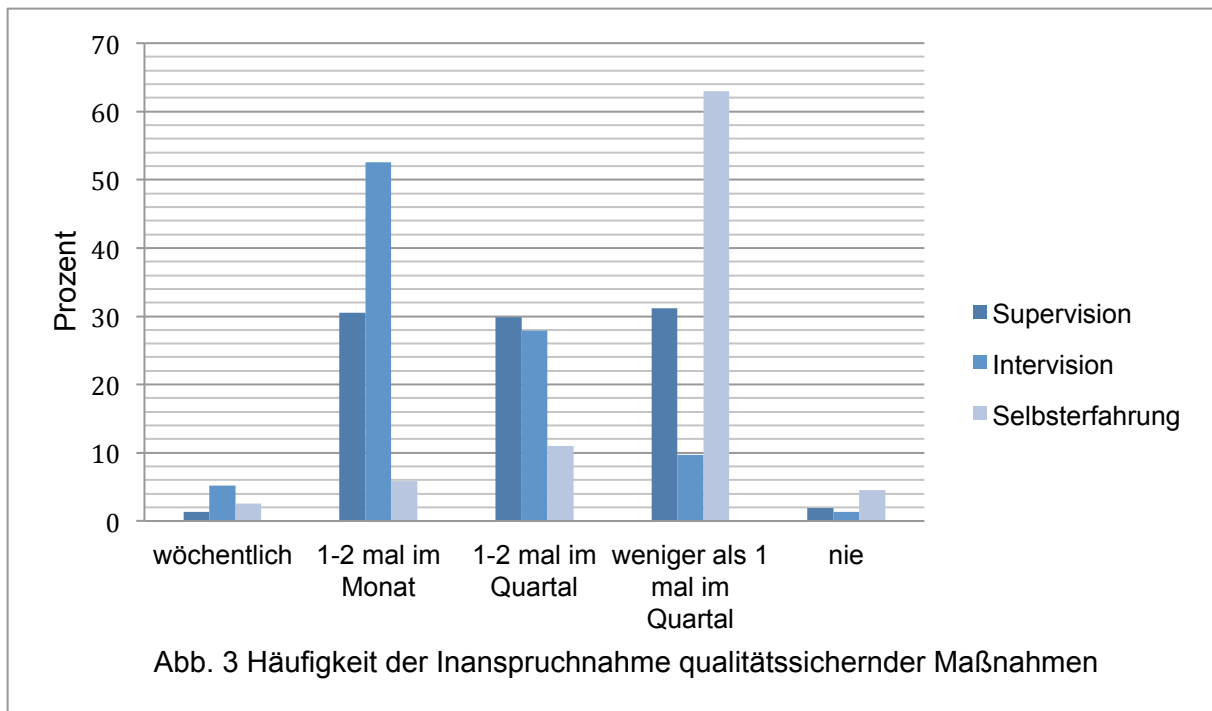


Tabelle 5 zeigt prozentual, wann zuletzt Supervision, Intervention beziehungsweise Selbsterfahrung in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 5: Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme der jeweiligen Maßnahme

	vor ca. 1 Woche	vor ca. 1 Monat	vor mehr als 1 Monat
Supervision	12.3%	61.7%	22.1%
Intervention	20.8%	68.2%	6.5%
Selbsterfahrung	7.1%	27.9%	54.5%

Der zur Prüfung von Hypothese 1 durchgeführte Mann-Whitney U-Test zeigt eine signifikant höhere *Inanspruchnahme von Supervision* für Therapeuten in *Gemeinschaftssettings* als für Therapeuten in *Einzelsettings*, $z = 2.99$, $p = .003$. Therapeuten in einem gemeinschaftlichen Setting haben einen mittleren Rang von 75.99 während Therapeuten, die in einem Einzelsetting beschäftigt sind einen mittleren Rang von 57.09 haben. Für die *Inanspruchnahme von Intervention* konnte kein signifikanter Unterschied von einem

gemeinschaftlichen Arbeitssetting (mittlerer Rang von 65.08) gegenüber einem *Einzelsetting* (mittlerer Rang von 65.78) gefunden werden, $z = .12$, $p = .91$. Für die *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung* konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen dem *Gemeinschaftssetting* mit einem mittleren Rang von 55.38 und dem *Einzelsetting* mit einem mittleren Rang von 60.48 gefunden werden, $z = 1.01$, $p = .31$.

Hypothese 2 wurde, wie auch Hypothese 1, mittels eines Mann-Whitney U-Test überprüft. Es konnte ein signifikanter Unterschied bezüglich der *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision* zwischen Therapeuten in *Institutionen* mit einem mittleren Rang von 80.77 und Therapeuten in *privaten Praxen* mit einem mittleren Rang von 57.39 gefunden werden, $z = 3.51$, $p < .001$. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen *privaten Praxen* (mittlerer Rang = 65.13) und *Institutionen* (mittlerer Rang = 66.34) für die *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Intervision*, $z = .19$, $p = .85$. Ebenso ermittelte der durchgeführte U-Test keinen signifikanten Unterschied für die *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung* bezüglich des Trägers des Arbeitssettings, $z = .56$, $p = .57$. Der mittlere Rang der *privaten Praxen* liegt hier bei 59.47 und der mittlere Rang der *Institutionen* bei 56.51. Getestet wurde auf einem Signifikanzniveau von $CI = 95\%$.

Die Korrelationskoeffizienten zur Überprüfung von Hypothese 3 lassen sich Tabelle 5 entnehmen. Ein signifikanter positiver Zusammenhang zeigt sich zwischen der *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision* und *Stressful Involvement* sowie zwischen *QSM* und *Stressful Involvement*.

Tabelle 6: Korrelationskoeffizienten r_s nach Spearman

	Healing Involvement	Stressful Involvement
Inanspruchnahme von Supervision	-.11	.17*
Inanspruchnahme von Intervision	.08	.15
Inanspruchnahme von Selbsterfahrung	-.10	.08
QSM	-.04	.22*

* $p < .05$

Hypothese 4 wird mit Hilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Der durchgeführte Levenes Test für die abhängige Variable *Healing Involvement* zeigt, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit Varianzhomogenität für die beiden betrachteten Fallgruppen *gemeinschaftliches Setting* ($N = 54$) vs. *Einzelsetting* ($N = 78$) vorliegt. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Therapeuten, die in *Einzelsettings* tätig sind und Therapeuten, die in *gemeinschaftlichen Settings* tätig sind hinsichtlich ihrer *Healing*

Involvement Werte gefunden werden $t(130) = 1.02, p = .31$. Für die beiden Gruppen muss hinsichtlich der Variable *Stress Involvement* die Annahme der Varianzhomogenität nach dem Levenes Test abgelehnt werden. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der beiden Gruppen *Einzelsetting* ($N = 77$) und *Gemeinschaftssetting* ($N = 53$) bezüglich der Werte der Therapeuten auf der *Stress Involvement* Skala konnte nicht gefunden werden $t(128) = .76, p = .45$.

Zur Überprüfung von Hypothese 5 wurde ebenfalls ein t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Nach dem Levenes Test kann angenommen werden, dass zwischen den beiden zu untersuchenden Gruppen (*privaten Praxen* vs. *Institutionen*) Varianzhomogenität bezüglich *Healing Involvement* vorliegt. Für die Ausprägungen auf der *Healing Involvement* Skala konnte kein Unterschied zwischen Therapeuten, die in einer *privaten Praxen* ($N = 90$) tätig sind, und Therapeuten, die Arbeitsplätze einer *Institution* ($N = 42$) innehaben, gefunden werden $t(130) = 1.39, p = .17$. Für die Skala *Stressful Involvement* kann Varianzhomogenität zwischen den beiden Gruppen angenommen werden. Es konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Therapeuten in *privaten Praxen* ($N = 89$) und Therapeuten in *Institutionen* ($N = 41$) für die Skala *Stressful Involvement* gefunden werden, $t(128) = .30, p = .76$. Tabelle 7 zeigt die statistischen Kennwerte für *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* aufgeteilt nach den untersuchten Arbeitssettings.

Tabelle 7: statistische Kennwerte der Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* nach Arbeitssetting unterteilt

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Healing Involvement	gesamt	147	11.70	1.15
	Gemeinschaftssetting	54	10.37	1.18
	Einzelsetting	78	10.57	1.10
	private Praxen	90	10.58	1.10
	Institutionen	42	10.30	1.14
Stressful Involvement	gesamt	146	6.39	1.83
	Gemeinschaftssetting	53	4.01	1.00
	Einzelsetting	77	3.86	1.33
	private Praxen	89	3.99	1.28
	Institutionen	41	3.97	1.04

Die zu untersuchenden Hypothesen 1, 2 und 3 konnten zum Teil bestätigt werden. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen dem *gemeinschaftlichen Arbeitssetting* und dem *Einzelarbeitssetting* bezüglich der *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision* gefunden. Ebenso bestätigte sich Hypothese 2 bezüglich eines Unterschiedes in der *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision* zwischen Therapeuten, welche in *privaten Praxen* tätig sind und Therapeuten, welche in *Institutionen* arbeiten. Hypothese 3 konnte für den Zusammenhang zwischen *Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision* und *Stress Involvement* sowie für *QSM* und *Stress Involvement* bestätigt werden. Hypothese 4 und 5 konnten mittels der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

8 Diskussion

Die Hypothesen dieser Studie konnten zum Teil bestätigt werden. Eine Reihe der Ergebnisse stärken die Befunde anderer Studien, andere Ergebnisse dagegen sind überraschend. Im Folgenden werden diese zusammenfassend dargestellt und unter Einbezug der bereits vorhandenen Literatur diskutiert. Die durch die Befragung erzielte Rücklaufquote liegt bei ungefähr 6.16%. Rund 2000 Therapeuten wurden angeschrieben, von denen lediglich 154 an der Studie teilnahmen. Vor allem im Vergleich zu ähnlichen Studien in Deutschland zu diesem Thema ist dieser geringe Rücklauf nicht zufriedenstellend. Petrowski, Hessel, Eichenberg & Brähler (2014) hatten in ihrer Studie zu den arbeitsbedingten Stressoren von Psychotherapeuten in Deutschland eine Rücklaufquote von 35.2%. Ochs et al., (2012) erzielten in einer Mitgliederbefragung der PTK Hessen zu den Praktiken und dem Erleben von Supervision und Intervision eine Rücklaufquote von gut 25%. Trotz dieser geringen Rücklaufquote konnten einige interessante Erkenntnisse gewonnen werden.

Der Frauenanteil (70.6%), sowie das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer mit $M = 52.84$ ($SD = 10.78$) repräsentiert den bundesweiten Geschlechter- und Altersdurchschnitt von Psychotherapeuten (Walendzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem & Jahn, 2010; Statistisches Bundesamt, 2011; KBV, 2014; BPtK, 2014;) sowie den in anderen Studien mit Psychotherapeuten in Bad Württemberg gefundenen Altersdurchschnitt (Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014). Der Großteil der Studienteilnehmer sind approbierte Verhaltenstherapeuten (44%), gefolgt von 31% tiefenpsychologisch approbierten Therapeuten und 17% analytisch ausgebildeten Psychotherapeuten. Walendzik et al. (2010) haben in ihrer Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Daten aus verschiedenen Bundesländern ausgewertet. Die erhobene Verteilung der Therapieschulen, welche den Approbationen der Therapeuten in der Studie zugrunde liegen, weichen leicht von denen der vorliegenden Arbeit ab. 61.8% waren ausgebildete Verhaltenstherapeuten, 30.9% tiefenpsychologisch approbierte Therapeuten und 3.4% der Therapeuten hatten eine psychoanalytische oder kombinierte psychodynamische Ausbildung absolviert (Walendzik, 2010). Orlinsky erhob unter Anderem die Daten von 1059 deutschen Psychotherapeuten. Dabei stellte er eine Verteilung der therapeutischen Verfahren von 68.1% psychodynamisch (Tiefenpsychologisch fundiert und Psychoanalyse) und 66.6% kognitiv-behavioral und humanistisch fest (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Dieses Verhältnis entspricht in etwa dem der vorliegenden Studie.

Die Mehrheit der befragten Therapeuten ist ausschließlich in einer privaten Einzelpraxis tätig (51.3%), gefolgt von 32.1%, welche in institutionellen Settings arbeiten. 8.4% der

Therapeuten sind in mehr als einer Arbeitsstelle tätig, zumeist in einer privaten Praxis und zusätzlich in einer psychiatrischen Klinik oder einer Beratungsstelle. Diese Ergebnisse ähneln den Befunden der Studie von Ochs et al. (2012). Dort wurden die Mitglieder der Hessischen Psychotherapeutenkammer befragt und 63% der teilnehmenden Psychotherapeuten waren in eigener Praxis tätig, während 29% in einer Institution arbeiteten. Orlinsky und Rønnestad dagegen geben in ihrem Buch für die deutschen Psychotherapeuten eine Verteilung der Arbeitssettings von 70% in Institutionen (29.8% ambulant und 40.2% stationär) und lediglich 38.5% in privaten Praxen an. Der Grund hierfür mag in den unterschiedlichen Methoden der Akquise von Daten liegen. Während Ochs et al. sowie auch diese Studie die Mitglieder der jeweiligen Psychotherapeutenkammer anscrieben und um Teilnahme baten, nutzten Orlinsky und Kollegen eine Mischung aus unterschiedlichen Methoden der Probandenakquise. Zum Einen baten sie Kollegen um Verteilung des Fragebogens. Weiterhin verteilten sie den Fragebogen auf Kongressen und Fortbildungen von Therapeuten und baten die Mitglieder von Verbänden und Vereinigungen sowie von psychologische Fortbildungsinstituten um Teilnahme (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Das statistische Bundesamt gibt an, dass 2011 21000 der 36000 in Deutschland tätigen Therapeuten in einer ambulanten Praxis tätig sind während ungefähr 8000 in teilstationären oder stationären Institutionen arbeiten (Statistisches Bundesamt, 2011). Das Verhältnis zwischen Therapeuten in ambulanten Praxen und Therapeuten in Institutionen dieser Studie entspricht damit in etwa dem des gesamten Bundesgebietes.

Nach den Auswertungen der Angaben zur Nutzung qualitätssichernder Maßnahmen lässt sich sagen, dass viele Therapeuten regelmäßig qualitätssichernde Maßnahmen in Anspruch nehmen. Eine wöchentliche Nutzung wurde allerdings selten angegeben. Intervision erzielte hier mit 5.2% wöchentlicher Inanspruchnahme den höchsten Wert. Intervision wird ebenso am häufigsten regelmäßig in Anspruch genommen. Die Mehrzahl der Therapeuten nutzt Intervision zwischen *1-2 im Monat* (52.6%) und immerhin knappe 30% nutzen es *1-2 mal im Quartal*. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision ist relativ ausgewogen unter den Therapeuten. Jeweils um die 30% gaben an, Supervision *1-2 mal im Monat*, *1-2 mal im Quartal* beziehungsweise *weniger als 1 mal im Quartal* zu nutzen. Selbsterfahrung gaben die meisten Therapeuten (63%) an, *weniger als 1 mal im Quartal* in Anspruch zu nehmen (siehe dazu Abb.3, S. 42). Die hessischen Therapeuten nutzen ebenfalls am häufigsten Intervision gefolgt von Supervision. Sie gaben an, einen Bedarf von Supervision beziehungsweise Intervision von durchschnittlich zwei Sitzungen pro Monat zu haben, allerdings nutzten 58% der Befragten mehr Supervision oder Intervision. 18% der Therapeuten gaben an, einen

höheren Bedarf zu haben, als sie in Anspruch nehmen. Als Hinderungsgründe für eine höhere Inanspruchnahme wurden Zeitmangel und die Kosten angegeben. Bei immerhin 28% der befragten Therapeuten entsprechen Bedarf und Inanspruchnahme von Supervision beziehungsweise Intervision einander (Ochs et al., 2012). Selbsterfahrung wurde in der vorliegenden Studie zu 63% mit weniger als einmal im Quartal angegeben, wird also offensichtlich eher selten im Vergleich zu Supervision und Intervision genutzt. Mit fast 5% hat Selbsterfahrung zudem die höchste Angabe der drei qualitätssichernden Maßnahmen in der Antwortkategorie *nie*. Zusätzlich haben 20 Therapeuten das Item Selbsterfahrung gar nicht bearbeitet, während bei Supervision nur 8 Therapeuten und bei Intervision nur 5 Therapeuten keine Angaben machten. Man könnte vermuten, dass zumindest einige der Befragten das Item ausließen, da sie bisher wenig oder keine Erfahrungen mit Selbsterfahrung gemacht haben. Betrachtet man allerdings die Gesamtstunden, welche die Therapeuten durchschnittlich in ihrer bisherigen therapeutischen Laufbahn an qualitätssichernden Maßnahmen durchlaufen haben, ist Selbsterfahrung mit durchschnittlich $M = 559.89$ Stunden mit Abstand am höchsten im Vergleich zu Supervision ($M = 456.15$) und Intervision ($M = 371.67$). Die Standardabweichung ist mit $SD = 669.11$ allerdings ebenfalls im Vergleich zu den anderen Maßnahmen sehr hoch, was deutliche Unterschiede zwischen den Therapeuten zeigt. Der Grund dafür sind sicherlich die unterschiedlichen therapeutischen Ausbildungen, welche den Approbationen der Therapeuten zugrunde liegen. 48% der befragten Therapeuten sind in tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch fundierter Psychotherapie ausgebildet und haben entsprechend im Rahmen ihrer Ausbildung einen deutlich höheren Anteil an Selbsterfahrung beziehungsweise Lehranalyse durchlaufen im Vergleich zu Verhaltenstherapeuten und Therapeuten anderer therapeutischer Schulen (Sonnenmoser, 2008). Entsprechend schreiben diese Therapeuten Selbsterfahrung einen hohen Stellenwert zu und haben eine höhere Inanspruchnahme (Orlinsky, 2013).

Die Untersuchung, ob Therapeuten sich bezüglich ihrer Inanspruchnahme von qualitätssichernden Maßnahmen in Abhängigkeit ihres Arbeitssettings unterscheiden lieferte zum Teil signifikante Unterschiede. Supervision nutzen aktuell signifikant häufiger Therapeuten in *gemeinschaftlichem Arbeitssettings*, als Therapeuten in *Einzelsettings* sie nutzen. Ein ähnliches Ergebnis lieferte der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test für den Unterschied zwischen Therapeuten in *privaten Praxen* und Therapeuten, welche in *Institutionen* tätig sind. Therapeuten in privaten Praxen nehmen aktuell deutlich weniger Supervision in Anspruch, als ihre Kollegen in Institutionen. Dieser Unterschied zeigte sich hoch signifikant ($p < .001$).

Keine signifikanten Unterschiede konnten dagegen zwischen den Arbeitssettings für die qualitätssichernden Maßnahmen Intervision und Selbsterfahrung gefunden werden. Umfangreiche Studien in den USA fanden ähnliche Ergebnisse für Unterschiede zwischen Therapeuten in Kliniken und Therapeuten in privaten Praxen bezüglich ihrer Inanspruchnahme von Supervision. Norcross & Prochaska (1983), wie auch Norcross et al. (2005), zeigen, dass Therapeuten, welche im klinisch institutionellen, also gemeinschaftlichen, Setting tätig sind, deutlich mehr Supervision nutzen, als ihre allein praktizierenden Kollegen. Diese Befunde können wir mit den aus der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnissen unterstützen. Norcross und Prochaska (1983) führen an, dass Therapeuten in privaten Praxen durchschnittlich deutlich älter sind als Therapeuten in Institutionen, in denen sie meist als Angestellte arbeiten. Dieser Altersunterschied und der damit verbundene Unterschied bezüglich der therapeutischen Kompetenz könnten Gründe für die höhere Nutzung von Supervision in Institutionen sein. Weiterhin geben viele psychologisch- psychiatrischen Kliniken Vorgaben raus, wie häufig die dort arbeitenden Therapeuten an Supervision oder anderen qualitätssichernden Maßnahmen teilnehmen sollten. Häufig sind hier Fallsupervisionen, in denen jeweils aktuelle Fälle besprochen werden sowie auch Teamsupervisionen, in denen die Teams einer Station oder Abteilung zusammenkommen.

Der in Hypothese 3 postulierte Zusammenhang zwischen den qualitätssichernden Maßnahmen und den Konstrukten des Arbeitsengagements zeigte sich zwischen Supervision und Stressful Involvement sowie zwischen dem Summenwert QSM und Stressful Involvement. Hier konnten signifikante positive Zusammenhänge gefunden werden. Da dieser Zusammenhang mit der Häufigkeit der aktuellen Inanspruchnahme der verschiedenen qualitätssichernden Maßnahme überprüft wurde, wäre eine mögliche Erklärung, dass Therapeuten, welche aktuell eher aufreibende oder Angst oder Langeweile schürende Arbeitserfahrungen in ihrem therapeutischen Alltag erleben, mehr Supervision in Anspruch nehmen. Eine genauere und differenzierte Untersuchung dieses Zusammenhanges könnte von hoher Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie sein und damit für Vorgaben hinsichtlich zu erfüllender Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Zur Überprüfung der Hypothesen 4 und 5 wurden aus den entsprechenden Items, welche aus dem TWIS (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Hartmann et al., 2010) in den SUISE eingeflossen waren, die Skalen Healing Involvement und Stressful Involvement gebildet. Die erzielten Reliabilitäten lagen leider konsequent unter denen von Orlinsky und Rønnestad (2005). Für Healing Involvement ergab sich eine niedrige, aber ausreichende Reliabilität von .59 in

unserer Studie. Orlinsky und Rønnestad erreichten für die Skala Reliabilitäten von .62 bis .81. Die Skala Stressful Involvement hat in der vorliegenden Studie eine Reliabilität von .58, während Orlinsky ebenfalls geringere Reliabilitäten als für Healing Involvement verzeichnet, aber dennoch ein Cronbachs Alpha von .61 bis .71 erzielt (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 235). Für die jeweiligen Subskalen von Healing Involvement und Stressful Involvement erreichen die Skalen ebenfalls nicht die interne Konsistenz, die Orlinsky aufführte. Für die meisten Subskalen liegen die Werte ein wenig unter denen der genannten Autoren. Die Subskalen Invested und Coping sind mit $\alpha = .30$ und $\alpha = .26$ deutlich zu niedrig. Ebenso die Subskala Avoidant Coping mit einem $\alpha = .45$, wobei Orlinsky und Kollegen ein $\alpha = .64$ erzielten (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 235). Hier ist aber selbstverständlich anzumerken, dass die genannten Autoren für die in ihrem Buch veröffentlichten Ergebnisse einen Datenpool aus annähernd 5000 internationalen psychologisch tätig Therapeuten, Ärzten und Beratern nutzten.

Das in Hypothese 4 und 5 aufgestellte Postulat eines Unterschiedes im Arbeitsengagement zwischen Therapeuten in *gemeinschaftlichem Arbeitssetting* vs. Therapeuten in *Einzelsettings* beziehungsweise zwischen Therapeuten in *privaten Praxen* vs. Therapeuten in *Institutionen* konnte anhand der Daten dieser Studie nicht bestätigt werden. Es konnten keine signifikanten Unterschiede detektiert werden. Wie bereits berichtet hatten Orlinsky und Kollegen höhere Stressful Involvement Werte bei Therapeuten ohne eigene private Praxis gefunden (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Orlinsky, 2006). Zeeck et al. (2012) hatten Therapeuten einer Tagesklinik mit Therapeuten, welche in Ambulanzen tätig sind, hinsichtlich ihres Arbeitsengagements verglichen. Die in der Tagesklinik beschäftigten Therapeuten erlebten ihre Arbeit als stressiger, herausfordernd und aufreibend.

Die Befunde von Orlinsky und Rønnestad sowie von Zeeck und Kollegen können mit dieser Studie damit nicht repliziert werden. Dennoch lässt sich festhalten, dass die untersuchten Therapeuten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg insgesamt ein hohes Level an positivem Arbeitsengagement haben. Durchschnittlich erreichten die teilnehmenden Therapeuten einen Healing Involvement Wert von $M = 11.70$. Damit liegt diese Stichprobe deutlich über den Werten von Zeeck und Kollegen mit $M = 8.2$ (Zeeck et al., 2012, S.8) und sogar teilweise über denen von Orlinsky. Dieser fand Durchschnittswerte von 9.3 bis 11.0, je nach Level der Entwicklung und Karriere. Seine Maximalen Werte für die Skala liegen bei 14.8 (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 285). Dennoch sind die von den Mitgliedern der LPK BW angegebenen Werte als sehr gut zu werten und zeigen grundsätzlich positive Erfahrungen im therapeutischen Arbeitsleben der Therapeuten. Trotz dieses hohen Wertes auf der Skala

Healing Involvement liegen die Therapeuten aber auch auf der Skala des Stressful Involvement relativ hoch im Vergleich mit Werten anderer Studien. Der durchschnittliche Wert auf dieser Skala liegt bei $M = 6.39$. Im Vergleich dazu ist der Wert von Zeeck und Kollegen mit $M = 3.2$ sehr gering (Zeeck et al., 2012, S. 8). Orlinsky errechnete für Stressful Involvement durchschnittliche Werte zwischen $M = 3.9$ und 4.5 (Orlinsky & Rønnestad, 2005, S. 285). Entsprechend haben die Therapeuten in Baden Württemberg offenbar auch einen hohen Anteil negativer, belastender Arbeitserfahrungen. So hohe Ausprägungen auf beiden Skalen des Arbeitsengagements sind doch recht überraschend.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit festhalten, dass das Arbeitssetting zumindest einen Einfluss auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme der qualitätssichernden Maßnahme Supervision hat. Weiterhin scheint es auch zwischen der Qualität des Arbeitsengagements und qualitätssichernden Maßnahmen Zusammenhänge zu geben. Warum mit erhöhtem Stressful Involvement auch eine höhere Inanspruchnahme von Qualitätssichernden Maßnahmen, besonders von Supervision einhergeht, gilt es in zukünftigen Studien zu erforschen. Konträr zu vorherigen Befunden (Zeeck et al., 2012) konnten in dieser Studie keine Unterschiede zwischen Psychotherapeuten verschiedener Arbeitssettings hinsichtlich der Qualität ihres Arbeitsengagements und des Erlebens des therapeutischen Geschehens gefunden werden.

Genauere Untersuchungen, welche Einflussfaktoren das Arbeitsengagement deutscher Psychotherapeuten beeinflusst und welche Effekte qualitätssichernde Maßnahmen wie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung dabei haben können sind für die Zukunft wünschenswert. Zeeck et al. (2012) fordern zudem, dass die genauen Prozesse, wie Supervision und Eigentherapie aufreibende Arbeitserfahrungen im therapeutischen Alltag mindern und positive, stärkende Arbeitserfahrungen steigern können in Zukunft noch genauer erforscht werden sollte. Weiterhin sollten Unterschiede zwischen Therapeuten in unterschiedlichen Arbeitssettings differenzierter und in größerem Umfang untersucht werden. Konstant weisen Befunde auf Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen hin (Norcross & Prochaska, 1983; Norcross, 2005). Einige weitere Erkenntnisse zu diesem jungen, aber für die psychotherapeutische Versorgungsforschung und Qualitätssicherung so wichtigen, Forschungsthema, sollte diese Arbeit liefern.

Dennoch weist auch diese Studie eine Reihe von Limitationen auf, welche im Hinblick auf die Ergebnisse und deren Interpretation zu beachten sind. Zum Einen wurde von positiver und unterstützender Supervision ausgegangen. Wie unter Punkt 2 dargestellt gibt es allerdings

auch negative Effekte von Supervision (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Eichert, 2008; Rappe-Giesecke, 2009). Dies wurde nicht differenziert betrachtet. Ebenso wurde lediglich die Quantität der Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfasst und für die Auswertung genutzt, nicht aber die Qualität der Maßnahmen, welche die Therapeuten nutzten. Da jede Supervision und jeder Supervisor anders ist, lässt sich dies natürlich auch nicht objektiv messen und vergleichen. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch für Intervision und Selbsterfahrung. Eine generelle Limitation zahlreicher Studien zu diesem, wie auch anderen Themen, ist die Akquise der Daten durch Selbstauskunft. Ein weiterer kritischer Punkt ist selbstverständlich die geringe Rücklaufquote. Möglicherweise wäre eine Kombination aus Emailversendung und postalischer Versendung des Fragebogens eine bessere Option gewesen und hätte mehr Therapeuten zur Teilnahme bewogen, da sich eine Email schnell "wegklicken" lässt, wobei ein Fragebogen im Papierformat erinnernd auf dem Schreibtisch liegt. Die Länge von 10 Seiten ist dabei sicher auch ein zu bedenkender Faktor. Aber um zahlreiche Daten zu erfassen ist ein gewisser Umfang unvermeidbar. Die Therapeuten, welche sich die Zeit für die Bearbeitung des Fragebogens nahmen, sind möglicherweise nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Psychotherapeuten Baden-Württembergs. Einschränkungen gibt es selbstverständlich auch bezüglich weiterer Generalisierungen der Befunde. Auch wenn die demografischen Gesichtspunkte der Therapeuten der Studie daraufhin deuten, dass die Grundgesamtheit der Therapeuten in Deutschland gut abgebildet werden konnte, ist eine Stichprobenanzahl von 154 doch relativ gering für die untersuchte Fragestellung. Die geringen Reliabilitäten der Skalen Healing Involvement und Stressful Involvement sowie deren Subskalen sind in den meisten Fällen nicht zufriedenstellend und deuten auf Einschränkungen hinsichtlich der Messgenauigkeit hin. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sind die Ergebnisse der Studie differenziert zu betrachten, stützen zum Teil bisherige Forschungsergebnisse und werfen neue Fragestellungen für zukünftige Studien auf.

Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Aldag, A. (2014). *Supervision, Intervision und Selbsterfahrung als Implikatoren für die Weiterentwicklung intra- und interpersoneller Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Medical School Hamburg, Hamburg.
- Alexander, F. & Frensch, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Wiley Press.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg, W. M. Pinsof, L. S. Greenberg, W. M. Pinsof (Eds.) , *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York, US: Guilford Press.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(03), 317-331.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der 'Helping Alliance Questionnaire' (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. = The 'Helping Alliance Questionnaire' (HAQ) by Luborsky. *Psychotherapeut*, 40(1), 23-32.
- Best, D. (2005). Die rechtlichen Voraussetzungen für QM in niedergelassenen Praxen. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5 (3), 121-124.
- Boeger, A. (2013). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte : Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.). (2013). *10 Tatsachen zur Psychotherapie: BPtK-Standpunkt*. Berlin: KomPart.

- Callahan, J. L., Almstrom, C. M., Swift, J. K., Borja, S. E., & Heath, C. J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training And Education In Professional Psychology*, 3(2), 72-77.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comprehensive study of psychotherapy*. Oxford: John Hopkins University.
- Gaebel, W. (1995). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Nervenarzt*, 66, 481-493.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130-145.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Inhalt und Prozess*. Lengerich: Pabst.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Hartmann, A., Schröder, T., Orlinsky, D.E., & Zeeck, A. (2010). *Psychometric properties and application of the Therapist Work Involvement Scales: A Short form of the Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, 41st International Meeting, Asilomar, Californien.

- Heinemann, C., & vor der Horst, T. (2009). *Gruppenpsychotherapie mit Kindern : Ein Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Hrsg.) , *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Inman, A.G., Hutman, H., Pendse, A., Devdas, L., Luu, L. & Ellis, M.V. (2014). Current Trends concerning Supervisors, supervisees, and clients in clinical supervision. In C.E. Watkins (Hrsg.), *Wiley international handbook of clinical supervision* (61-102). Oxford: Wiley.
- Jacobi, F., Poldrack, A.& Hoyer, J. (2001). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie- Probleme, Strategien, Optionen. In J. Sturm & R.T. Vogel (Hrsg.). *Neue Entwicklungen in der Psychotherapie und Psychosomatik* (161-185). Lengerich: Pabst.
- Jassen, J. & Laatz, W. (2013). *Statistische Datenanalyse mit SPSS: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (8.Auflage). Berlin: Springer Gabler.
- Jenni, R. (2006). Was unterscheidet den Kollegialen Austausch von der Kollegialen Beratung? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 7-8/06, 48-51.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006). Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für die vertragsärztliche Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (3), 143-146.

- Kolden, G. G. (1991). The generic model of psychotherapy: An empirical investigation of patterns of process and outcome relationships. *Psychotherapy Research*, 1(1), 62-73.
- Laireiter, A.-R. (2008). Selbsterfahrung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual, 4. Auflage* (79-84). Berlin: Springer.
- Laireiter, A.-R. (2010). Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung von Psychotherapien. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie, 2. Auflage* (385-404). München: CIP-Medien.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lieb, H. (2000). Evaluationsstudie IFKV Bad Dürkheim: Veränderung durch Selbsterfahrung-Wirkvariablen der Selbsterfahrung. In Laireiter, A. R. (Hrsg.): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde*. Forum 42. Tübingen: dgvt.
- Lippmann, E. D. (2013). *Intervision: Kollegiales Coaching professionell gestalten* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal Of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Müller, L. & Müller, A. (Hrsg.). (2003). *Wörterbuch der analytischen Psychologie*. Düsseldorf und Zürich: Walter.

- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal Of Clinical Psychology*, 61(12), 1467-1483.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1983). Psychotherapists in independent practice: Some findings and issues. *Professional Psychology: Research And Practice*, 14(6), 869-881.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nübling, R. (2012). Noch einmal (und immer wieder): Die Psychotherapie braucht (eine gute, kontinuierliche, überregionale, substanzielle,...) Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 235-239.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch*, (49-74). Tübingen: DGVT.
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, J., Möbner, K., Möller, H. & Winfried, R. (2012). Praktiken und Erleben von Supervision/ Intervision von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 216-222.
- Orlinsky, D. E. (2009). The 'Generic Model of Psychotherapy' after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal Of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339.
- Orlinsky, D. E. (2013). Reasons for personal therapy given by psychoanalytically oriented psychotherapists and their effects on personal wellbeing and professional development. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 644-662.

- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., ... & SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9 (2), 127-153.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin, S. L. Garfield, A. E. Bergin, S. L. Garfield (Hrsg.) , *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)* (pp. 270-376). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal Of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botersman, J., Cierpka, M., & ... Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 203-215.
- Orlinsky, D. & Rønnestad, H. (2005). *How Psychotherapists develop: a study of psychotherapeutic work an professional development*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Petrowski, K., Hessel, A., Eichenberg, C. & Brähler, E. (2014). Occupational Stressors in practicing psychological Psychotherapists. *Health*, 6 (5), 378-386.
- Philipp, M., & Laux, G. (2008). Qualitätsmanagement in der psychiatrischen Therapie und Versorgung. In *Psychiatrie und Psychotherapie* (985-1001). Berlin: Springer.
- Piechotta, B. (2008). *Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie*. PsyQM: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen, 43-100. Heidelberg: Springer.
- Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Wilcox, N. S. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal Of Psychotherapy Integration*, 1(2), 103-120.

- Rappe-Giesecke, K. (2002). Die konzeptionelle Entwicklung der Supervision in den letzten zwanzig Jahren. *Supervision (2)*, 55-65.
- Rappe-Giesecke, K. (2009). *Supervision für Gruppen und Teams* (4. Auflage) Heidelberg: Springer.
- Raquepaw, J. M., & Miller, R. S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research And Practice*, 20(1), 32-36.
- Rieck, T., Callahan, J. L., & Watkins, C. J. (2015). Clinical supervision: An exploration of possible mechanisms of action. *Training And Education In Professional Psychology*, 9(2), 187-194.
- Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271-275.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling & Development*, 71 (4), 396-405.
- Rønnestad, M. H. & Skovolt, T. (1997). Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42 (5), 299-306.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of career development*, 30(1), 5-44.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 1(4), 323-330.

- Scheidt, C. E. (1996). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin: Mitteilung der Qualitätsbeauftragten eines Zusammenschlusses von AWMF-Gesellschaften. *Psychotherapeut*, 41, 250-253.
- Schleu, A. (2015). Ziel: Standards und Transparenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 1, 22-23.
- Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen im Erwachsenenalter- Spezielle Indikationen – Glossar (Band 2) (3.Auflage)*. Heidelberg: Springer.
- Senf, W., Broda, M. & Wilms, B. (Hrsg.). (2013). *Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Siller, G. (2008). *Professionalisierung durch Supervision: Perspektiven im Wandlungsprozess sozialer Organisationen*. Wiesbaden: Verlage für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage.
- Sonnenmoser, M. (2008). Qualitätssicherung gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 413-414.
- SPSS, I. (2011). IBM SPSS Base, Version 20.0. New York: IBM Corporation.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer
- Tietze, K.-O. (2010). *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkung von kollegialer Beratung: Theoretische Entwürfe und empirische Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wampold, B. E., & Brown, G. (. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Wrape, E. R., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., & Watkins, C. J. (2015). An Exploration of Faculty Supervisor Variables and Their Impact on Client Outcomes. *Training And Education In Professional Psychology*, 9(1), 35-43.

Wydra, G. (2005). *Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FHWB). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens. Testmanual* (5. Überarbeitete Fassung). Saarbrücken: Sportwissenschaftliches Institut der Universität des Saarlandes.

Zeeck, A., Orlinsky, D. E., Hermann, S., Joos, A., Wirsching, M., Weidmann, W., & Hartmann, A. (2012). Stressful involvement in psychotherapeutic work: Therapist, client and process correlates. *Psychotherapy Research*, 22(5), 543-555.

Online Angaben

Bundespsychotherapeutenkammer. (2014). *Versorgung psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Befragung der in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen angestellten Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html> [17.08.2015]

Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012). *Supervision: Ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit*. Verfügbar unter: http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf [23.06.2015]

Eichert, H.-C. (2008). *Supervision und Ressourcenentwicklung: Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie*. Köln, Universität zu Köln. Verfügbar unter: <http://kups.ub.uni-koeln.de/2405/> [01.07.2015]

Falender, C. A. (2004). *Clinical supervision: A Competency-based Approach*. Verfügbar unter: <http://skcp.ca/Dr.%20Falender%20Presentation%20May%2027-28,%202009%20-%20Clinical%20Supervision/Clinical%20Supervision%20-%20Power%20Point%20Presentation.pdf> [23.06.2015]

Fleischmann, G. (2010). *Kompetenz von Supervisoren: Zur supervisorischen Handlungskompetenz in der Beratungskonzeption*. Online veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/11920/1/2010-07-13_0402963.pdf [23.06.2015]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und – psychotherapeuten im Krankenhaus*. Verfügbar unter:

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/Aus_Fort_und_Weiterbildung/Fortbildung/20090319_fortbildungsregelung-g-ba_fachärzte-pp-kjp-im-kh.pdf [08.05.2015].

Gosselin, J., Barker, K. K., Kogan, C. S., Pomerleau, M., & d'Iorio, M. P. (2015). Setting the Stage for an Evidence-Based Model of Psychotherapy Supervisor Development in Clinical Psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, Verfügbar unter: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2015-24710-001/> [02.07.15]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004). *Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V*. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Fortbildungsregelung_der_KBV.pdf [22.07.2015]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/421.php> [17.07.2015]

Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland: Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung: Ergebnisbericht*. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513_nuebling_etal_ambulante_pt_ -versorgung_ergebnisbericht.pdf [17.08.2015]

Rappe-Giesecke, K. (2000) *Was sind Standards effektiver und qualifizierter Supervision?* Verfügbar unter: http://www.rappe-giesecke.de/media/dokumente/veroeffentlichungen/text_was_sind_standards.pdf [30.06.2015]

Reddy, V. (2010). *Supervision – Intervision – Kollegiale Fallberatung – Coaching – Balint Gruppe: Gibt es da überhaupt einen Unterschied?* Verfügbar unter: <http://www.mevnews.ch/?p=48> [02.07.2015]

Stangl online Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2012). *Intervision*. Verfügbar unter: <http://lexikon.stangl.eu/4644/intervision/> [02.07.2015]

Statistisches Bundesamt (2011). *Gesundheit: Personal 2011*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.html [17.08.2015]

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, R. (2010). *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Verfügbar unter: http://www.psychotherapeutenkammer-bw.de/archiv/news2011/pdf/110216_studie_dptv.pdf [17.08.2015]

Anhang A



Fragebogen zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung

1. Angaben zur Person

1.1 Alter _____ 1.2 Geschlecht männlich weiblich

1.3 Verfahren, das Ihrer Approbation als Psychotherapeutin/Psychotherapeut zu Grunde liegt

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Andere Verfahren (bitte spezifizieren Sie) _____

1.4 Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig? (Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.)

_____ Jahre _____ Monate

2. Wie lange sind Sie in den folgenden Settings jeweils tätig gewesen? (Beziehen Sie Zeiten während und nach Ihrer Ausbildung mit ein. Falls überhaupt nicht, notieren Sie 0, geben Sie auch Teile von Jahren an) Und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin tätig?

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
2.1 Öffentliche stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Öffentliche ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Private stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.3 Private ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.4 Private Gemeinschaftspraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.5 Private Einzelpraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.6 Beratungsstelle	____/____	<input type="checkbox"/>
2.7. Andere (Bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

3. Wie lange sind Sie in den folgenden Versorgungsbereichen jeweils tätig gewesen und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/ Psychotherapeutin tätig?

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
3.1 Akut-Psychosomatik	____/____	<input type="checkbox"/>
3.2 Psychiatrie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.3 Psychosomatische Rehabilitation	____/____	<input type="checkbox"/>
3.4 Ambulante Psychotherapie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.5 Andere (bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

4. Schätzen Sie bitte die Anzahl der Fälle, die Sie insgesamt unter den folgenden therapeutischen Rahmenbedingungen behandelt haben bzw. geben Sie an, wie viele Sie aktuell in Behandlung haben:

		Fälle insgesamt	Fälle aktuell
4.1	Einzeltherapie (Anzahl der Patienten)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.2	Paartherapie (Anzahl der Paare)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.3	Familientherapie (Anzahl der Familien)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.4	Gruppentherapie (Anzahl der Gruppen)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.5	Andere (bitte spezifizieren Sie)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle

5. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen sind **bei Ihnen** in persönlicher Therapie gewesen? (bitte schätzen Sie) ca. _____
6. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen haben **Sie persönlich** supervidiert? (bitte schätzen Sie) ca. _____

7. Allgemeine Fragen zur Supervision, Selbsterfahrung und Intervision (Mehrfachnennungen sind möglich)

- 7.1 Wie häufig nehmen Sie aktuell **Supervision** in Anspruch?
 wöchentlich 1-2 mal/Monat 1-2 mal/Quartal weniger als 1 mal/Quartal
- 7.2 Diese **Supervision** findet üblicherweise statt
 im Einzelsetting im Gruppensetting
- 7.3 Wann haben Sie das letzte Mal **Supervision** in Anspruch genommen? _____
 vor ca.1 Woche vor ca.1 Monat vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) → _____
- 7.4 Wie viele Stunden **Supervision** haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? _____
- 7.5 Für wie viele Fälle haben Sie **Supervision** insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? _____
- 7.6 Wie viele Stunden **Supervision** haben Sie insgesamt etwa in Ihrer bisherigen therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen? _____
- 7.7 Wie viele Stunden davon entfallen auf die Ausbildung? _____

- 7.8 Wie häufig nehmen Sie aktuell **Intervision** in Anspruch?
 wöchentlich 1-2 mal/Monat 1-2 mal/Quartal weniger als 1 mal/Quartal
- 7.9 Diese **Intervision** findet üblicherweise statt
 im Einzelsetting im Gruppensetting
- 7.10 Wann haben Sie das letzte Mal **Intervision** in Anspruch genommen? _____
 vor ca.1 Woche vor ca.1 Monat vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) → _____
- 7.11 Wie viele Stunden **Intervision** haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? _____
- 7.12 Wie viele Stunden **Intervision** haben Sie insgesamt etwa in Ihrer therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen? _____

- 7.13 Wie häufig nehmen Sie **aktuell Selbsterfahrung** in Anspruch?
 wöchentlich 1-2 mal/Monat 1-2 mal/Quartal weniger als 1 mal/Quartal
- 7.14 Diese **Selbsterfahrung** findet üblicherweise statt
 im Einzelsetting im Gruppensetting

7.15	Wann haben Sie das letzte Mal Selbsterfahrung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> vor ca.1 Woche <input type="checkbox"/> vor ca.1 Monat <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) →	_____
7.16	Wie viele Stunden Selbsterfahrung haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.17	Wie viele Stunden Selbsterfahrung haben Sie bisher insgesamt in Anspruch genommen?	_____

8. Gründe für die Inanspruchnahme von Supervision, Selbsterfahrung und Intervention
Bitte tragen Sie je nach Inanspruchnahme eine Zahl von 1 – 5 in die jeweiligen Leerstellen ein. Dabei gilt: 1= "trifft überhaupt nicht zu" bis 5= "trifft völlig zu)

	Supervision	Selbsterfahrung	Intervention
8.1	_____	_____	_____
8.2	_____	_____	_____
8.3	_____	_____	_____
8.4	_____	_____	_____
8.5	_____	_____	_____
8.6	_____	_____	_____
8.7	_____	_____	_____
8.8	_____	_____	_____
8.9	_____	_____	_____
8.10	_____	_____	_____
8.11	_____	_____	_____
8.12	_____	_____	_____
8.13	_____	_____	_____
8.14	_____	_____	_____
8.15	_____	_____	_____
8.16	_____	_____	_____
8.17	_____	_____	_____

9. Subjektive Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Supervision, Selbsterfahrung und Intervention einerseits und Ihrer persönlichen Weiterentwicklung und Ihrer fachlichen Kompetenz

	sehr niedrig sehr hoch						
	0	1	2	3	4	5	6
9.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang B

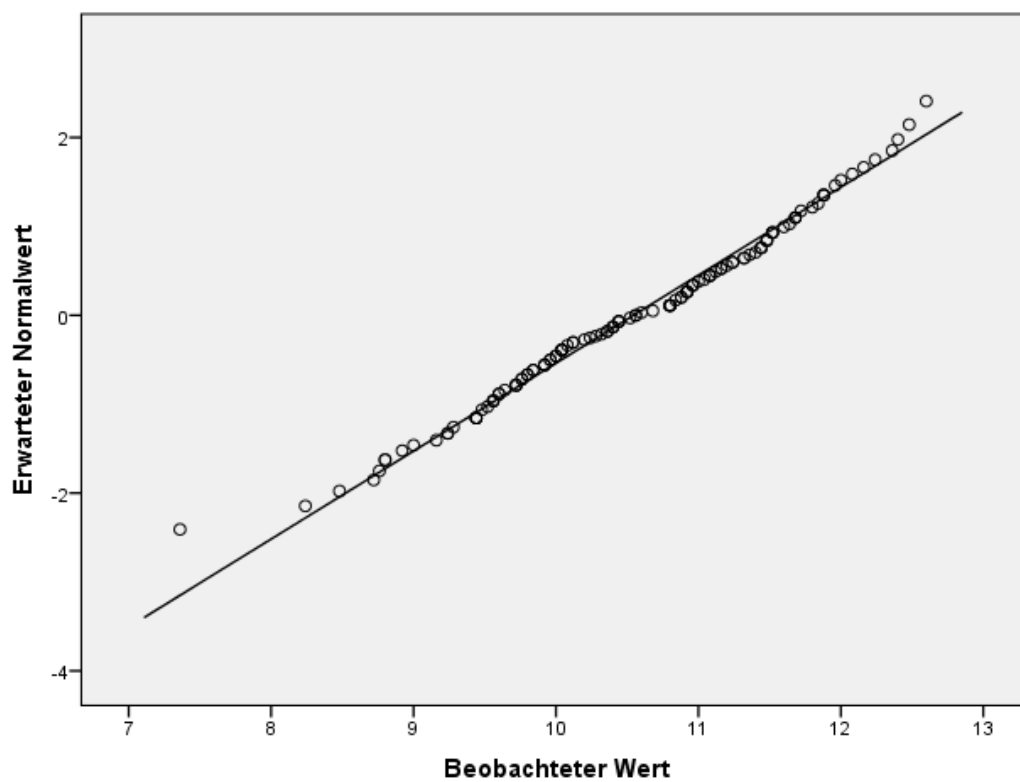


Abb. 4 Q-Q-Diagramm der Verteilung der Meßwerte von Healing Involvement

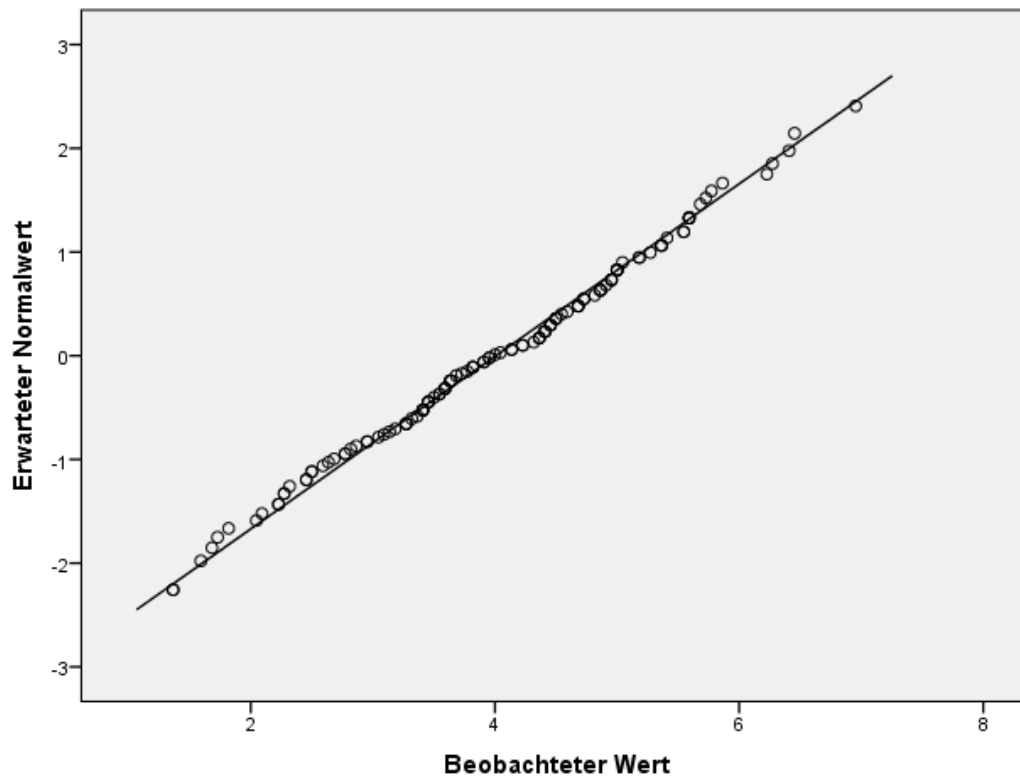


Abb. 5 Q-Q-Diagramm der Verteilung der Meßwerte von Stressful Involvement