

Volkmar Ellmauthaler — Angela Reisenzahn (Protokollführende Praktikantin)

Supervision als Fortbildung

Arbeit mit einer Abteilung am Wiener Allgemeinen Krankenhaus.
Prozessbegleitende Dokumentation des Modells von ^{Mag.} Dr. V. Ellmauthaler
vom 18.01.2003 bis 11.12.2004 – mit zwei Vorbereitungs-Terminen 2002

1. Vorbemerkung des Projektleiters.

Als in den 1980-er Jahren grobe Verfehlungen des Pflegepersonals und Fälle von Tötungsdelikten in einem Wiener Krankenhaus ruckbar wurden und die klar erforderlichen Konsequenzen nicht nur innerhalb des Rechtsstaates in Form von strafrechtlicher Verfolgung der TäterInnen, sondern auch politisch reiften, bildete sich unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Hans Strotzka, Univ.-Doz. Dr. Raoul Schindler, Dr. Stephan Rudas und anderen ein Proponenten-Team, das sich die Aufgabe stellte, ein längst vorhandenes Modell der **klinischen Supervision** und begleitenden Beratung von Pflegepersonal (auch ÄrztInnen) an Wiener Spitälern einzurichten, zunächst vor allem, um Burn-out und kriminellen Exzessen vorzubeugen. In dieses Team wurde ich 1989 von Dr. Schindler als Doktorand und Rangdynamiker eingeladen und habe es nach rund acht Jahren zugunsten einer fachlich anders orientierten Arbeit verlassen.

Die wachsende Institutionalisierung der klinischen Supervision brachte einige Vorteile:

Erste Bewusstseinsbildung, zunächst oberflächliche, bei merkbaren Erfolgen tiefer greifende Akzeptanz der Einrichtung „Supervision“, Ausweitung der Bekanntheit über die Grenzen der jeweiligen Arbeitsgruppen hinaus, Finanzierung durch eine Teilorganisation des Arbeitgebers und damit Sicherung des Angebotes vor allem während der Dienstzeiten mit Abgeltung von anfangs 1:1,5 (später 1:1, zuletzt: ohne) für TeilnehmerInnen, die aus der Freizeit hinzukamen.

Folgende Nachteile waren zu verzeichnen:

1. Mangelnde Weitergabe grundlegender Information:

Da von der Trägerorganisation (in Wien: KAV, Krankenanstaltenverbund) finanziert, entstand bei zahlreichen Leitenden im Pflegedienst die Phantasie, es sei nun ein exklusives Recht oder auch eine Verpflichtung, als Dienstnehmer an Supervisionen teilzunehmen oder die unterstellten DienstnehmerInnen oft auch entgegen dem Grundsatz der Freiwilligkeit zur Teilnahme an Supervisionen zu drängen, ohne in der Entscheidungsphase für Aufklärung und die nötige faktische Information zum Thema sorgen zu können.

2. Strukturelle und konzeptuelle Problematik:

Die Konstruktion der organisierten Supervision bekam folgende Struktur:

Weisungsbefugter Arbeitgeber und Geldgeber waren eng assoziiert, die Organisation der SupervisorInnen und deren Honorierung erfolgte zwar über die Psychosozialen Dienste, diese jedoch standen in einem engen Zusammenhang mit der KAV, wodurch für SupervisorInnen eine **triangulierte Abhängigkeit** entstand, aus der sich **Blockierungen** ergeben konnten:

So konnte ein Vorgesetzter einer Gruppe SupervisandInnen auftragen, Supervision auf eine geringere Stundenzahl als vereinbart zu beschränken, oder konnte die Organisatorin der PSD einer Supervisandengruppe mitteilen, dass deren Supervisor ab nun nicht mehr zur Verfügung stünde, und konnte es vorkommen, dass der/die SupervisorIn von solchen Entscheidungen nicht durch die Entscheidungsträger, sondern durch die ihm zugeteilte Gruppe erfuhr und somit die primäre Supervisionsvereinbarung von außen durch Strukturen außer Kraft gesetzt werden konnte, denen gegenüber die Gruppe der SupervisandInnen jedenfalls weisungsgebunden war. Verweigerern war so ein unüberprüfbares Argument zur Aufkündigung gegeben.

3. Phantasiebildungen seitens der prospektiven SupervisandInnen:

Als nachteilig erwies sich die beschriebene – immerhin über zehn Jahre lang wirkende – Konstruktion von Supervision auch eine (durch Informations-Defizite begünstigt) nicht ausreichend artikulierte, daher ohne Bearbeitbarkeit wirksame, irrationale **Phantasiebildung**.

Diese konnte so stark werden, dass Teams, die noch nie Erfahrung mit Supervision gemacht hatten, dieser **aus irrationalen Motiven zustimmten** (und sich anschließend, während der konkreten Arbeit um ihre Vorstellung betrogen fühlten) **oder sie vorweg ablehnten**, weil die an der Meinungsbildung maßgeblich beteiligten Mitglieder bisweilen der Auffassung waren, Supervision wäre für solche Team-Mitglieder gedacht, die „psychische Probleme“ hätten. Zu einer Kategorie mit dermaßen niedrigem **Sozialprestige** (!) wollte niemand gezählt werden.

So spannte sich bald ein Netz von unüberwindlichen, weil **innerpsychischen und systemimmanenten Widerständen** hinter dem Netz von **faktischen Abhängigkeiten** zwischen SupervisorInnen und SupervisandInnen auf, dem die institutionalisierte „PSD-Supervisions-Szene“ kaum wirksam entgegen trat. Hindernissen wurde anfangs durch vermehrte Strukturierung (Bildung einer eigenen Organisationsstruktur für die rund 130 SupervisorInnen innerhalb der PSD) zu begegnen versucht. Dieses Bemühen zeigte allerdings nur geringe Wirkung.

Hinzu kam, dass die unterschiedlichen hierarchischen Strukturen in keinem einzigen Fall Interesse an einer gemeinsamen Supervision zeigten, ganz im Gegenteil kam es öfters zu der Situation, dass SupervisandInnen durch autoritäre Ärzte ohne Rücksicht aus der Arbeit herausgeholt wurden und nach Einwänden seitens des Supervisors die Supervision mit Hinweis auf das Dienstrecht (Verfügbarkeit der Dienstnehmer im Dienst) ärztlicherseits abgesagt wurde.

Stand der Dinge derzeit ist eine schwierig zu beurteilende Szene institutionalisierter Supervision an einigen städtischen Spitälern (Kostenträger KAV – Stadt Wien), eine weitgehende „positive Beurteilung unter Verweigerung von konkreter Annahme“ von Supervision ebendort, desgleichen aber auch in intra- und extramuralen Einrichtungen privater Kostenträger.

4. Der Bekanntheitsgrad des Begriffes „Supervision“ ist in einem Jahrzehnt nicht verbessert worden. Von zahlreichen MitarbeiterInnen wird auf Befragung blande Unkenntnis demonstriert, was den Schluss zulässt, dass das **bisherige Konzept** der klinischen Supervision mit dem **Fokus auf Krisenintervention** nicht den erwarteten durchschlagenden Erfolg zeigte und daher günstigsten Falles in Vergessenheit geriet – sogar bisweilen keinen guten Ruf hatte.

5. In Supervisorenkreisen wiederum hat sich während dieser Jahre die Idee fixiert, Supervision im Spitalsbereich sei eben ein besonders schwieriges Gebiet, das zudem auch kaum konkret messbare positive Auswirkungen struktureller und sozialpsychologischer – oder psychohygienischer – Natur zeige, und dass es deshalb nicht empfehlenswert sei, sich einer solchen „verlorenen Liebesmüh“ (frei nach Shakespeare) überhaupt zu widmen oder sich auf dieses Feld fachlich besonders vertiefend zu konzentrieren.

Eine damit verbundene Phantasie ist daher, **keine besonderen Kenntnisse** der spezifischen klinischen Abläufe oder einer „klinischen Sprache“ mitbringen zu müssen, um Supervision in diesem Feld anbieten zu können. So finden sich oft AnfängerInnen und „Multitalente“ als Anbieter eines meist unspezifischen Supervisionskonzeptes, das kaum Rücksicht auf die sehr vielfältigen und oft hoch spezifischen Bedingungen im klinischen Betrieb nehmen kann oder will, was die Effizienz – parallel mit der Akzeptanz – von Supervision dort weiter minimiert.

Aus all diesen Gründen scheint **Supervision im herkömmlichen Sinn** zur Zeit im klinischen Bereich – ganz im Gegensatz zum höchst modischen „Coaching“ in der freien Wirtschaft – **rückläufig** und mit einer gewissen Grundstimmung aus Misstrauen und Ablehnung behaftet zu sein, die sich wohl aus einer gehörigen Anzahl misslungener Versuche Gruppensupervision, fast immer **ohne Angebot der Nacharbeit!**, in einem Jahrzehnt naturgemäß ergeben musste.

6. Supervision durch PsychotherapeutInnen:

Supervision soll von befähigten, mit dem klinischen Feld gründlich vertrauten Persönlichkeiten durchgeführt werden. – Dann erst wird die Frage nach dem **Quellberuf** obsolet. Supervision ist kein eingetragener Beruf. Sie wird von regulär ausgebildeten SupervisorInnen, aber auch von PsychotherapeutInnen mit Neigung zum Krisenmanagement in Organisationen ausgeübt. Faktum ist, dass **PsychotherapeutInnen** auf Grund einer unspezifischen Zusatzausbildung und ihrer allgemeinen Berufsberechtigung auch Supervision anbieten können, hingegen **SupervisorInnen** umgekehrt keine Psychotherapie anbieten dürfen, selbst wenn sie entsprechende Aus- oder Fortbildungen durchgemacht hätten.

Die Berufsvertretung der Psychotherapie betont aus standespolitischen Motiven immer wieder, PsychotherapeutInnen seien die „besser befähigten“ BeraterInnen, daher auch kompetentere SupervisorInnen. Zugleich sind eingetragene SupervisorInnen immer öfter im Quellberuf auch PsychotherapeutInnen. So konnte sich eine Art „selbst bestätigender öffentlicher Meinung“ bilden, wonach ein „archaischer“ Verdacht, Supervision sei bloß eine „verdeckte“ Form der Psychotherapie, weiter Nahrung erhielt – insbesondere, als sachliche Richtigstellungen seitens der etablierten Psychotherapie eher selten geäußert wurden. Gegen ein kollektives „inneres Anschauungsbild“ kann, zugegeben, ohnehin kaum ein rationales Argument antreten. In der irrigen Annahme, Supervision sei eine Sonderform der Psychotherapie, um **psychisch labile MitarbeiterInnen**, die das „nötig hätten“, zu „**korrigieren**“, entwickelte sich in der Praxis eines der gängigsten Hindernisse, selbst einen ersten Informationsaustausch über die Nutzbarkeit eines fundierten Supervisionsangebotes zu akzeptieren. Dabei ist auch der „österreichische“ Hang, psychische Hilfe bzw. die Akzeptanz von psychischen Störungen überhaupt abzuwehren, wohl ein nicht unwesentlicher Co-Faktor, dem **gelebtes Desinteresse** seitens der Entscheidungsträger folgt: Wer betont, Supervision nicht zu brauchen, hält sich für kompetent. Angebote werden oft abgelegt, vergessen oder etwa mit dem vagen Hinweis auf einen ohnedies vorhandenen Spitals-Psychologen beantwortet, der „das ja bei Bedarf übernehmen kann“.

Unserer Einschätzung nach stellt eine solche Aussage häufig eine **Abwehr von irrationalen Ängsten auf der Ebene der je beruflichen Entscheidungskompetenz** dar.

Supervision ist *per definitionem* keine Psychotherapie. Diese dem Grunde nach wahre Aussage scheint dabei kaum als relevant wahrgenommen zu werden. – **Die großen Vorteile einer tatsächlich nicht-therapeutischen Arbeit werden dabei vielfach unterschätzt.**

Inwiefern hier aus Sicht der Psychoanalyse ein Phänomen im Sinne eines **intra- bzw. intergruppalen Widerstandes** als wirksam angesehen werden kann, und welche Möglichkeiten der fachlich korrekten Intervention oder strukturellen Neuorganisation sich daraus ableiten lassen, bleibt künftig zu ergründen.

Das nun im Erprobungsstadium befindliche neue Modell geht von diesen Schwierigkeiten aus und entzieht sich zugleich nach Möglichkeit der bekannten Gegenabhängigkeit, nämlich nun alles „genau anders als...“ oder „im Gegenteil besser als...“ machen zu wollen.

Das neue, integrative Konzept:

Konzeptuell wird auf ein sehr erfolgreiches Modell des Arztes, Psychoanalytikers und Beziehungsforschers **Dr. Michael Balint** aus den Fünfzigerjahren des vorigen Jahrhunderts zurückgegriffen, das Balint an der Tavistock-Klinik in London durchführte und auch publizierte. Damals wurde ausschließlich mit einer **Gruppe von Ärzten** gearbeitet, um deren externe Beziehungssysteme innerhalb einer wissenschaftlich begleiteten Probandengruppe zu „spiegeln“.

Der im Sozialprestige deutlich **aufwertende Ansatz „wissenschaftlicher Projektarbeit“** war damals bereits ein wesentlicher Beweggrund, an dem Projekt erst einmal teilzunehmen.

Diese Möglichkeit der **psychosozialen „Aufwertung“** der SupervisorInnen wird übernommen. Weiters wird die zugrunde liegende **Technik der Gruppen-Psychoanalyse** übernommen, nicht ohne andere theoretische Ansätze und Interventionstechniken, wie beispielsweise der **Rangdynamik** (Raoul Schindler) und **Gestalttheorie** (Fritz Perls) bei Bedarf einzubeziehen.

Erweitert wird das Balint-Konzept durch die **Einbeziehung aller Berufsgruppen**, welche in der täglichen klinischen Arbeit einer supervidierten Arbeitseinheit (Abteilung/Station) zugeordnet sind, dies – neu – unter Einbeziehung von **VertreterInnen aller Hierarchien**.

So ist in dem gegenwärtigen Modell der ärztliche Leiter, die Stationschwester, eine Psychologin, VertreterInnen der zugeordneten Fach-Ambulanz, des Sekretariats, diensthabende ÄrztInnen und die Mehrheit der systemisierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vertreten.

In Abänderung des Balint-Konzeptes wird in einem zweijährigen Modellprojekt die Arbeit in drei Abteilungen unterteilt:

1. Gruppenfindung und Fall- bzw. Organisationssupervision
2. Fortbildung in Techniken der Selbstorganisation und Intervention
3. Reflexion des eigenen Handelns unter Anwendung der unter 2. erlernten Techniken.

Wesentlicher Ansatz ist aber der, unter Einbindung der Erkenntnisse Balints nicht bloß die „Außenbeziehungen“ der einzelnen ProbandInnen, sondern auch deren gruppeninterne Arbeitsbeziehungen innerhalb einer personell gleich besetzten, jedoch grundlegend anders funktionierenden Supervisions-Arbeitsgruppe zu thematisieren, Konflikte zuzulassen und mit Hilfe klar normierter Interventionstechniken aufzulösen. In weiteren Schritten sind solche Interventionstechniken darzustellen und zu üben, so dass eine neue Fähigkeit nicht nur der Selbst- und Gruppenreflexion, sondern auch der Anwendbarkeit solcher Techniken in der Praxis geübt werden kann.

Dieser Gedanke ist noch nicht Standard und soll während der gegenwärtigen Modellphase auf seine Durchführbarkeit überprüft und auf eine breite Anwendbarkeit mit wissenschaftlichen Methoden evaluiert werden.

Das geplante Setting sieht immer wieder konzentrierte Arbeitsphasen und dazwischen eingestreute Kontroll-Termine vor. Hier kann es auf beiden Seiten zu Anpassungen und strategischen Feinabstimmungen kommen. Das ist auch ein Grund, weshalb das Konzept nach Ende der Projektphase erst im Detail beschrieben werden kann.

Die Rahmenbedingungen stehen allerdings fest.

Die Funktion des Projektleiters ist die des Supervisors und Fortbildners bezüglich der SupervisorInnen.

Zugleich ist der Projektleiter auch Coach für eine bis drei AusbildungskandidatInnen, die den Status von abstinente BeobachterInnen einnehmen und in Zusammenarbeit mit dem Projektleiter Dokumentation und wissenschaftliche Aufarbeitung des Gruppenprozesses vornehmen.

Insgesamt handelt es sich dabei also um ein Modellprojekt, das an unterschiedlichen klinischen Einrichtungen zur Anwendung kommen kann, so es sich in der Arbeitsphase bewährt und die Dokumentation – anonymisiert – als Grundlage für eine seriöse Entscheidungsfindung durch andere Gruppen (der selben oder anderer Meta-Strukturen) herangezogen werden kann.

Das Konzept Balints wird nicht nur bezüglich Setting, sondern auch in Umfang und Frequenz den heute vorliegenden Bedürfnissen angepasst:

Das Modell der Fortbildung wurde zwar ebenfalls innerhalb der Dienstzeit bewilligt, kann aber naturgemäß nur dann mit allen Interessierten stattfinden, wenn dadurch der klinische Ablauf nicht gestört wird.

Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass sehr intensive **Ganztages-Seminare** auswärts sich mit zeitlich gedehnt anberaumten **Kontrollterminen** abwechseln. Dadurch ist zwar die ehemals als Standard betrachtete wöchentliche oder zweiwöchentliche Periodizität aufgehoben, soll aber dennoch eine verbesserte Effizienz erreicht werden.

(Nebenbemerkung: Bei den auch aus finanziellen Gründen zuletzt stark reduzierten „PSD-Supervisionen“ kann die jenem Modell zugrundeliegende zweiwöchentliche Frequenz, allerdings ohne ausgleichende Vorteile und ohne das Angebot der Nachbearbeitung, ebenfalls nicht aufrecht erhalten werden.)

Insofern ist es eine spannende konzeptuelle und supervisions- bzw. interventionstechnische, aber auch menschlich zutiefst interessante Aufgabenstellung, dem klinischen Bereich vielleicht demnächst eine **adäquate Berufsbegleitung und zugleich Fortbildung** für interessierte **Teams innerhalb einer übergeordneten, komplexen Struktur** anzubieten und dieses Angebot auch einem wissenschaftlichen Diskurs verfügbar zu machen.

Dazu ist selbstredend der Umstand zu berücksichtigen, dass Supervision sich während der Jahrzehnte methodisch wie praktisch weiterentwickelt hat und weiterhin von ExpertInnen auszugestalten sein wird. So kann diese Dokumentation vollinhaltlich nur für den angegebenen Zeitabschnitt gelten, während retrospektiv im Einzelnen durchaus Alternativen denkbar sein werden.

Dr. Volkmar Ellmauthaler

2. Vorbemerkungen aus der Sicht der Beobachterin:

Als Ausbildungskandidatin für die Erlangung der Gewerbeberechtigung der Lebens- und Sozialberater habe ich unter anderem auch eine den Gruppenprozess begleitende Beobachtung zu dokumentieren.

In der Funktion der Beobachterin bin ich bei jeder Gruppensitzung in Stille anwesend. Meine Aufgabe ist es, objektivierbare Vorgänge und Verhaltensmuster, aber auch Veränderungen zu dokumentieren, die sich während des Beobachtungszeitraumes ergeben und die das Verhalten Einzelner, der Gruppe oder der Zusammensetzung der zu beobachtenden Gruppe ergeben.

In meiner Funktion bin ich deshalb für die Gruppenmitglieder weder innerhalb der Sitzungen noch während der informellen Teile ansprechbar, meine eigene Haltung ist diskret und abstinenz, und meine Aufmerksamkeit liegt bei der künstlichen – aber auch realen – Außenposition des „teilnehmenden Beobachters“.

Mir ist bewusst, dass ich als Person sehr wohl an dem Gesamtprozess Anteil nehme. Diese innere Anteilnahme (betreffend meine innere Bewegtheit und meine individuellen Ansichten und Antworten) wird vom Gruppentrainer gesondert gecoacht. Dadurch ergibt sich für mich und meine Ausbildung die Möglichkeit, einen Gruppenprozess, an dem ich nur innerlich teilnehmend – aber in meiner Funktion neutral anwesend – bin, auch für mich exakt zu reflektieren.

Das Ergebnis dieser Reflexion wird nur am Rande hier einfließen, so es für das Verständnis der Dokumentation erforderlich wird.

Für das zweite Jahr ist eine Zusammenarbeit mit Student/inn/en der Universität Wien geplant.

Angela Reizenzahn

3. Voraussetzungen.

Grundvoraussetzung zum Entstehen dieses Projektes sind:

3. 1. die beruflich angespannte Situation einer Gruppe im Bereich der Universitätskliniken und deren Suche nach einer Neuorientierung und Problemlösung
3. 2. die Zusammensetzung dieser Gruppe aus Mitgliedern aller Arbeitsbereiche und Hierarchien
3. 3. der ausdrückliche Wunsch, in einem entsprechenden Setting zusammen nicht bloß Krisenmanagement, sondern auch Fortbildung zu betreiben
3. 4. die geglückte Vorbereitungs-Phase aus drei Begegnungen im Jahr 2002 (ein Zweitages-Seminar auf dem Semmering im Februar, ein Follow-up im Juli und eine Leitenden-Besprechung im Dezember mit Projektplanung und Finanzierung)
3. 5. die Finanzierung der Vorbereitungsphase durch Fa. Pharmacia Austria das kostenlose Follow-up mit Herrn Dr. Ellmauthaler und die Bereitschaft eines Mitgliedes aus der ärztlichen Hierarchie, mit dem Institut für Personalentwicklung der Universität Wien eine Finanzierung (zumindest budgetiert für 2003) auszuhandeln. Diese Aktivitäten zählen bereits im Vorfeld wesentlich zu der gruppenspezifisch relevanten Gruppenfindung und beginnenden Selbstorganisation innerhalb der Strukturen des Arbeitsfeldes (eine Abteilung, Station und Ambulanz) innerhalb des AKH.
3. 6. die Bereitschaft des Institutes für Personalentwicklung der Universität Wien, dieses Projekt zu fördern (Finanzierung des besonders niedrig gestalteten Trainerhonorars und der Saalmieten für auswärtige Ganztages-Seminare)
3. 7. die Bereitschaft aller hierarchischer Linien, sowohl der Ärzte einschließlich des Vorstandes als auch der zugeordneten Ambulanz, sogar des Sekretariats und assoziierter Berufsgruppen wie z.B. Psychologie und Physiotherapie, an dem Modell teilzunehmen.
3. 8. die Verpflichtung, sich nach der Vorbereitungsphase für die Teilnahme an dem zweijährigen Modell zur Verfügung zu halten und die verbindlichen Vereinbarungen – vor allem zur Diskretionsregel und anderen Grundvereinbarungen – einzuhalten.
3. 9. die Bereitschaft, einer standardisierten Beobachtung zuzustimmen
- 3.10. die Bereitschaft, konkrete Arbeitsvereinbarungen zu treffen und einzuhalten.

A. Reisenzahn, Dr. V. Ellmauthaler

4. Eingangsphase

4.1. Zusammenfassung aus der Sicht des Projektleiters

Die Vorbereitung betraf im Wesentlichen das Jahr 2002, einigen Vorgesprächen Ende 2001 folgend. Beteiligt waren ein Oberarzt und der ärztliche Leiter sowie die Stationschwester.

Die Verhandlungen führte der Oberarzt, der auch den Kontakt zum Supervisor und späteren Projektleiter hergestellt hatte.

Dieser Zugang ist zugleich typisch wie auch ungewöhnlich.

Typisch ist er aus dem Kontext der Wiener Verhältnisse, da hier auf Grund der Kenntnis der Person ein „amtswegiger“ Antrag auf Supervision ausfallen konnte und zugleich gezielt ein Supervisor ausgewählt werden durfte, dessen Spezialisierung auf Aus- und Fortbildung mit Schwerpunktbildung Klinische Supervision sich mit den Jahren herumgesprochen hatte.

Ungewöhnlich ist daran, dass die Initiative von ärztlicher Seite ausging und zudem ein besonders elaboriertes, und zum Großteil eben bereits reflektiertes, komplexes Zusammenspiel von einander zugeordneten Berufsgruppen und Abteilungen praktiziert wurde. So stand zunächst nicht die übliche Krisensituation, sondern die Optimierung dieses – organisationsspezifischen – Zusammenspiels im Vordergrund der Betrachtungen. Daraus ergab sich der Wunsch nach kompetenter Begleitung.

Zugegeben, ist ein solcher Zugang zwar nicht frei von den üblichen Fallstricken und Tücken, aber immerhin geradezu optimal für eine wissenschaftlich begleitete Studie, um ein neues Konzept zu dokumentieren und möglicherweise später im klinischen Bereich als ein gangbares Modell zu implementieren.

Zunächst wurde von dem genannten Oberarzt in Zusammenarbeit mit einer österreichischen Pharma-Firma ein Zweitages-Seminar im Hotel Panhans, Semmering, organisiert.

Die Finanzierung und der Seminarort bildeten einen hochwertigen Zugang für alle SupervisandInnen, wobei sowohl für die Ärzte als auch für die anderen Berufsgruppen ein zum Teil gewohnt großzügiges, zum Teil fremdes, aber gleichermaßen Prestige steigerndes wie höchst motivierendes Ambiente als Rahmenbedingung gewählt wurde, worin sich alle auf das Beste finden konnten.

Das **Zweitages-Seminar** diente dann zunächst doch vorerst einem Abstandgewinnen und Bearbeiten anstehender Probleme, wie sie in jeder klinischen Abteilung auftreten.

Analytisch könnte man diese erste Phase auch dem „Präsentiersymptom“ zuordnen, etwas, worüber sich bekannter Weise reden lässt, und was – nach einer Phase der Vertrauensbildung – den schrittweisen Zugang zu Kernproblemen eröffnen hilft.

Die Supervision wurde also zunächst als einmaliger Versuch vereinbart, mit offenen Möglichkeiten für die Zeit danach, in jedem Fall aber mit der Möglichkeit der Nacharbeit.

Im Prinzip wurden seitens des Supervisors schon die beschriebenen Elemente von psychoanalytischen und gruppenspezifischen Interventionstechniken, sowie punktuellen Ansätzen einer denkbaren Fortbildung eingebracht, so dass die Anwesenden ein **griffiges Image** von der praktisch-supervisorischen Arbeit, deren Möglichkeiten aber auch Grenzen, erfahren und damit zum Teil fehlerhafte eigene Ansichten und Vorurteile bereits behutsam ersetzen konnten.

An **praktischen Handwerkszeugen** nahmen die Anwesenden neben der Möglichkeit, einander als **zwar vorgesetzt und unterstellt, doch menschlich gleichwertig begegnen** zu können, auch einen **Impuls zur Selbstorganisation** mit in den beruflichen Alltag, der innerhalb der Folgemonate zu kleinen, aber spürbaren Erleichterungen im Arbeitsablauf führte.

Konkret kam es auch zum Tausch von Räumlichkeiten mit einer anderen Abteilung, was zu einer Vereinfachung in der Regelung Patientenstromes einerseits und zu einer Aufwertung durch Eintausch eines lange begehrten, zwar ebenfalls fensterlosen, aber für interne Zwecke benötigten Raumes andererseits führte. Zudem wurde ein Raum geleert, der zweckentfremdet als ein internes Archiv gedient hatte, und der Nutzung als Rückzugsmöglichkeit für MitarbeiterInnen (genannt „Wut-Kammerl“) mit Gegenständen für Stressabbau durch Bewegung ausgebaut.

Für die zugeordnete, aber örtlich weit entfernt untergebrachte Ambulanz ergab sich der Impuls, ohne Reduktion der Betreuungsqualität für eine Optimierung der zeitlichen Abläufe intern und für eine **bessere Überweisungs-Routine** an die – mehrere Stockwerke höher beheimatete – Station zu sorgen. Sowohl die MitarbeiterInnen der Station als auch der Ambulanz berichteten beim **Follow-up-Termin** sechs Monate später über eine deutliche Zufriedenheit in diesem Punkt.

Diese **Zufriedenheit**, „technische Mittel“ an die Hand bekommen zu haben, kam dem vereinzelt (vornehmlich von ärztlicher Seite) geäußerten Bedürfnis nach weiteren Sitzungen zugute und ermöglichte die weiter führende Planung im Sinne des gegenwärtigen Modellprojektes.

Um Klarheit zu erzielen, wird die Gruppe der SupervisandInnen – unabhängig von der Art ihrer faktischen Zusammenarbeit innerhalb des AKH Wien – künftig als „**Team**“ bezeichnet.

Fachlich gesagt, kam es zu einer – wegen der bis dato verbreiteten Desinformation mehrstufigen – und bis zum ersten Tages-Seminar anhaltend vorsichtigen Einlassung der einzelnen Gruppenmitglieder in die Vorgabe einer Gruppenfindung zum Zweck der Supervision und Fortbildung mit dem Ziel der Selbstorganisation und Intervision.

Dieser Phase der Konstitution als „Fortbildungsgruppe“ wurde besonderes Augenmerk geschenkt, weil hierin erwartungsgemäß die Wurzeln für eine funktionierende Gruppe in Form von Vertrauensbildung und Vereinbarungen liegen können.

Hier äußerten sich vielfach und sehr subtil auch bereits erste Widerstände, kamen einige Gruppenmitglieder unpünktlich zum selbst organisierten Bus-Transport, fanden aber zu einer Lösung, doch noch zum vereinbarten Ort anzureisen, erkrankte ein Teilnehmer und nahm eine Kollegin teil, die bereits dem Arbeitgeber gekündigt hatte und daher für die Fortbildung insgesamt aus Gründen der Gruppen-Kontinuität und Diskretionsregel nicht in Frage kam.

Selbst an dem bereits dritten Treffen der SupervisandInnen wurde mehrfach Erstaunen über die (zum Teil auch lustvolle, „lockere“, und doch sehr konzentrierte und „harte“) Art der konkreten Arbeit geäußert.

Einige Tage nach Ende dieser Einheit kam die konkrete Anfrage, ob noch weitere InteressentInnen an der Gruppe teilnehmen dürften. Vereinbart wurde eine „konstituierende Sitzung“, an der dann bereits die Beobachterin teilnehmen würde, und wonach die Gruppe dann bis auf weiteres geschlossen werden sollte.

Diese Anfrage kann als ein Zeichen für einen weiteren Teilerfolg gewertet werden, allerdings mit dem deutlichen Gedanken an die Möglichkeit eines unbewussten weiteren Hinauszögerns der Gruppenfindungs-Phase und damit einer in kollektiver Angst begründeten Vermeidung der vermeintlichen Arbeit an den „wahren Problemen“, die wohl noch nicht in extenso dargelegt wurden, für die aber das in Aussicht gestellte „Handwerkszeug“ offenbar benötigt wird.

Es folgen – anonymisiert – Schriftsätze, die in Vorbereitung des Modells erforderlich wurden:

An S.g. Frau I.O.
P. A. GmbH

O.-Str. 251
Wien

(11:48) Wien, am 3. Juni 2018

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen, unsere Nachricht vom

Betrifft: Anbot Zweitages-Seminar AKH / OA Dr. T.M.

Sehr geehrte Frau O.,

Ihr Engagement für die extramurale Fortbildung von Ärzt/innen- und Pflegeteams kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Wie versprochen, sende ich Ihnen zwei Varianten für das geplante Wochenende mit der Stationsgruppe des AKH, die von Herrn Dr. M. organisiert wird.

Beide Varianten werden auch bei der geplanten Vorbesprechung diskutiert, es ist deshalb günstig, Ihre Präferenz dann bereits zu kennen.

In der Anlage sende ich Ihnen auch ein wenig Material zu meinem Institut, für den Fall, dass Sie sich ein wenig informieren möchten. Sie sind auch an unsere Internet-Seite eingeladen, wo Sie Genaueres nachsehen können, während wir beruflich im Ausland sind.

Ab dem 21.01. stehe ich gerne für eine eventuelle Rücksprache zu Ihrer Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Volkmar Ellmauthaler

Beilagen wie erwähnt.

„Alternative Techniken im Zusammenhang mit Supervision im Gruppensetting“

Wochenend-Seminar

Hotel Panhans, geplant für den 1. und 2. März 2002

Variante 1.

20 Teilnehmer/innen 1 Trainer

Vorgestellt wird:

Analytische Gruppe nach Balint.

Plenarsituationen und kleine Arbeitskreise wechseln mit einer durchgehenden Gruppe ab. Sollten mehr als 12 TeilnehmerInnen angemeldet sein, kann die Großgruppe auch nach dem „Tandem-Prinzip“ abgehalten werden. Das Tandem-Prinzip eines Innen- und Außenkreises ermöglicht die Erfahrung des „beteiligten Beobachters“ im Wechsel mit der Situation innerhalb der arbeitenden Gruppe.

| | | |
|----------|---------------|---|
| Freitag: | 13:00 – 14:00 | Plenum. Begrüßung, Vorstellen des Konzeptes Funktion und Effektivität der Tandem-Situation als Spiegel der klinischen Situation |
| | 14:15 – 15:00 | analytische Kleingruppenarbeit |
| | 15:00 – 15:30 | Austausch im Plenum informeller Teil |
| | 16:00 – 17:30 | Tandem-Situation I informeller Teil |
| | 19:30 – 20:30 | bioenergetisch-analytische Körperarbeit |
| | 20:30 – 21:00 | Tagesschlussplenum informeller Teil |
| Samstag: | 8:15 – 9:15 | bioenergetisch-analytische Körperarbeit im Freien nach Wunsch |
| | 9:30 – 11:00 | Tandem-Situation II informeller Teil |
| | 14:15 – 15:15 | analytische Kleingruppenarbeit |
| | 15:15 – 15:45 | Austausch im Plenum informeller Teil |
| | 16:00 – 17:00 | Tandem-Situation III |
| | 17:00 – 17:30 | Auflösung des Tandems und Austausch im Plenum Verabschiedung. |

Anbot 1.

| | | | |
|--------|-----------------------------|-----|----------|
| 1,5 x | Tagespauschale | EUR | 1.080,00 |
| 20,0 % | USt | EUR | 216,00 |
| | Diäten 2 Tage, 1 Nacht | EUR | 70,00 |
| 1,0 x | Reisekostenvergütung 120 km | EUR | 42,00 |
| | Summe Variante 1. | EUR | 1.408,00 |

„Alternative Techniken im Zusammenhang mit Supervision im Gruppensetting“

Wochenend-Seminar

Hotel Panhans, geplant für den 1. und 2. März 2002

Variante 2.

20 Teilnehmer/innen 1 Trainer, 1 Co-Trainerin

Vorgestellt werden:

Analytische Gruppenarbeit

Progressive Entspannungstechniken.

Plenarsituationen und kleine Arbeitskreise wechseln einander ab.

| | | |
|----------|---------------|--|
| Freitag: | 13:00 – 14:00 | Plenum. Begrüßung, Vorstellen des Konzeptes Funktion und Praktikabilität der integrativen Entspannung im Umfeld der klinischen Situation |
| | 14:15 – 15:00 | themenzentrierte Kleingruppenarbeit |
| | 15:00 – 15:30 | Austausch im Plenum informeller Teil |
| | 16:00 – 17:30 | Analytische Plenargruppe informeller Teil |
| | 19:30 – 20:30 | themenzentrierte Kleingruppenarbeit |
| | 20:30 – 21:00 | Präsentation und Tagesschlussplenum informeller Teil |
| Samstag: | 8:15 – 9:15 | Feldenkrais I |
| | 9:30 – 11:00 | Analytische Plenargruppe informeller Teil |
| | 14:15 – 15:15 | themenorientierte Kleingruppenarbeit |
| | 15:15 – 15:45 | Austausch im Plenum informeller Teil |
| | 16:00 – 17:00 | Feldenkrais II |
| | 17:00 – 17:30 | Austausch im Plenum Verabschiedung. |

Anbot 2.

| | | | |
|--------|--------------------------------|-----|----------|
| 1,5 x | Tagespauschale Trainer | EUR | 1.080,00 |
| 1,0 x | Tagespauschale Co-Trainerin | EUR | 720,00 |
| 20,0 % | USt | EUR | 360,00 |
| | Diäten 2 Tage, 1 Nacht Trainer | EUR | 70,00 |
| | Diäten 1 Tag, Co-Trainerin | EUR | 20,00 |
| 2,0 x | Reisekostenvergütung 120 km | EUR | 84,00 |
| | | | <hr/> |
| | Summe Variante 2. | EUR | 2.334,00 |

Die Variante mit 2 Trainer/inn/en ist im Verhältnis günstiger.

Anmerkung:

Vom Geldgeber gewählt wurde die Variante 1. mit einem Trainer, die SupervisandInnen hatten beiden Varianten zuvor zugestimmt.

Merkblatt

Supervision nach dem Modell der Balintschen Beziehungsanalyse sowie nach dem Modell der Schindlerschen Rangdynamik.
Einzelfall-, Gruppen- und Organisations-Supervision
mit Fortbildungscharakter

Supervision ist als berufsbegleitende, ein Team festigende, konfliktlösende und die Arbeit optimierende Maßnahme seit vielen Jahren bekannt.

Für den klinischen Bereich wurde in den späten 1980-ern ein Modell von einem Team um Prof.Dr. Hans Strotzka(†), Doz.Dr. Raoul Schindler und Dr. Stephan Rudas, dem ich ab 1989 angehörte, zunächst als ein Instrument der Krisenintervention entwickelt.

Aus methodischen und grundsätzlichen Überlegungen bedarf dieses Modell einer neuen Entwicklung. Ich greife auf das Prinzip von Michael Balint zurück, der in den 1950-er Jahren eine solche Studie mit Ärzten durchführte.

In diesem Modell wird die alltägliche integrative Zusammenarbeit der im klassischen Sinne unabhängigen Strukturen der Mediziner und Pflegeberufe berücksichtigt, Vertreter/innen dieser Berufsgruppen integriert. Neu ist auch die umfassende Fortbildung in ausgewählten Methoden der Selbstreflexion und Selbstorganisation im Hinblick auf die Gesamtstruktur (z.B. einer Klinik wie des AKH Wien).

Diese Pilotstudie soll nach einer zweijährigen Studienphase wissenschaftlich aufgearbeitet und danach vergleichbaren Strukturen nutzbar gemacht werden. Ihr Nutzen ist die besonders gründliche Durchführung, Ihr Verdienst die Bereitschaft, an dieser sozialmedizinischen Studie teilzunehmen.

Ihre Gruppe wurde auf Grund ihrer besonderen Zusammensetzung gewählt (vorhanden sind Vertreter/innen aller genannten Professionen: Ärzteschaft, Pflegepersonal, Medizinisch-technisches Personal, wobei auch Vertreter/innen aller hierarchischen Positionen teilnehmen).

Durchführung:

2 Jahre (2002 und 2003):

Team-Supervision

Fall-Supervision

Einführung in spezielle Selbstreflexion im beruflichen Kontext

Selbstorganisation innerhalb der bestehenden Meta-Strukturen

Fortbildung in ausgewählten Techniken der Intervention

Im Anschluss daran:

Angebot der Nacharbeit in Form von punktueller Kontrollsupervision

Zielsetzung:

Kompetente Intervention eines erweiterten, interdisziplinären Teams.

Zeitperspektive

(der erste Termin ist fixiert, alle anderen stehen zur Diskussion):

1. Jahr (2003)

- 18.01.2003 09-18 Uhr Tages-Seminar
Bildungshaus St. Bernhard, Wiener Neustadt
Einführung, Gruppenfindung
Bearbeiten eines vorbereiteten Falles
Einblick in die Methodik der fraktionierten
Supervision
- 27.02.2003 12:00-13:30 Uhr Follow-up AKH E19
- 03.04.2003 12:00-13:30 Uhr Follow-up AKH E19
- 22.05.2003 13:30-15:00 Uhr Follow-up AKH E19
- 21.06.2003 10-19 Uhr Tages-Seminar
Hohe Wand, Gasthof Almfrieden
Team-Supervision
Bearbeiten eines vorbereiteten Falles
Methodik der Selbstreflexion in der Gruppe
- 29.11.2003 09-18 Uhr Tages-Seminar
Bildungshaus St. Bernhard, Wiener Neustadt

2. Jahr (2004)

- 17.01.2004 09-18 Uhr Tages-Seminar
Bildungshaus St. Bernhard, Wiener Neustadt
Team-Supervision
Bearbeitung eines vorbereiteten Falles
Methodik der Intervision
(ein Übungsfall)
- 26.06.2004 10-19 Uhr Tages-Seminar
Hohe Wand, Gasthof Almfrieden
Team-Supervision
Bearbeitung eines vorbereiteten Falles
Praxis der Intervision
Theorie und Fragestunde

Zweimonatlich 6 Termine zu je 1,5 Stunden an der Klinik

- 11.12.2004 09-18 Uhr Abschluss-Seminar (Tagesseminar)
mit anschließender Verleihung der Fortbildungs-Urkunden
Ort und Tagesstruktur noch offen

Voraussetzungen:

Das erste Tagesseminar dient der Gruppenfindung (Hinzunahme neuer TeilnehmerInnen und Auswahl jener Supervisand/innen, die ihre Teilnahme für die gesamte Dauer der Studie zusagen).

Die Teilnehmer/innen erklären einander und dem Trainer die Einhaltung der Diskretionsregel, deren Verletzung zum Ausschluss führen kann. Sie erklären sich auch einverstanden mit mindestens einer/m unbeteiligten Beobachter/in, der/die vom Trainer gesondert gecoacht wird. Als Arbeitsgrundlage dient die 2002 geschlossene Vereinbarung zwischen Vertretern der Supervisand/innen und Dr. Ellmauthaler.

Einen schönen Jahreswechsel und gutes Gelingen wünscht

Dr. Volkmar Ellmauthaler

An Leitung der Univ. Klinik für XY.
z.Hd. Herrn OA Dr.med. X.Y.
Währinger Gürtel 24
1090 Wien

Betrifft: Anbot Weiterführung der systemischen Fortbildung / Modell AKH

Sehr geehrter Herr Professor Dr. X.
Sehr geehrter Herr OA Dr. Y.
Sehr geschätzte Frau Stationsschwester und Team,

Nach einem frei finanzierten Arbeits-Wochenende im vergangenen Winter und einem kostenlosen Follow-up im Halbjahresabstand beantworte ich gerne Ihre neuerliche Anfrage.

Ganz Ihrer Meinung, sehe ich hier die Chance, unabhängig von den Nöten des Alltagsbetriebes ein später in Kliniken weiter anwendbares Modell zur interdisziplinären Personalentwicklung zu erarbeiten. Ihre Abteilung innerhalb des Gesamtapparats AKH scheint mir deshalb vorrangig geeignet, weil von der ärztlichen Leitung bis zum Sekretariat alle direkt oder indirekt für das Wohl der Patienten arbeitenden Team-Mitglieder sich für die angebotenen Konferenzen interessieren. Das ist nach meiner rund 14-jährigen Erfahrung eine seltene und kostbare Konstellation.

Unter Berücksichtigung Ihrer Arbeitssituation schlage ich deshalb zusammenfassend folgendes vor:

1. Projektarbeit über 24 Monate in drei Stufen
 - a) Arbeit am und im Team im Zusammenhang mit übergeordneten Organisations-Strukturen
 - b) Techniken der Reflexion eigenen Handelns im Team
 - c) Anwendung des Erlernten im Hinblick auf Selbstorganisation und Einbindung neuer Team-Mitglieder, bzw. aktive Gestaltung von Außenkontakten zur Optimierung interdisziplinärer Arbeit im Sinne optimaler Arbeitsverhältnisse und optimierter Versorgung der PatientInnen.
2. Begleitende wissenschaftliche Evaluierung
 - a) des Arbeitsprozesses selbst
 - b) der angewandten Methoden

durch ausgewählte DiplomandInnen oder DissertandInnen, denen seitens der Gruppe der SupervisandInnen der Status eines abstinenten Beobachters mit Verschwiegenheitspflicht gewährt wird. Diese Diskretionsvereinbarung wird so definiert, dass die Art der wissenschaftlichen Bearbeitung anonymisiert und vom Trainer gecoachd durchgeführt wird.

3. Finanzierung:

Besonders wertvoll erscheint die Möglichkeit, eine vom Arbeitgeber oder assoziierten Organisationen (KAV, PSD) zur Gänze **unabhängige** Finanzierung zu entwickeln, ob das nun im Zusammenhang mit Sponsoring oder anderen Bildungsangeboten geschieht. Die Erarbeitung eines Finanzplanes stellt bereits einen Teil der Einstiegsarbeit dar, soll aber nicht zum Hauptthema werden. In dem Zusammenhang komme ich tariflich bestmöglich entgegen, indem die von öffentlichen Einrichtungen akzeptierten Stundentarife für Non Profit Organisationen in Rechnung gestellt werden.

Im Übrigen darf ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die besonderen Vereinbarungen für Supervision auch weiterhin zur Grundlage des Arbeitskontraktes machen und die aktuellen Fassungen beilegen.

Frequenz:

Zur Frequenz kann ich in Abweichung von üblichen 14-tägigen Rhythmus á 90 Minuten diesen Plan anbieten:

Aus 3x8 (24) Monaten ergibt sich eine Teilbarkeit der regulären und auch empfehlenswerten Stundenzahl von 24 Einheiten pro Jahr (ergibt ein Pool von 48 Stunden zu 90 Minuten in 2 Jahren) wie folgt:

| | | |
|--|---------------|-----------|
| 2x jährlich Tagesseminar | á 4 Einheiten | 16 |
| und 2-monatl. Kontrollsitzen | à 2 Einheiten | 24 |
| 1 Arbeitstag (Anfang/Abschluss) | á 4 Einheiten | 8 |
| Summe in 2 Jahren | | <u>48</u> |
| zahlbar in monatlichen Teilbeträgen lt. Tarifordnung | | |

Das KandidatInnen- bzw. Dissertanden-Coaching (mit Beobachter-Status) erfolgt im Anschluss an jede Arbeitseinheit in Abwesenheit der Gruppe, Finanzierung über einen sogenannten nicht-remunerierte Lehrauftrag wäre denkbar.

Ich wünsche allen Beteiligten eine erfolgreiche Zeit.

Mit sehr freundlichen Grüßen,

Mag. Dr. Volkmar Ellmauthaler

Beilage: 1 AGB, 1 Supervisionsvertrag, 1 Tarifordnung
CC:

ARBEITSVEREINBARUNG SUPERVISION

abgeschlossen zwischen

AuftraggeberIn:

Supervisorin/Supervisor:

1. Vertragsgegenstand:

Vereinbart wird die Abhaltung von Supervision durch den/die oben genannte/n, seitens der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS) gemäß den internationalen Standards anerkannte/n und qualifizierte/n Supervisor/in. Die Sitzungen werden eigenverantwortlich abgehalten und beinhalten folgende Vereinbarungen, die mit Rücksicht auf die spezifischen Aufgaben des Berufsfeldes getroffen und mit dem Kostenträger und Dienstgeber abgeklärt wurden:

2. Häufigkeit und Frequenz:

Die Supervision wird zunächst für den Zeitraum von fünf Sitzungen vereinbart und kann nach einer oder mehreren Zwischenreflexionen fortgesetzt werden.

Als Rahmenvertrag werden 24 Doppelstunden zu je 90 Minuten innerhalb eines Arbeitsjahres vereinbart, die Frequenz wird gesondert festgelegt (vierzehntägig, bei Bedarf höherfrequent, mit der Möglichkeit, im Verlauf Änderungen zu vereinbaren, zusätzlich Abhaltung von zwei Blockveranstaltungen jährlich zur vertiefenden Reflexion).

3. Ort:

Die Arbeitssitzungen finden in einem dafür geeigneten Raum (z.B. in einer Bibliothek) möglichst von der Dienstroutine ungestört statt:

vor Ort in der Praxis der Supervisorin / des Supervisors.

4. Honorar:

1 Doppelstunde dauert 90 Minuten (Einzel- oder Gruppensetting)

1 Stunde dauert 60 Minuten (Einzelsupervision)

Die seit 1996 gültigen Tarife wurden 2002 in EUR umgerechnet.

Es gilt die Tarifordnung.

Bei Entfernungen von mehr als 30 km werden Fahrtkosten/Diäten berechnet.

Diese Beträge verstehen sich inklusive aller Steuern und Abgaben und sind von der Supervisorin / dem Supervisor eigenverantwortlich zu versteuern.

Von der Supervisorin / dem Supervisor abgesagte Stunden sind nach Möglichkeit im selben Monat oder Kalenderjahr einzubringen.

Seitens der Auftraggeber / des Auftraggebers abgesagte Stunden können nach Möglichkeit ebenfalls eingebracht werden.

Jeder Auftraggeber ist grundsätzlich auch bei Nichtteilnahme an der Supervision verpflichtet, den Honorarbeitrag zu leisten.

Refundierungsmöglichkeiten: Die Anwesenheit der Teilnehmer/innen wird von Supervisorenseite bestätigt, die Anwesenden können eine Refundierung der anteiligen Stundenhonorare unter Vorlage der ausgestellten Rechnungen (Zahlungsbestätigungen) beantragen. Eine Direkt-Abrechnung mit dem Dienstgeber ist möglich.

5. Inhalte und Ziele der Supervision:

Diese werden gesondert mündlich vereinbart und wird in bestimmten Abständen überprüft, ob und auf welchen Wegen dieselben erreicht/nicht erreicht wurden, und was daraus zu folgern ist.

6. Diskretion:

Über Inhalte, die im Zusammenhang mit den vereinbarten Sitzungen besprochen werden, ist allen Außenstehenden gegenüber sowie zu MitarbeiterInnen, Vorgesetzten oder VertreterInnen anderer Berufsgruppen grundsätzlich Stillschweigen zu bewahren, um freimütige Äußerungen zu ermöglichen. Dies gilt sowohl für alle SupervisorInnen (in Form der Diskretionspflicht gemäß Berufscodex für SupervisorInnen) als auch für alle TeilnehmerInnen. Ausdrücklich gilt diese Verschwiegenheit auch im Zusammenhang mit Vorgesetzten, welche akzeptieren, dass die übliche Auskunftspflicht für alle Fragen, welche Inhalte der Supervision betreffen, außer Kraft gesetzt ist; es sei denn, innerhalb der Supervision wird eine bestimmte Ausnahme beschlossen.

Weiters gilt dieselbe Regelung auch für die Zeit nach Abschluß des Supervisionsprozesses. Zweifel über Sinn und Umfang dieser Regel sind in den Supervisionsprozeß ein-zubringen und innerhalb der Gruppe zu bearbeiten.

7. Leistung:

Supervision ist ein beratender, nicht therapeutischer, berufsbegleitender Prozeß einzeln oder in einer vorher definierten Gruppe mit dem Ziel einer zukünftig eigenständigen Weiterentwicklung. Daher erfolgt die Teilnahme freiwillig und eigenverantwortlich, aber im Sinne der Vereinbarung verlässlich.

Seitens der Supervisorin / des Supervisors wird die Leistung unter Wahrung der Sorgfaltspflicht geschuldet, nicht geschuldet wird jedoch ein bestimmter Erfolg der SupervisandInnen selbst.

8. Stornobedingungen:

Eine Kündigung vor Ablauf der jeweils vereinbarten Laufzeit ist unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Monatsletzten möglich. Da die Supervision ein besonderes Vertrauensverhältnis beinhaltet, bleibt es der Supervisorin / dem Supervisor vorbehalten, nach eigenem, fachlich fundierten, Ermessen den Supervisionsvertrag (=Arbeitskontrakt) jederzeit vorzeitig zur Endigung zu bringen.

9. Besondere Vereinbarungen:

Verwendete Methode(n):

Analytische Beziehungsspiegelung nach Michael Balint (wurde ausführlich erklärt).

Diese Methode kommt in der Gruppensupervision mit besonderer Berücksichtigung des Generalthemas der Arbeitsgruppe zur Anwendung.

Zusätzliche Methoden bei Bedarf nach gesonderter Vereinbarung.

10. Gerichtsstand ist Wien.

Ort: **Wien,**

Datum:

Auftraggeber (Supervisand/in)

Supervisor/in

Kenntnisnahme des Kostenträgers

5. Dokumentation:

5.1. Zugangsphase

Die Supervision wurde von einem informellen Proponenten-Komitee angeregt, das aus einem Oberarzt, einer diplomierten Pflegerin und zwei bis drei weiteren Mitgliedern der Belegschaft der Station und der fachlich zugehörigen Ambulanz bestand. Diese Ambulanz war jedoch innerhalb der Klinik an einem weit entfernten Ort (Ebene 6 und Ebene 19) angesiedelt, so dass dienstliche Kontakte hauptsächlich über Telefon und Intranet zustande kamen.

Sprecher war jener Oberarzt, der auch Kontakt mit dem Supervisor aufgenommen hatte. Auch dieser Kontakt basierte auf einer persönlichen Bekanntschaft in Kenntnis des damals geplanten Projektangebotes.

Kennzeichnend für die Vorgehensweise war einerseits die hohe berufsdemokratische Kompetenz und Organisationsbereitschaft, andererseits – wie jeweils nach den einzelnen Schritten rückblickend festzustellen war – ein gewisses Maß an Desinformation, das zunächst nicht auffiel, aber später zu einem interessanten Bestandteil der Arbeit wurde.

Zugleich fiel von Beginn an auf, dass innerhalb der sich formierenden Gruppe der Interessierten einige bereits Supervisions-Erfahrung mitbrachten, die Mehrheit aber ohne eine solche Erfahrung war. Insgesamt schien der Vertrauensvorschuss an den als Organisator und Sprecher auftretenden Oberarzt so groß zu sein, dass sich bereits in der Vorbereitungsphase 2002 eine Gruppe für ein fremdfinanziertes Zweitages-Seminar zusammen fand.

Diese Gruppe bestand aus dem leitenden Professor, dem Oberarzt, einem Assistenzarzt, sechs Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, einer Sekretärin, einer Psychologin, zwei Mitgliedern der fachlich zugeordneten Ambulanz sowie der damaligen Stationsschwester.

Das Seminar fand im Hotel Panhans am Semmering statt, wurde von einem Wiener pharmazeutischen Betrieb gesponsert und erhielt dadurch ein hohes Sozialprestige.

Der leitende Professor erschien verspätet, was seinem Auftritt eine besondere Note verlieh: Einerseits wurde dies als seine bereits bekannte persönliche Note der Überbeschäftigung und Wichtigkeit (bei gleichzeitig ausgedrückter Bescheidenheit) betrachtet, andererseits konnte dadurch ein schwelender Konflikt zu Tage treten, der sich mit den Begriffen „schlecht fassbar“ und „endlich stellt er sich der Runde“ umschreiben lässt.

Gruppendynamisch relevante Prozesse ergaben sich folgende:

Zwei junge Mitarbeiterinnen, miteinander befreundet, lösten durch ihr Zuspätkommen massive Phantasien aus, die sämtlich darin mündeten, dass die Beiden sich wohl nicht so recht ins Team einfügen wollten.

Diese Phantasien wurden behutsam bewusst gemacht und konnten mit der momentanen Realität abgestimmt werden.

Etlliche Phantasien betrafen auch den Klinik-Chef, der erst einige Stunden verspätet angesagt war und dann tatsächlich hinzu kam.

Aus diesen Anlassfällen wurde eine Trainingssituation, in der die je eigenen Projektionen ausführlich zu Tage gebracht und in Kleingruppen diskutiert werden konnten. Die Kleingruppen-Situationen wurden zu vereinbarten Zeiten in die Großgruppe übergeführt, wo sich die Ergebnisse austauschen ließen. Übungsgrundlage war ein – für diesen Fall vorbereitetes – Bild eines kosmischen Nebels, anhand dessen assoziiert werden konnte.

Dieses Zweitages-Seminar bildete lediglich einen Bestandteil der gründlich durchdachten Zugangsphase. Es sollte einen Eindruck vermitteln, mit welchen Mitteln und Methoden Team-Arbeit geleistet werden würde, es sollte auch beiden Seiten die Möglichkeit geben festzustellen, ob eine längerfristige enge Zusammenarbeit in dieser Konstellation gut verträglich und sinnvoll sei.

Die Anbindung an ein geplantes Follow-up geschah über das Verfassen einer Reflexion zum Ende des zweiten Tages, diese sollte im geschlossenen Kuvert an eine Vertrauensperson übergeben und im Monatsabstand an die jeweiligen Verfasser gesandt werden.

Das Follow-up sollte schließlich die Möglichkeit zur Aufarbeitung gewisser anstehender Fragen genutzt werden.

Es fand im Sommer 2002 an der Klinik statt.

Die Besetzung dieser Supervisionsgruppe war geringfügig verändert.

Rationale Begründungen dafür wurden geboten: Terminprobleme, Ferienzeit, interessierte Neuzugänge.

Die diensthabende Stationschwester hatte dieses Treffen mit organisiert und verhielt sich überdies sehr mütterlich.

Zu dem Zeitpunkt war noch nicht bekannt, dass sie im ersten Jahr des Projektes aus Altersgründen stufenweise aus dem Dienst ausscheiden und ihre Stelle vakant werden würde.

5.2. Unstimmigkeiten, die als Anzeichen von Widerstand gedeutet werden können:

Aus den genannten kleinen Turbulenzen ergibt sich ein Bild, das auf das Vorhandensein anfänglicher Widerstände schließen lässt.

Jedes der Treffen war zudem auch von einigen kleinen Missverständnissen geprägt, die in der leicht chaotisch-desinformativen Kommunikation der Vorgaben des Trainers durch den Sprecher an die Gruppe zu suchen waren.

So gab es weiter zumindest atmosphärische Unklarheit darüber, wer eigentlich mitmachen dürfe, obwohl das mehrfach diskutiert worden war, auch war nach der Pause von etwa 5 Monaten nicht allen TeilnehmerInnen bekannt, dass die Sitzungen weitergeführt werden konnten. Es war auch, bei allem Interesse, längere Zeit nicht möglich, einen Konsenstermin für dieses erste Follow-up zu finden.

Der eigentliche Projektbeginn wurde zwischen dem Sprecher der Gruppe, dessen Vorgesetzten, Teilen der Gruppe, dem Institut für Personalentwicklung der Universität Wien und dem Trainer in insgesamt 4 Telefonaten und drei E-Mails abgestimmt. Im Dezember 2002 gab es zwei Treffen, um die Vorgehensweise zu organisieren. Das betraf auch den ersten Termin für ein Tages-Seminar, das in Wiener Neustadt stattfinden sollte.

Ein Informations-Papier wurde erstellt und am 21.12.2002 per E-Mail an den Sprecher der Gruppe zur Verteilung an alle Interessierten gesendet, da die Station über die Feiertage gesperrt werden sollte.

Das Informationspapier blieb liegen und wurde nicht zur Kenntnis gebracht.

Dennoch kam am 18.01.2003 eine Gruppe von 12 Personen nach Wiener Neustadt.

Die Anreise war durchgeplant, einige sollten mit einem Bus-Shuttle befördert werden, andere bildeten eine Fahrgemeinschaft.

Die Abfahrt war für 8 Uhr s.t. an einem bestimmten Treffpunkt innerhalb des Eingangsbereiches des AKH Wien vereinbart.

Die beteiligten warteten nicht genau dort, doch in der Nähe, und wurden von der versierten Lenkerin aktiv gesucht und auch gefunden.

Vier Personen kamen dorthin zu spät und organisierten sich eine private Fahrgemeinschaft. Eine Person (der Klinik-Chef) war wegen einer Dienstreise für einige Stunden verspätet angekündigt (eine Parallele zu dem ersten Treffen), ließ sich aber dann wegen einer Erkrankung entschuldigen.

Zur Begrüßung (pünktlich!) stellte sich heraus, dass der Sprecher der Gruppe von einem Ausflug geredet hatte, und aufgrund dieser Information einige TeilnehmerInnen sich für den frühen Abend (vor Ende des Seminars) bereits private Termine vereinbart hatten, so auch der Sprecher der Gruppe selbst (!), der seinerseits einzelnen TeilnehmerInnen Mitfahrgelegenheit angeboten hatte.

Die versammelte Gruppe ging in jeder dieser Situationen erstaunlich flexibel mit all den subjektiv neuen Informationen um. Dies schien in einer sehr positiven emotionalen Übertragungssituation zu dem betreffenden Oberarzt begründet zu sein, dem einfach solche Ungenauigkeiten verziehen wurden.

Dies um so mehr, als für einen Teil der Gruppe seit dem vergangenen Jahr (zwei Trainingsblöcke) ein deutlicher Erfolg im Hinblick auf Selbstorganisation fühlbar geworden war, den man auf das Zweitages-Seminar zurückführte. Ein anderer Teil der Gruppe berichtete von Überlegungen, eine Rochade einzelner Räumlichkeiten zu veranstalten, die zu einer effizienteren Nutzung der Stations-Etage führen sollten.

5.3. Erster Seminartag: 18.01.2003 – Bildungshaus St. Bernhard, Wiener Neustadt.

Dieser Tag war ursprünglich kein Wunschtermin, sondern ein Alternativ-Termin, der aufgrund von Engpässen im Bildungshaus Wiener Neustadt gewählt werden musste. Weiters stellte sich heraus, dass keiner der beiden Termine mit der Gruppe abgestimmt worden, sondern vom Sprecher (Organisator) aus „Zeitmangel“ freihändig in Aussicht genommen worden war.

Als die versammelte Gruppe erfuhr, dass es sich bei dem „Ausflug“ nicht um eine Veranstaltung handelte, wie sie üblicherweise von diversen Ärztekammer- oder Pharma-Angeboten her bekannt war, trat erst kurze Verwirrung, dann Heiterkeit auf.

Die Heiterkeit schien zum einen Teil aus einer emotionalen Reaktion gegenüber dem Organisator zu bestehen (dezenter Spott), zum Anderen aus der Abwehr einer spontan phantasierten „Arbeitssituation“ an Stelle eines erholsamen Beisammenseins.

Beides führte zu einem Konsens, aus dem Angebot das Bestmögliche zu machen, zumal das in Rede stehende Papier rasch im Haus kopiert und verteilt werden konnte.

Anhand dieser Informationsblätter konnte auch die bevorstehende Tages- und Seminarplanung konsensual besprochen werden.

Die Beteiligten waren nach der ersten – so chaotisch gewachsenen – Einheit geradezu freudig überrascht von der „lockeren“ Atmosphäre, in der Arbeit zu einem kommunikativen Erlebnis und gemeinsamer Entscheidungsfindung geworden war.

Technisch gesehen, wurde zunächst eine positive Arbeitsatmosphäre erzeugt, die Grundvereinbarungen (Diskretionsregel, Arbeitskontrakt, Projekthinhalte) wiederholt bzw. neu vereinbart. Das hatte eine Konsolidierung der Gruppe zur Folge, wobei auch vereinbart wurde, auf welche Weise der nicht anwesende „Chef“ informiert und später neu eingebunden werden konnte. Zugleich wurde festgelegt, dass beim ersten Follow-up im Februar noch der eine oder andere Interessent hinzu kommen konnte, danach würde die Gruppe vorerst geschlossen.

An Tageterminen wären keine Gäste erlaubt, zu den geplanten Follow-ups könnten bei Bedarf Gäste (Entscheidungsträger, z.B. Oberpfleger) eingeladen werden.

Über „äußere“ Faktoren, z.B. das Läuten eines Mobiltelefons, wurde die latente (berufliche) Thematik der uneingeschränkten Erreichbarkeit besprechbar.

Assoziiert wurde:

Aufmerksamkeit erwecken

Horchen

Beziehung aufbauen

Mit dem Blick einladen

Diese Assoziationen leiteten über zum Thema der Gesprächs- und Fragekultur, des Einstimmens auf den / die Gesprächspartner(in) und darauf, die jeweils andere Person gezielt zu adressieren, um ein angenehmes und effizientes Gespräch führen zu können.

Diese Fertigkeiten wurden eine Weile lang spielerisch geübt.

Dabei stellte sich auch dar, welche der anwesenden Personen zueinander bereits vorgeformte Beziehungsmuster und Erwartungshaltungen eingestellt hatten. Eine Teilnehmerin zog von Beginn an vermehrt Aufmerksamkeit auf sich und äußerte dann und wann Unzufriedenheit. Die Gruppe folgte ihr bereitwillig, bis eine Intervention bewusst machte, wie hier unausgesprochene Vereinbarungen getroffen wurden, wie Diktate unwidersprochen hingenommen wurden, und wie aus solchen Vorkommnissen sehr leicht Unmut und ein destruktives Klima entstehen können.

Das wurde am Beispiel des Einschaltens unterschiedlicher Beleuchtungskörper geübt.

Zuletzt hatte die betreffende Teilnehmerin alle anderen zu Bewegung / Positionsänderungen veranlasst und war zuletzt die Einzige, die von sich aus keinerlei Anpassungen vorgenommen hatte. Zu dem Zeitpunkt stellte sich auch heraus, dass diese Teilnehmerin dem Dienstgeber bereits gekündigt hatte und deshalb einen Ausnahmefall für die weitere Arbeit darstellte: Eine Vorgabe für das Projekt lautete nämlich, bis zum Ende dabei zu sein. Dieses kann aber aus Gründen der Diskretionsregel nur für jene Mitglieder gelten, die auch in einem dienstrechtlichen Vertragsverhältnis zueinander stehen.

Ein anderes Thema wurde – wieder über die Thematik „Kommunikation“ – die Erkenntnis, dass zumindest drei Gruppenmitglieder nicht bei ihrem korrekten Namen angesprochen wurden, was zwei davon dazu veranlasste, nur in geringem Maß auf solche Anrede zu reagieren. Diese Erkenntnis kam sowohl für die eigentlichen Betroffenen erstaunlich, als auch für die Mitglieder der Gruppe, die sich gar keine Gedanken darüber gemacht hatten, weshalb es bei bestimmten Personen zu einem auffallend / störend reduzierten Respond kam – das seit Jahren.

In einer weiteren Arbeitsphase wurden also die Betroffenen ermuntert, ihre Namen so anschaulich zu erklären, dass alte Gewohnheiten und „Spitznamen“ probeweise in den Hintergrund treten konnten und die nun korrekt Angesprochenen sich erfreut neu wahrgenommen erleben konnten. In dieser Phase eröffnete sich eine berührende interkulturelle Atmosphäre.

Über die Möglichkeit, diesen Lernprozess zu vertiefen und andere im Team darauf aufmerksam zu machen, wurde viel nachgedacht.

Dieser Punkt erscheint weiter beobachtenswert, da er über eine reine „Stilfrage“ deutlich hinausgeht.

Nach Abreise von fünf TeilnehmerInnen, die bereits andere Verpflichtungen eingegangen hatten, kam es in der letzten Einheit des Tages zu einer sehr intensiven Arbeit an praktischen Berufsproblemen:

1. Abklären der rechtlichen Möglichkeit, Patienten an eine Klinik ihres Heimatlandes zurück zu überweisen, sollte eine adäquate Therapie dort möglich sein (Aufwertung von Privatspitälern)
2. Delegieren von Bürotätigkeiten an eine Sekretärin mit halber Dienstverpflichtung
3. kompetente Anleitung von FamulantInnen und IntensivpraktikantInnen, um ihnen eine ordnungsgemäße Teilnahme am Klinikalltag und den vorgesehenen Lernprozess zu ermöglichen und die Belegschaft zu entlasten
4. Neuvereinbarung der Länge von Visiten (Straffung des Vorgehens)
5. Beginnzeit der Morgenbesprechung flexibel gestalten, d.h. an dem ärztlichen Leiter der Klinik zu orientieren (er sei ein Nachtmensch und käme daher oft zu spät bzw. solle am Morgen nur in dringenden Fällen gestört werden – so der Konsens)

Am Ende wurden unter den verbliebenen Anwesenden neue Termine für Follow-ups vereinbart und ein Sprecher gewählt, der diese weitergeben sollte.

(Dr. Ellmauthaler)

5.4. Follow-up: 27.02.2003 AKH Wien (siehe Seiten 24 f)

6. Beispiele für weitere protokollierte Sitzungen:

Protokoll vom 27. Februar 2003
12.00 h - 13.34 h (Rohfassung)

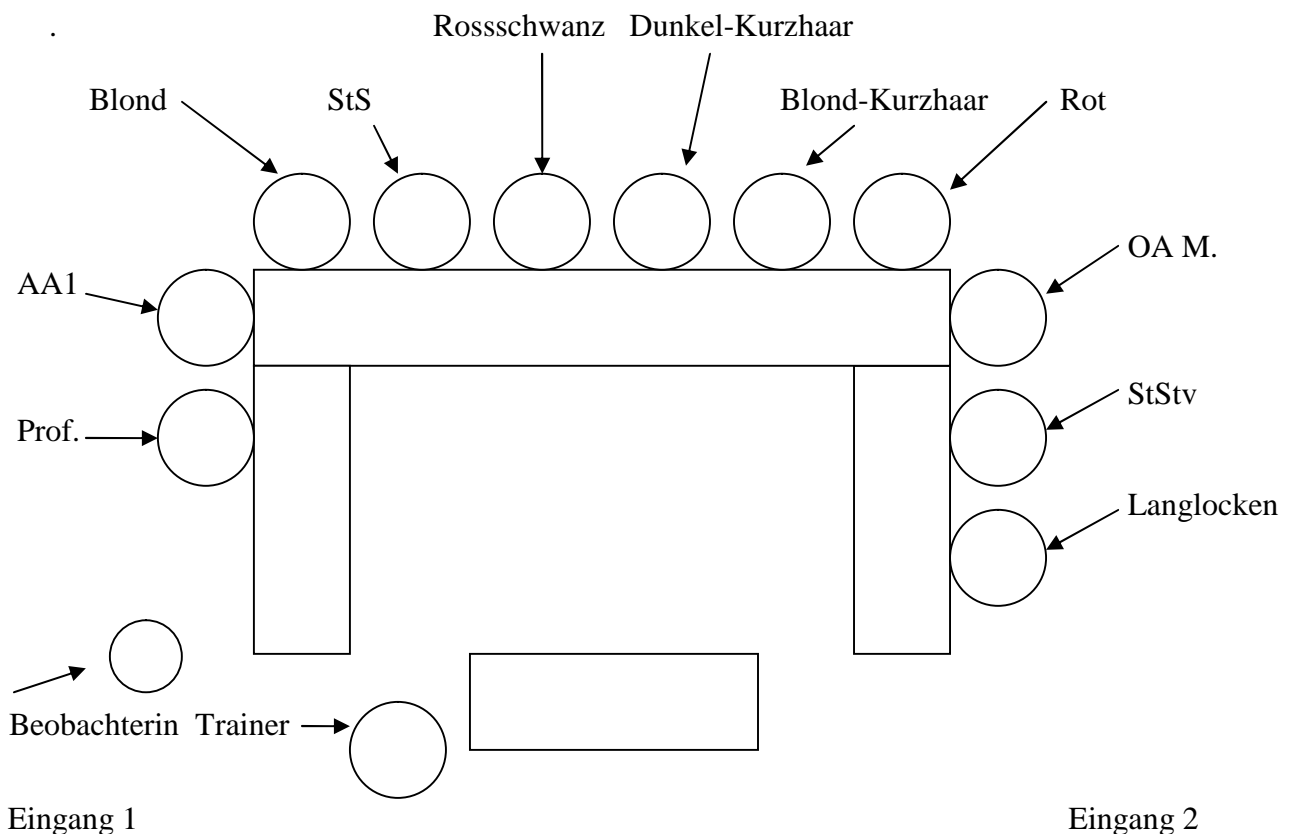
Zur vereinbarten Zeit – um 12 Uhr – betreten der Trainer und die Beobachterin den Raum. Der Trainer schließt Eingang 2, weil dort noch Visite stattfindet.

AA1 kommt zuerst und setzt sich. In kleinen Grüppchen treffen die Damen essend und Kaffee trinkend ein, danach der Professor. Dieser fragt: „Cum tempore?“ Der Trainer begrüßt den Prof. und anschließend die Anwesenden.

An diesem tag sollten alle Interessierten dabei sein, sowie alle, die sich bereits entschlossen hatten, an dem Zweijahres-Projekt teilzunehmen. Tatsächlich anwesend waren drei Ärzte (m) und acht Personen medizinisches, medizinisch-technisches und administratives Personal (w).

Beginn 12:17 Uhr

Sitzordnung:



Zunächst ist eine gespannte Atmosphäre, die aus Abwarten, einander Ort und Beginnzeit erklären und informellen Gesprächen bzw. körpersprachlichen Signalen der Anspannung, StS ist uninformiert und scheint ärgerlich zu sein.

12.20h OA.M. und StStv kommen dazu.

Der Trainer bezieht die zuletzt Hinzugekommenen ein.

Zunächst wird klar, dass die Kommunikation von Ort und Beginnzeit wiederum schlecht geklappt hat, obwohl ein „Sprecher“ dafür ausgesucht war.

Der Trainer greift den Gedanken auf. Er meint, es fällt ihm auf, dass vieles im Haus eine lange Zeit zur Entwicklung braucht. Während der Trainer spricht, schauen ihn alle bis auf die

StStv an. Als er meint, es könnte eine verborgene Regel geben, wonach alles drei Jahre brauche, um zu entstehen, lachen alle.

12.22h Alle nach hinten gelehnt, bis auf Rot und OA M. Dieser spricht über Informationen bezüglich des Treffens, StS sagt energisch, sie habe die Infos nicht erhalten.

Ein Ärztefunk piepst, nichts passiert.

12.25h OA M. spricht, alle beobachten ihn.

StS kratzt sich während des Sprechens. Sie unterstreicht durch Gesten mit den Händen dass ihr die Zeitwahl dieses Treffens nicht recht ist.

Prof. spricht, alle beobachten ihn.

Rossschwanz, Dunkel-Kurzhaar und Blond-Kurzhaar sprechen, während der Trainer spricht.

12.29h Dunkel-Kurzhaar reibt sich die Augen. StS widerspricht der Entscheidung der Gruppe vom letzten Treffen (an dem sie nicht teilnahm) über Tag und Zeit der weiteren Treffen. Prof. unterbricht sie mit einer Geste, gibt aber nach einer Einleitung zu bedenken, dass ein Zeitpunkt am Ende der Dienstzeit besser praktikabel wäre. Blond reibt sich die Augen.

12.32h Langlocken tritt als Letzte ein und setzt sich neben StStv.

Für das nächste Treffen wird 16 Uhr, aber kein Tag vereinbart. Dunkel-Kurzhaar will den Donnerstag nicht bis zum Mai, reibt sich die Augen, Langlocken sagt, sie sei Mittwoch und Freitag „sicher nicht“ da. Sie lächelt, aber Stimme und Wortwahl kontrastieren durch Schärfe. Geraune.

Langlocken hat beide Füße fest am Boden, während sie laut und deutlich spricht: Sie möchte auch keinesfalls länger bleiben müssen. Danach hält sie die Beine ausgestreckt und übereinander geschlagen.

Der Trainer meint leise, dass Supervision – und in dem Fall zusätzlich Fortbildung – deshalb im Rahmen der Dienstzeit stattfinden sollten, weil diese dadurch besser in das Gesamtsystem eingebaut wären und auch einen bestimmten Wert darstellten. Jedem Teilnehmer – jeder Teilnehmerin – stehe es frei, diesen Wert selbst zu bestimmen. Wenn etwas Anderes wichtiger sei, würde das eher gegen eine Teilnahme an dem Projekt sprechen.

12:36 h: StS spricht energisch und runzelt dabei die Stirn. Sie sagt, sie sei verärgert, möchte den Grund aber nicht nennen. Zugleich geht die Anwesenheitsliste durch die Runde. Alle tragen sich ein.

StS putzt sich die Nägel.

Rot trinkt und stellt das Glas ganz leise wieder ab.

StS feilt sich die Nägel und murmelt mit Blond.

Prof. spricht, alle beobachten ihn, außer StS, die feilt.

Rossschwanz, Dunkel-Kurzhaar und Rot stützen ihr Gesicht in die Hände, alle andern sitzen nach hinten gelehnt.

12.42h OA.M. spricht, viele lauschen.

Rossschwanz seufzt und kaut Nägel. Langlocken reibt sich die Augen.

12.45 StS ist nach ca. 5 Minuten mit dem Nägelfeilen fertig.

StStv kratzt sich während des Sprechens am Kopf. Dann murmelt sie mit Langlocken, die Hand vor dem Mund.

Prof. steckt die Hand in die Manteltasche.

12.55h Es piepst wieder, AA1 geht raus. OA.M. zögert, steht dann aber auch auf, um AA1 offenbar bei einer Tätigkeit zu unterstützen.

Dunkel-Kurzhaar lacht und verbirgt dabei das Gesicht in ihrer Armbeuge.

12.58h OA.M. kommt wieder herein.

Allgemeines Geraune. StS redet laut und deutlich. Blond antwortet piepsend.

13.02h AA1 kommt wieder herein. Blond stützt den Kopf in die Hände und starrt kurz auf den Tisch. StStv spricht mit OA.M. AA1 reibt sich die Augen.

Der Trainer hat nicht interveniert. Die Zwischengespräche legen sich, als das Thema auf eine offenbar distanzlose, als „klebrig“ beschriebene Person kommt, die alle kennen.

OA.M. demonstriert mit StStv eine Situation mit dieser Ärztin (eine Außenbeziehung). StS und Rossschwanz ringen die Hände. StS spielt nach, als würde sie jemanden mit dem Stuhl über die Zehen fahren.

Der Trainer kommentiert das und bietet an, das als ein Distanz- und Nähe-Problem zu sehen, das ja vielleicht in der Arbeit öfter vorkommt.

Der Trainer wird aufgefordert sich näher zu setzen.

Er bleibt, wo er ist, zeigt aber auf, dass alle hinter Barrieren aus Tischen in einer ähnlichen Entfernung von ihrem Gegenüber sitzen.

Einige lachen, andere meinen, Distanz sei manchmal ganz gut.

StStv demonstriert Annäherung an Langlocken.

13.10h Rot pendelt mit den Beinen. Die Sitzordnung wird diskutiert, verschiedenste Meinungen. Rossschwanz, Blond-Kurzhaar, Dunkel-Kurzhaar und Rot haben in einem anderen Raum einen Sesselkreis vorbereitet, weil sich nicht wussten wo das Treffen stattfinden würde.

OA.M. äußert seine Bewunderung für die Bemühung der Damen. Diskussion zwischen OA.M. und StStv bringt Gelächter. Prof. spricht mit und hält sich dabei an der Sitzfläche fest. OA.M. zeigt auf und reibt sich beim Sprechen die Stirn.

13.15h Der Trainer rekapituliert, alle sitzen ganz entspannt nach hinten gelehnt.

StS zieht sich den Dienstmantel an.

StStv spielt mit ihrem Kugelschreiber und tuschelt mit Langlocken.

13.16h Es piepst wieder, keine Reaktion.

Prof. nickt bei Aussage von StStv.

Sie wippt mit dem Fuß. Rot pendelt mit den Beinen.

Blond, StS und Dunkel-Kurzhaar diskutieren untereinander. Rossschwanz lacht verschämt und verbirgt ihr Gesicht hinter den Händen beim Thema Geruch.

Das Problem „Ausdünstungen“ leitet sich her von der distanzlosen Ärztin, deren Körpergeruch als unangenehm wahrgenommen wurde. Nun wird über PatientInnen geredet, die sich schlecht pflegten, darauf über die Enge des Raumes, in dem man besonders anstrengende Untersuchungen machen müsse, und zuletzt über die Klimaanlage, die nicht steuerbar sei.

StStv spielt mit dem vor ihr liegenden Blatt und liest dann. Keiner möchte sich Notizen zu den besprochen Themen machen.

13:28h Dunkel-Kurzhaar geht hinaus.

StS sieht den Trainer beim Sprechen genau an und betont Gesagtes mit ihren Händen. StStv legt die Hände auf ihr Haar und zeigt dann auf, um etwas zu sagen:

Eine „Erfolgsmeldung“.

Es scheint, als hätte sich die Stimmung und der Zeitpunkt erst knapp nach Ende der offiziellen Trainingseinheit ergeben. Es wird kurz von Erfolgserlebnissen berichtet, die sich aufgrund einer vorangegangenen Einheit eingestellt hätten. Die Anwesenden sind erleichtert.

13:34 h: Der Trainer rundet die Sitzung ab. Es piepst wieder. Der Pager wird angeschaut und ein Gespräch beantwortet,

Die Männer stehen auf und gehen, die Frauen besprechen sich noch und gehen dann einzeln, mehrheitlich durch Eingang 2.

13:36 h: Trainer und Beobachterin bereiten sich auf die folgende Besprechung vor und verlassen den Vortragsraum durch Eingang 1.

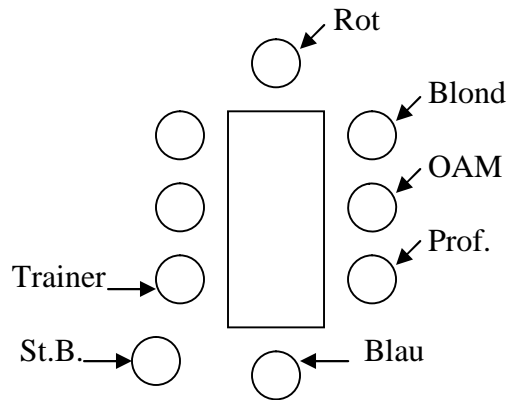
Angela Reizensahn

“kurze” Sitzung
03.04.2003 15:00h

Beginn 15.15h

Anwesend: Trainer, Prof.

15.17h Ankunft: Rot, Blond



Der Sinn von Terminvereinbarungen wird diskutiert. Es besteht Einigkeit, dass alle, die sich diesen Termin wünschten, jetzt nicht anwesend sind.

Der Trainer bringt ein Bild ein, dass man, um eine Fliege zu fangen, ihr entgegenkommt. Prof. stimmt zu. Es wird ein wenig über das Fliegenfangen gesprochen, und darüber, dass manche Fliegen in manchen Gegenden deutlich weniger vorsichtig seien und sich sogar streicheln ließen (Verwunderung).

(15.21) Der Funkruf bei Prof. meldet ein Gespräch. Er schaltet ab.

Thema Terminvereinbarung beschäftigt die Runde, die heute sehr reduziert erscheint: Der Prof. fragt, warum es eine kurzfristige Terminverschiebung am 22. Mai von 13h auf 15h geben solle, ebenso beklagt er sich, dass er von der Verschiebung am selben tag von 12 Uhr auf 15 Uhr nicht rechtzeitig erfahren hätte. Rot ist der Meinung, dass Termine eingehalten werden können und deshalb auch sollen. Rot meint, dass die Abwesenheit der Anderen ein Problem ergeben wird. Rot und Blond sprechen darüber. Rot beharrt auf ihrem Urlaub, will aber zu allen anderen Terminen gerne kommen. Rot errötet, als ihr bewusst wird, dass sie eben gesagt hat, sie käme gerne zu den Sitzungen. Der Trainer interveniert, die Situation wird in Lachen aufgelöst, Rot setzt nach, dass sie auch den Trainer gerne sieht, und schiebt ihren Pullover für eine Minute über das Kinn.

Prof. schaut immer wieder zur Glastür hinaus, bedauert, dass niemand mehr kommt.

Wer kann am 14. statt 21. Juni? Abwesende wollten den 14. Juni lieber als 21. Der Trainer meint, er könne berichten, dass auch der 14., Möglich sei. Blond schreibt auf.

Wer übernimmt die Organisation des 22. Mai?

(15.28h) OAM tritt ein. Alle Damen meinen, die Zeit wäre ungünstig, obwohl er sich telefonisch angekündigt hat. Sie stützen die Gesichter in die Hände. Auf Anregung des Trainers wird festgelegt, dass jene beschließen, die anwesend sind, zumal sie den Anderen an diesem Termin bereits entgegen gekommen sind und diese Vereinbarung Allen bekannt ist.

Selbstorganisation für den 22. Mai.

Prof. fragt gezielt „Blond“. Sie sagt zu. Die Männer sprechen untereinander, während auch die Frauen untereinander sprechen. Blond spricht darauf Prof. an und zeigt ihm Notizen.

15.33h Blau betritt den Raum. Sie wird vom Trainer über die Themen informiert. Funkruf von OAM wird ignoriert. Vereinbarungen werden geregelt, alle stimmen zu. Prof. sagt, er sei es gewohnt, Termine zu verschieben. Er meint, bei der eigenen Frau erlaubt man sich mehr, alle lächeln.

Trainer fragt, wie die unterschiedlichen Ebenen verknüpft werden könnten.

Die Morgenbesprechung sei wichtig, sagt OAM. Hier geschehe die Dienstübergabe, die Tagesplanung und der Austausch über Team und Patienten. Man ist damit zufrieden. Blond verlässt den Raum um 15.36h und kommt einige Minuten später wieder.

Insgesamt scheint dies als Übergang zum inhaltlichen Arbeiten zu werten.

Trainer fragt: „Welche Punkte liegen heute an?“ und stellt e in Blatt zur Verfügung, in dem – erst gegen 15 Uhr provisorisch frei gemachten! – (Patienten-) Tagraum gibt es kein Flipchart. „Kommunikation optimieren“ wird notiert (OAM). Alle stimmen zu.
Wiederholt diese Worte noch zwei Mal ganz genau.
Der Trainer fragt nebenbei: „Wie ist eigentlich die Atmosphäre?“
OAM antwortet: „familiär“.
Der Trainer fragt, was unter „familiär“ verstanden wird und regt zu freier Assoziation an.
Begriffe: Vater, Mutter kommen von Blau. OAM, Blond und Rot stimmen zu; Unterstützen, vertrauen, zuhören, Verständnis werden anschließend genannt.
Rot schaut durch die Glastür hinaus.
Die gesamte Familie muss gesehen werden.
Prof. sieht die Arbeit ganz und gar nicht „familiär“, wünscht sich eher eine funktionierende Gruppe. Seine Familie wäre zu Hause.
Harmonie ist nicht immer gegeben.
Familiär (der Ausdruck) scheint ihm nicht zu gefallen.
Er wünscht dagegen: Akzeptanz, Respekt, die Gruppe soll funktionieren. Freundlichkeit, Respekt, gute Arbeitsatmosphäre.
Distanz (notwendig)
(15.43h) Anerkennung.
Gefühl der Verbundenheit (OAM)
Zugleich distanziert.
Kommunikation ist gefühlsmäßig dann praktisch relevant.
Arbeitseffizienz ist wichtig für OAM.
Diesem wurde zuvor vorgeworfen, den Termin nicht „ordentlich“ organisiert zu haben und zu nachgiebig gewesen zu sein, als sich eine Teilgruppe die Verschiebung ausgedacht habe.
(Rückbezug zur Eingangs-Situation).
Darauf geht es darum, dass eine gute Kommunikation unausgesprochenes Vertrauen zur Grundlage hat.
Vertrauen bildet sich heraus, indem man die Kollegen arbeiten sieht und bemerkt, dass sie die Arbeit in ähnlicher Weise gut bewältigen wie man selbst.
OAM neigt sich ein wenig zu Prof., Prof. neigt sich von OAM weg.
Er bringt eine Situation ein, bei der zwei Kollegen ihren Freund durch Tod verloren hätten und nach wenigen Worten bereits die frei werdende leitende Stelle beredet hätten.
Ein Todesfall kann rasch zum Stellenangebot werden, schockt Prof.
Prof. neigt sich jetzt OAM zu. Dieser spricht von Selbstdarstellung, diese sei wohl nötig, um Vertrauen zu begründen. Das Krankenhausmilieu sei eine gute Bühne.
Der Trainer spricht Uniform und Namensschilder an, und damit die institutionelle Standortbestimmung als eine weitere Ursache für Vertrauen.
Alle sehen ihre Namensschilder an.
OAM ist unruhig.
OAM sei schon gedanklich in der Ordination, meint der Trainer.
Blond meint, er sei als Einziger in Zivil gekleidet.
OAM sträubt sich erst ein wenig, gibt es aber dann zu und nimmt den Einwurf zum Anlass, sich ansatzweise wortreich zu verabschieden.
Sie gehen wieder auf die Frage der Uniformierung – als einer Grundlage zur Vertrauensbildung – ein.
Ein Foto wäre interessant an der Uniform.
Blau sagt sie ist geschafft. Zeigt auf einen Stoß Akten.
Man geht noch immer wenig auf sie ein.
Der Trainer bemerkt das, schaut sie an und versucht festzustellen, ob er schon näher auf sie eingehen muss oder ob es genügt, alle ein wenig zu entlasten.

Dann spricht er über die Rollenbilder, sagt dass Patienten oft die Kind-Position einnehmen, das hätte mit ihrer Erkrankung und dem Versorgtwerden zu tun, dass sie kaum als Partner erlebt werden. Alle hören zu, überlegen, nicken.

Frage des Trainers: „Wie sprechen Sie einen Patienten an, der Ihnen im Dienstmantel eines Arztes entgegen kommt?“

Prof. meint, er würde sagen: Hallo. OAM murmelt mit. Blond, Blau lachen über das Gedanken-Experiment. Prof. erzählt von der Psychiatrie, dass er solche Leute dort erlebt hätte.

(15.57h) OAM zieht sich an. Er schlägt vor, dass am 22.5 von 13 auf 15h verschoben wird, obwohl er dann wieder in die Ordination muss. Er steht und spricht vor der offenen Tür. Er verabschiedet sich und geht. 15.58h.

Der Termin am 22.5. wird mit 13:30 Uhr wie ursprünglich vereinbart festgelegt.

Blond übernimmt es, allen diesen Termin weiterzugeben.

Weiters wird vereinbart, am nächst folgenden langen Termin doch auf die Hohe Wand zu fahren. Kurze Unruhe bei Blau.

Funktion und Rolle: Standpunktwechsel

Trainer spricht von den Lichtverhältnissen beim vorletzten Treffen. Keiner schient sich zu erinnern. Wegen verfrühter Abfahrt erinnert sich auch der Prof. nicht.

Der Trainer kommt wieder zum Thema.

Ob man die Liste vielleicht Liste vervollständigen könne?

Blond meint, der Chef wird kommen, Prof. meint der Chef wird nie kommen.

Alle meinen, der Chef werde kommen, aber nur dann und wann, und demnächst sei er in Paris. Es wäre sicher gut, wenn er da wäre, denn dann könne man ihm einiges sagen.

Der Trainer meint, man könne ihm einiges sagen, wenn er da sei, und man könne das auch auf eine Liste schreiben, um es zu ordnen und nicht zu vergessen.

Langes Treffen auswärts: Prof. nimmt seine Frau mit. Er fragt die Damen. Blau will in Wien bleiben. Blond ist für Ungestörtheit. Anfahrtsweg ist lang. Rot ist es gleich, fand Wr. Neustadt ganz gut, auch wegen der Busfahrt, bei der sie sich schon recht gut auf das Treffen eingestimmt hätten. Sie sei lustig gewesen.

Trainer nennt sich selbst einen „Bröserlklauber“ und nimmt einen Halbsatz von Blau auf, die gesagt hatte: „...dann kann ich mir ja für nachher nichts vornehmen, und der Tag ist futsch“.

Blau meint, sie will ihre karge Freizeit nicht streichen, bestätigt ihr Interesse, meint aber, ein ganzer Tag sei zu lang, und dann „dahin“.

Blond ist sehr interessiert an Struktur.

Blau schaut nach unten.

Prof. meint „ich bin da“.

Trainer setzt darauf fort: „Wenn ich geh’, dann geh ich’, wenn ich steh’, dann steh’ ich, wenn ich ess’, dann ess’ ich. Aber ich steh’ nicht wenn ich gehe, und ich gehe nicht, wenn ich esse.“

Ein altes Sprichwort.“

Die Runde nimmt das recht emotional auf, Blau geht aus sich heraus, meint, genau das fiele ihr schwer, bringt auch ein Beispiel aus der Arbeit, ebenso Rot.

Einige Zeit lang wird darüber geredet, ob es nicht etwa unmöglich sei, dieses Prinzip im Arbeitsalltag zu leben. Aber nach einiger Diskussion einigt man sich, dass es schon reizvoll sei, es einmal zu versuchen.

Es sei eben sehr schwierig, in Gedanken nicht schon „draußen“ zu sein, und sich dabei darüber zu ärgern, dass man eben doch jeden Tag kurz vor Schluss noch 4 Patienten warten hätte. Blau meint, ihr gehe es besonders auf die Nerven, sie wäre nahe dran, in ihrem hässlichen Kämmerchen laut zu schreien.

Sie fühle sich ausgenützt, müsse aber immer lächeln. Und das mache sie aggressiv.

Sie wäre dann nur unwillig bei der Sache, und das sei auch der Grund, weshalb sie sich nicht einen ganzen Tag frei halten wolle für wein Seminar. Dann wäre sie vor Ende schon wieder bei dem anschließenden Termin, der ihr eigentlich Spaß machen werde.

Der Trainer fragt, ob jemand Bogenschießen kann.

Blau sagt ja.

Der Trainer ist erstaunt und erfreut über seinen Zufallstreffer und bittet Blau, die Bewegung zu zeigen, wenn man einen Pfeil ins Ziel bringen will. Blau zeigt es vor. Alle verfolgen den Vorgang mit Interesse.

Der Trainer macht die Bewegung nach.

Was ist der Unterschied zwischen beiden Bewegungen, fragt er.

Es wird getüftelt. Einige lachen über die Haltung des Trainers, die sei nicht ganz so professionell gewesen.

Man muss den Pfeil an sein Ziel denken, merkt der Trainer an.

Alle lächeln.

Der Trainer sagt, es geht um die mentale Einstellung. Man beendet die Ziel-Haltung nicht, bevor der Pfeil sein Ziel erreicht hätte. Das führt dazu, dass die entscheidende Bewegung in der Mitte der Konzentration stattfindet, und das Ergebnis müsste ein genauer Treffer sein.

Blond fragt, ob es so geht, schaut den Prof. skeptisch an.

Blau will den Tipp testen. Blond schreibt auf. Sie soll später darüber berichten.

Blau wirkt sichtlich gelöst, sie hat sich einbringen können und wohl einen wesentlichen inneren Zusammenhang erkannt. Sie ist nun gar nicht mehr gegen ein langes Treffen auswärts.

(16.23h) Rot lümmelt.

Prof. spricht von Prioritäten setzen.

Er erzählt, einmal hätte er den Patienten einfach gesagt, er habe heute Hochzeitstag und müsse pünktlich heim. Das hätten sie verstanden und ihm später sogar noch gratuliert.

Rot sagt, sie ist oft in der Ambulanz und wird dort beleidigt, wenn sie Termine hat und weg muss. Blond ist sehr aufmerksam dem Trainer gegenüber.

Der Trainer sagt, dass es einen Unterschied gibt zwischen den beiden Darstellungen.

Man erkennt, dass die Botschaft besser ankommt, die weniger abstrakt, also besser einsichtig sei. Obwohl der private Grund nur ein Mal im Jahr gelten könne (alle lachen).

Rekapitulation der heutigen Themen um 16.27h

Trainer sagt, „ist einfach“, Prof. sagt „klingt einfach“.

Rot spricht von Überstunden in Einzelfällen. Sie macht sich sorgen um Patienten.

Prof. sagt, dass er das kontrolliert. Rot ist jetzt beruhigt.

Blond und Rot entschuldigen sich für das Fernbleiben zum nächsten Termin.

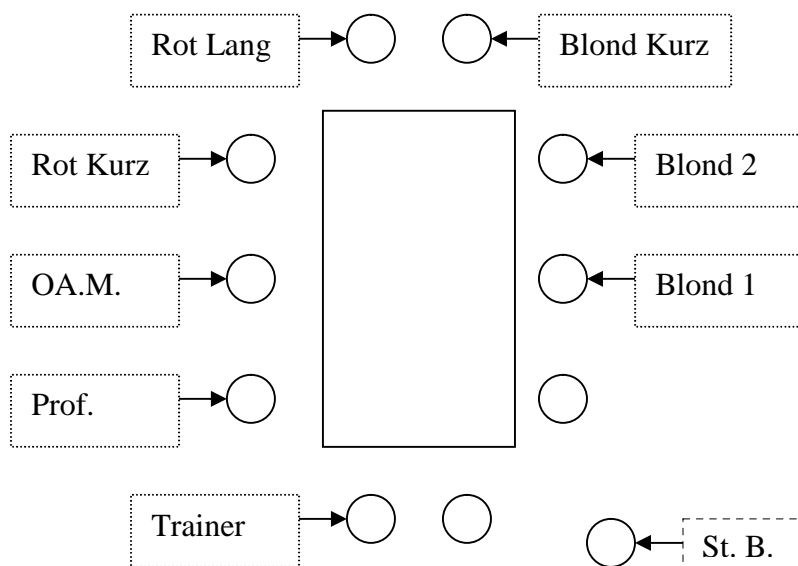
Ende 16.36h

Prof. lädt Trainer und Beobachterin zum Kaffee ein, Beobachterin ist weiterhin „unsichtbar“, der Trainer bedankt sich für die orientalische Gastfreundschaft und meint, den Kaffee möchte er jetzt nicht annehmen, so lange die Sitzungen nicht zu Ende wären. Das sei ein Prinzip seiner Arbeit, so sehr er auch die Einladung angenehm und nett fände.

(Es ist in der Situation nicht ganz klar, ob das gerne so verstanden wird. Trainer meint zur Beobachterin, dass er das immer so halte, vielleicht werde es einmal Thema in der Gruppe.)

Die obligatorische Nachbesprechung mit der Beobachterin wird ausnahmsweise verschoben.

Sitzung am 22.05.2003



13.39h Geplauder bis alle eintreffen. Thema Marathon

13.42h Befindlichkeitsrunde zum Beginn

Blond 1 nicht so gut, Rot nicht gestresst, alles erledigt, Prof. geht besser als bis vor Kurzem, hatte viel vorzubereiten. Schwester in Blau vom letzten Mal will nicht mehr kommen, weil sie schwanger ist. Sie kann aber jederzeit wieder in die Gruppe aufgenommen werden.

13.47h OA M wird angepiepst.

Chef wird kommen, sobald es ihm möglich ist.

Rot kann nicht wegen Erstkommunion, Professor ist verwirrt wegen Terminverschiebung, er dachte 8. Juni oder 21. Juni Prof. lobt Blond Kurz für ihr Gedächtnis.

Trainer bietet an, Mitfahrgelegenheit zu organisieren.

13.51h OA M. kommt. Prof. sagt ihm, dass der nächste Termin am 14. Juni ist. Trainer wird von Blond 1 Bescheid bekommen, wer kommen wird und wer im Bus mitfahren wird. Um Wegbeschreibung zur Hohen Wand wird gebeten. Auch OA M. bietet Fahrgelegenheit an.

13.54h Alle Infos haben gepasst, sagt OA M. Ihm geht's nicht so gut. Gereizte Stimmung, hitzig und Frage nach Schuld / ob er selbst daran Schuld sei.

OA M hat eine Platz greifende, doch mehrfach abgestützte und verschlossene Sitzhaltung angenommen und wirkt steif, vorsichtig und ein wenig abwehrend.

Trainer spricht vom Fels in der Brandung, geschützt, abgeschützt.

OA.M. kann noch nichts damit anfangen. Verbal geht's nicht gut, Gelächter.

Widerspruch zu der Haltung ist der Anspruch, einander zu helfen.

Prof. sagt, OA.M ist überarbeitet. Er meint auch zu empfinden, die Gereiztheit von OA.M. kommt aus ihm selber. Diskussion über Erklärung (Vernunft, Ergebnis einer Fakten-Analyse), Empfindung (Seele) im Unterschied zu Meinung und Deutung (persönliche Modelle).

Was bedeutet: „Meine Empfindung ist, dass du einen 48-Stunden-Dienst hinter dir hast.“?

13.58h Rot kurz kommt. Trainer Erläutert die Themen. „Es tut mir leid“ sagt Rot Kurz lächelnd. Passt zum Thema Widerspruch. Unterscheid zwischen Körpersprache und dem Inhalt des gesprochenen Wortes.

Erklärung: das Wochenende war hart. Lösung für zu lange Dienste. Prof. spricht für OA.M. Trainer meint, dass sie wie ein Pärchen sind (die Männer arbeiten sehr eng zusammen), die Damen lachen.

Jemand schaut herein, zeigt sich aber nicht. Rot ruft in Richtung der Person, er/sie könne teilnehmen, andere murren.

Diskretion und Vereinbarung, wie die Gruppe sich erweitern kann.

Trainer führt zurück zum Thema, weshalb, wann und wozu es wohl nötig ist, die Gedanken Anderer zu erraten.

Trainer erläutert, Kinder versuchen zu erkennen, was Eltern denken, um sich abzusichern. Nicht angepasstes Verhalten kann zu Bestrafung führen, die vermieden werden soll. So kann es zu Missverständnissen kommen und Zunahme des psychischen Drucks.

Umsetzung auf die Situation der Gruppe während der Arbeit.

Prof. lächelt zum Thema.

OA.M. findet die Fähigkeit, Gedanken Anderer zu erkennen, eher sehr vorteilhaft und nennt das Empathie: „die Begabung, Gefühle durch Analyse in Andere zu platzieren.“

Der Trainer greift das noch einmal auf.

Gefühl – Meinung.

Analyse auf Kopfebene, Gefühle auf Körperebene.

Empathie ist ursprünglich Mitfühlen.

Empathie kann eher nicht sein, eigene Gefühle in die andere Person zu projizieren.

Fels, gestützt → Aufspaltung → Analysieren

Vergleich zum Kind, nicht Empathie → Notlösung (Lösung für die Notsituation)

Empathie → Was ist mit Dir? z. Bsp. Notgemeinschaft am Wochenende (Dienst)

Was ist Tatsache? → Fragen

Eine Frage braucht von dem ausgesprochenen Gedanken bis zur verstandenen Antwort rund 10 Sec. (Frage - Antwort Sequenz).

14,12h OA M. geht kurz.

Prof. wird gefragt, warum er weiß, dass OA.M am Wochenende gestresst war.

„Es war ein komischer Tag.“ Assistentin sagt, die Leut' sind furchtbar, Patienten gereizt, und auch die Kaffeerrunde suchte an dem Tag nach dem Grund.

Der Mond sei schuld (Vollmond). Prof. glaubt nicht daran.

14.16h Jemand schaut bei der Tür rein. Eine Dame fragt ob er, mit machen will. Rot lang will ihn nicht dabei haben.

Er ist nicht vom Team. Der Trainer meint, jemanden einfach so herein zu nehmen, war nicht vereinbart.

Rot Lang sagt, sie wusste schon, dass er das sagen würde.

Gelächter.

Was bedeutet Notgemeinschaft? Will ich mit dem Anderen zusammen arbeiten?

Konstrukte: „Ich weiß schon, was los ist.“

„Ich frage **mich**...“ → Antwort kann nur das Eigene sein, nicht aber das, was beim Anderen tatsächlich vorliegt.

Wie geschieht das bei der Untersuchung? Was hört der Prof.? Geräusche des Herzens. Die Technik hilft ihm. Ein Bild wird aus einzelnen Informationen gemacht.

Schritte zum Ergebnis → in Sekunden.

Jeder Schritt ist überprüfbar: 60Sec. für eine gründliche Untersuchung.
Rot Lang seufzt während der Ausführungen des Prof.
Gründlicher Eindruck, Prof. macht es genau, obwohl er sagt, er hört schlecht.

Auf Arbeit bezogen: → viele Eindrücke ergeben zusammen erst ein gesamtes Bild.
Überprüfen, ob die eigenen Eindrücke mit dem, was vorliegt, überein stimmen.

OA M. meint, die Eindrücke so zu überprüfen:
Bsp. „Heut ist es aber hektisch, oder“? „Wie kommst du da drauf“? „Heut sind alle so unruhig“. Grund wird gesucht und analysiert. „Wann, bei der Visite“? „Allgemein“ Missverständnis → OA.M fühlt sich besonders bei der Visite oft „allein gelassen“.
Der Trainer weist auf die Sequenz hin, in der das Kind Thema war.

Unzufriedenheit mit veranlasst OA.M immer zu extremer Genauigkeit.
Trainer freut sich über den Einwurf: „... wenn die (Jungärzte und Personal) nicht vorbereitet sind, prüfe ich besonders genau, und dann wird die Visite besonders lang“.

Trainer meint, ob da nicht ein Sadismus dahinter stecke, denn OA M habe das jetzt besonders lustvoll gesagt.

Alle lachen.

OA M kommt darauf zu sprechen, wie sehr es ihn ärgere, bei der Visite allein gelassen zu werden. Und seine Langsamkeit (begründet durch Genauigkeit) sei dann wohl schon auch „Rache“. Aber die Jungärzte lernen dabei und er prüfe nie gemein.

(Ein Oberarzt ohne *venia docendi* redet davon, wie er prüft, während ein Professor dabei sitzt und zufrieden lächelt. – Nivellierung der akademischen Hierarchie).

Thema ist:

Verhältnis von „allein gelassen und allein stehen gelassen werden“: Wer lässt wen öfter und länger allein, und wer hat für sich die bessere Begründung?.

Das wird besonders von OA.M und Rot Lang debattiert, die hier wohl zugleich einen Stellvertreter-Konflikt und einen realen Arbeitskonflikt austragen.

Wahrscheinlichkeit ist eher gering, dass OA.M weggeht, meint dieser, er steht aber oft ohne Schwester da (20 zu 1).

Rot Lang hält die Visite für zu lang, weil viele Patienten zu besprechen seien und daneben immer irgend welche Firmen kämen. OA. M. hat sich da zu viel aufgebürdet.

Der Chef hingegen läutet, wenn er sich „allein“ fühlt.

Alleingelassen werden ist Gefühl von „Wertlosigkeit“ und „Angst“.

Blond demonstriert, wie die Studenten am Tisch kratzen, wenn sie warten müssen, alle lachen.

Trainer meint wieder, dann sei das ja doch Sadismus, wenn der Eine sich dann wohl fühle, wenn der Andere allein gelassen werde?

Alle lachen.

Erst Auseinandersetzung bilde eine Gesprächsbasis.

Fragen der Patienten beantworten: da ist schwesterliche Hilfe gefragt. Schwester geht von der Visite weg, um Zeit zu sparen und andere Aufgaben zu erledigen, während OA M seine Prüfungen zelebriert. 3 Std. Visite ist zu lang.

Längere Diskussion zwischen OA.M und Rot Lang über die Zeit.

Prof. will etwas sagen, kommt aber nicht zu Wort.

Nach Ermunterung durch den Trainer setzt er sich durch und sagt, ohne Schwestern ist die Visite schwieriger.

Rot Lang sagt, sie ist immer dabei. Im Gegenzug heißt es, oft ist keine Schwester dabei.

Es dauert, bis jemand kommt und den Bericht bringt.

Rot Lang wirkt wütend.

Die Beschuldigungs- und Rechtfertigungs-Szene von eben wiederholt sich.

Der Trainer unterbricht.

Darstellung der Fronten:

Verständigung → Lösung → Organisation.

Das könne auf der Sachebene erreicht werden und werde später genauer zu diskutieren sein.

Aber im Vordergrund stehe ja noch das Kind:

Alleingelassen sein → Gefühl der Angst, des Zorns.

Zorn und Wut und Ohnmachts-Gefühle zulassen und damit ein neues Modell zu reagieren ermöglichen.

Visite wird regelmäßig in die Länge gezogen und findet noch weniger Zuspruch.

Daher ist es nötig, den Kreislauf von wechselseitigem Alleinlassen und Wuterzeugen zu durchbrechen.

Nun wird diskutiert, wie das in der Arbeitssituation zu verbessern sei.

An Stelle der „ewigen“ Besprechung vor dem jeweiligen Zimmer am unruhigen, engen und dunklen Gang, soll eine Sitzvisite (die nie gemacht wurde) versucht werden.

Rot Lang sagt, da wären Störquellen nicht so gegeben. Man wolle mit dem Chef sprechen bezüglich dieser Lösung. Rot Lang hat immer auch das Telefon „am Hals“.

Prof. will jetzt reden.

OA.M. möchte die Sitzvisite ausprobieren von 9h-9.30h – Prof. will betonen, dass es sich um OA.M.'s Visite handelt, seine eigene wäre ohnehin viel kürzer.

Telefondienst ist ein wichtiger Punkt.

Idee des OA M., einen Arzt zum Telefondienst zu verdonnern, scheint unrealistisch und ist wohl noch ein Rest der Macht- und Racheproblematik von zuvor.

Prof. meint, am Telefon solle man ohnehin nur Wichtiges annehmen, ansonsten zurückrufen.

Trainer wiederholt in einer kurzen Zusammenfassung der Sitzung, das Gefühl des Verlassens-eins ist ein Relikt aus der Kindheit, das in der Arbeit stören kann.

Aus der Erfahrung heraus könne die Visite gut organisiert werden.

Das könne dazu beitragen, Wiederholungen und Verkrampfungen aufzulösen.

15.02 Ende. Alle brechen auf. Prof. und OA. M machen Scherze und verhalten sich wieder wie das erwähnte „Pärchen“.

Gruppendynamisch hat sich eine ansatzweise Positionierung ergeben, verbunden mit dem Lerneffekt, analytisch zu denken und die Beziehungsanalyse in das berufliche Handeln einfließen zu lassen.

Angela Reizensahn
vidit: Dr. V. Ellmauthaler

Analyse, Rückbindung mit dem Team und Zusammenfassung des Gesamtprozesses müssen entfallen, da der letzte Teil (geplant: weitere 6 Monate) nicht stattfinden konnte.

Daraus ergibt sich folgende Situation:

Das Modell konnte nicht regulär beendet, also auch nicht evaluiert werden.

Das Modell scheiterte an zwei Punkten:

1. Interne Fluktuation.

Der initial am Modell beteiligte Oberarzt hatte sich — ohne davon Mitteilung zu machen — um ein Primariat in einem privaten KH beworben und dieses auf Grund seiner fachärztlichen Qualifikation, jedoch ohne Vorliegen einer universitären Lehrbefähigung, schließlich im Frühjahr 2003 erhalten. Er schied damit ohne Abschied aus dem Team aus. Sein Rollenwechsel konnte nicht bearbeitet werden und hinterließ ein verärgertes, sich im Kern auflösendes Team, die NachfolgerInnen konnten dem Modell in wesentlichen Punkten nicht entsprechen, da sie mehrheitlich aus anderen Abteilungen hinzu kamen. Die Bindungen an den wesentlichen ärztlichen Proponenten des Modells konnten nicht regulär aufgelöst werden, somit war das Modell von innen her unpraktikabel geworden.

Lösungsmöglichkeiten für diese Krise konnten mangels weiterer Termine weder vorgeschlagen noch erarbeitet werden.

2. Externe Faktoren:

2.1. Ende der Finanzierung:

- a) Der pharmazeutische Konzern, der einen Großteil der Finanzierung übernommen hatte, wurde von einer größeren Firma aufgekauft, diese stellte die Finanzierung ein.
- b) der Trainer beantragte darauf einen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät, später: Medizin-Universität Wien, um auf dieser Basis weiter arbeiten zu können, dieser Antrag wurde jedoch nie bescheidmäßig bewilligt oder abgelehnt.
- c) Der Trainer bot an, aus Interesse an der Komplettierung der Studie 5 Sitzungen kostenlos zu arbeiten. Dies wurde von der Stationsleitung mit der Begründung abgelehnt, eine reguläre Arbeit könne nur standardisiert, d.h. nach den Richtlinien für ordentliche oder außerordentliche Lehraufträge, genehmigt werden.

2.2. Widerstände des übergeordneten Systems:

Wesentliche Kennzeichen der Modell-Gruppe (die diese von anderen unterschieden) waren:

- a) die Einbindung aller am Patienten arbeitenden Berufsgruppen in das Supervisionsprojekt
- b) Anteile Selbstorganisation in vordefinierten Phasen der Team-Entwicklung
Diese hatten zu Anfragen und Forderungen an das übergeordnete administrative System geführt, welches zu dem Zeitpunkt noch nicht eingebunden war. Dieses übergeordnete System konnte die Entwicklung des Teams auf der Abteilungs-Ebene nicht nachvollziehen und reagierte abwartend nach dem Muster der Verzögerung.

Nachfolgende Modelle haben diese Faktoren von Beginn an zu berücksichtigen und eine Absicherung innerhalb des jeweils letztmaßgeblichen übergeordneten Systems (auf Ebene des Spitalerhalters bzw. auf politischer und legislativer Ebene) vorzunehmen. Die Gesetzgebung hat sich bis 2006 in einzelnen Bundesländern positiv entwickelt (Oberösterreich, Niederösterreich, Salzburg).

Anhang: Verweise / Links

Mag. Dr. Volkmar Ellmauthaler
medpsych
1220 Wien, Seefeldergasse 18 / 8
0 043 699 10 900 802
<https://medpsych.at> | info@medpsych.at

Zur Biographie: <https://medpsych.at/VE-CV-oeffentl.pdf>

Biography in English: <https://medpsych.at/VE-CV-EU-GB.pdf>

Zu den gebundenen Büchern: <https://medpsych.at/Buecher.pdf>

Zu allen Titeln (alphab.): <https://medpsych.at/bibliografie-ell.pdf>

→ Expertenfragen: <https://medpsych.at/Fragen-Antworten.pdf>

Bestellung: <https://medpsych.at/0000-Artikel-Bestellform.pdf>