



**Dynamiken
im
Krankenhaus**

Editorial

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Ich hoffe, dass alle einen erholsamen Sommer – trotz der heftigen Hitze und Wetterkapriolen – hatten und genügend Energie für Arbeit und Leben getankt haben.

Für einen Teil der internationalen Supervisions Community endete die Urlaubszeit mit der ANSE Summer University 2017, die in Rotterdam unter dem Titel „Moved and Being Moved“ stattfand. Über 120 KollegInnen aus über 14 europäischen Staaten nutzten die Gelegenheit, sich – inspiriert durch Vorträge und Workshops – über praktische, theoretische und politische Aspekte unseres Berufes auszutauschen. Einen ausführlichen Bericht wird es in der NEWS 3/17 dazu geben. Für alle, die auch einmal daran teilnehmen wollen und nicht weit fahren möchten, gibt es dafür im August 2019 die Chance dazu. Dann findet die ANSE Summer University in Österreich statt.

Seit der Generalversammlung wird intensiv an der Gestaltung der neuen Homepage und der Entwicklung der ÖVS interne Kommunikation gearbeitet. Viel Arbeit steckt im Detail und Dank Rosie Moser's Übersicht und Kenntnisse sind wir zuversichtlich, bald ein gelungenes Resultat vorstellen zu können.

Weitere Aktivitäten der Geschäftsstelle sind auf den Seiten 18 und 19 zu finden. Dank gebührt auch Christiane Schnalzer führt die Koordination und Überwachung der Renovierung der ÖVS Geschäftsstelle.

Das Protokoll der Generalversammlung 2017 ist sehr umfangreich ausgefallen. Aufgrund der detailreichen und genauen Berichte aus den einzelnen Gremien wäre es im Druck eine eigene ÖVS News Nummer mit über 30 Seiten. Aus diesem Grund haben wir entschieden, das Protokoll nur auf die Homepage zu stellen. Wer es unbedingt in einer Printversion auch haben möchte, möge sich bitte in der Geschäftsstelle melden.

Viel Freude beim Lesen!

*Mit kollegialen Grüßen
Wolfgang Knopf*

Inhalt

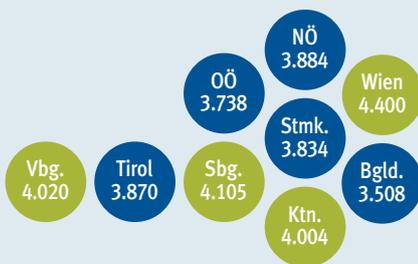
- | | | | |
|----|--|----|---|
| 3 | Dynamiken im Krankenhaus
Ursula Hermann/Wolfgang Knopf | 16 | Lebenskraft statt Burnout
Helga Prähauser-Bartl |
| 4 | Die Konflikte im österreichischen Gesundheitswesen
Ernest Pichlbauer | 18 | Öffentlichkeitsarbeit der ÖVS |
| 7 | Effizienz von Supervision und Coaching im Krankenhaus
Verena Krassnitzer | 18 | Renovierung des ÖVS Büros |
| 10 | Wie viel Tod verträgt das Krankenhaus?
Ursula Hermann | 19 | Supervision in der Ukraine – zwei Aufrufe! |
| | | 20 | Finanz & Co
Dr. Günther Fisslthaler |
| | | 20 | Veranstaltungen |
| | | 21 | Aufgeblättert |
| | | 24 | Willkommen – Neue ÖVS-Mitglieder |

Övs News Redaktion sucht Mitarbeiterinnen!

Die ÖVS News erscheint 3x im Jahr und wird durch das Redaktionsteam gestaltet. Gestaltung heißt Themenschwerpunkte zu finden und diese zu betreuen. Betreuen heißt, AutorInnen zu finden oder aber auch selbst etwas schreiben. Die notwendigen Redaktionssitzungen werden in Zukunft auch über skype abgehalten werden. Also eine große räumliche Distanz sollte kein Hindernis sein! Über Interessierte freut sich die Redaktion und die Geschäftsstelle!

ÖSTERREICHISCHES GESUNDHEITSSYSTEM

Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro



Durchschnitt Österreich: 3.973

Lebenserwartung bei guter Gesundheit in Jahren



Durchschnitt Österreich: 66

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Prozent



Durchschnitt Österreich: 78

■ unter Durchschnitt ■ über Durchschnitt ■ im Schnitt

Dynamiken im Krankenhaus

Ursula Hermann/Wolfgang Knopf

Das österreichische Gesundheitswesen ist und bleibt ein Thema öffentlichen Interesses. Am 22.08. präsentierte bei den Alpbacher Gesundheitsgesprächen die Gesundheitsökonomin Maria Hofmarcher eine Studie, die die eklatanten Unterschiede zwischen den österreichischen Bundesländern zeigt (siehe Grafik) und am 25.08. stellte DER STANDARD das Gesundheitssystem auf den Prüfstand. Immer ging es dabei um Grundsätzliches.

Supervision ist im Krankenhaus angekommen. Die Träger der Krankenhäuser haben – wenn auch unterschiedlich – Supervision in den Betrieb integriert, Coaching für Führungskräfte beginnt ebenfalls Fuß zu fassen.

Die Auftraggeber erwarten von den SupervisorInnen und Coaches in den meisten Fällen dabei eine Feldkompetenz. Diese beschränkt sich meist auf eine Beratungspraxis im System.

Um die Dynamiken im Krankenhaus zu erfassen, gilt es die wesentliche ökonomischen wie politischen Rahmenbedingungen zu kennen und zu verstehen.

Einen solchen ersten Schritt soll mit dieser ÖVS NEWS Nummer unternommen werden.

Der Gesundheitsökonom Ernest Pichlbauer gibt einen Überblick über die ökonomischen

Grundlagen der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens: dabei verweist er auf unterschiedliche Modelle der Finanzierung, wie der Kombination aus dem Beveridge und Bismarck Modell, die Österreich gemeinsam mit Griechenland eine Sonderstellung in Europa gibt.

Eine interne Sicht über den Einsatz von Supervision und Coaching im Krankenhaus gibt Rainhard Faber, strategischer Personalentwickler im KAV, im Interview mit Isabella Krassnitzer, Koordinatorin der ÖAGG-Pools. Sie machen sich Gedanken über die Effizienz von Supervision und Coaching im Wiener Krankenanstalten Verbund. Interessant ist die unterschiedliche Einschätzung der Wirkung von Supervision und Coaching für die Organisation.

Einen spezifischen Blick auf einen der zentralen Dynamiken im Krankenhaus richtet Ursula Hermann in ihrem Beitrag. Krankenhaus verdient an der Krankheit nicht an der Gesundheit! Zusammenfassung einer Forschung. Das Spannungsverhältnis von Gesundheit und Krankheit ist tabuisiert und wird besonders deutlich am Umgang mit Tod und Sterben im Krankenhaus. Eine Forschung zu diesem Thema bietet der Beitrag: „Wieviel Tod verträgt das Krankenhaus?“

Die Konflikte im österreichischen Gesundheitswesen

Ein Gesundheitswesen ist immer in 3 Ebenen organisiert: **Behandlungs-, Versorgung- und Systemebene.** Von Ernest Pichlbauer



Dr. Ernest Pichlbauer ist unabhängiger Gesundheitsökonom, gesundheitspolitischer Kolumnist der „Wiener Zeitung“ und Buchautor

Die Behandlungsebene beschäftigt sich mit einzelnen Patienten, nämlich denen, die gerade behandelt werden. Auf dieser Ebene findet sich nur ein Patient und ein Behandler. Die treffen nicht grundlos, zufällig und irgendwo aufeinander, sondern in einem Umfeld, der Versorgungsebene. Diese beschäftigt sich dabei nicht mit einzelnen Patienten oder Behandlern, sondern mit den Voraussetzungen, die nötig sind, dass (möglichst) alle Patienten zur rechten Zeit beim richtigen Behandler eine Behandlung bekommen können. Im einfachsten Fall eben dadurch, dass ein Patient dort ist, wo er sein soll. Je nach Definition (nur Arzt, oder doch auch andere Gesundheitsberufe) treten mindestens 200 Millionen Versorgungssituationen pro Jahr auf. Weil das gigantisch komplex ist, schwebt darüber das System, das der Versorgungsebene eine Orientierung geben soll, was, mit welchen Mitteln erreicht werden soll.

Behandler beschäftigen sich mit Patienten, Versorger mit Patientenströmen und Politiker mit dem Ausgleich der Interessenslagen in der Versorgungsebene. Wenn letztere ihre Aufgaben schlecht wahrnehmen, wird die Versorgung von Interessenskonflikten durchsetzt – etwas, das Behandler nicht selten als Folge der Ökonomisierung deuten. Ökonomie ist aber nur das „Haushalten“ mit besessenen Mitteln (Res-

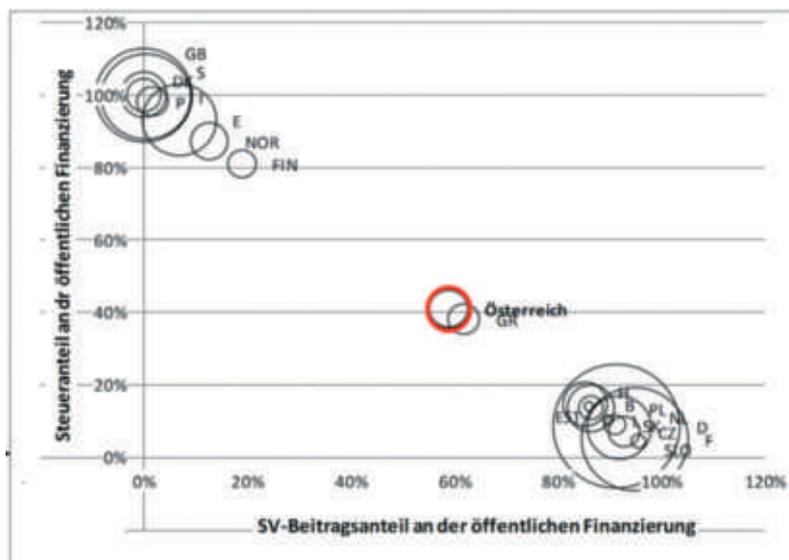
ourcen), die dazu eingesetzt werden (Logistik), ein definiertes Ziel (Motivation) zu erreichen. Ökonomie gibt es also überall, wo Menschen agieren. Deswegen ist der Vorwurf der Ökonomisierung in der Regel nur Polemik derer, die Interessen vertreten.

Um das zu verstehen, muss man drei Modelle unterscheiden: (1) Gesundheitsökonomie, (2) „Neue politische Ökonomie“, (3) Mikroökonomie (Betriebswirtschaft)

Die Gesundheitsökonomie beschreibt „Kosten (Ressourcenverbrauch – nicht nur Geld, sondern auch und vor allem Zeit) pro Patientennutzen-Einheit“. Dem Patienten nützen wollen alle, aber wer darf das wie messen? Dazu braucht es ein Werte- und Zielgerüst (und zwar ganz konkret), das durch einen öffentlichen Diskurs errichtet wurde – eine klassische System-Aufgabe. Womit wir bei der „Neuen politischen Ökonomie“ wären. Diese kennt andere Wertmaßstäbe; es geht um Einfluss (Stimmen)-Verlust/Gewinn pro real durchgeführter Maßnahme. Ein Wertegerüst festzulegen, in dem steht, dass ein Menschenleben soundso viel wert ist, verspricht definitiv keinen Stimmengewinn – denn, Gesundheit ist unendlich wertvoll; was aber heißt, dass das Gesundheitssystem unendlich viel kosten darf. Weil aber die Politik keine unendlichen Ressourcen hat, findet man bei uns praktisch nur Mikroökonomie. Diese arbeitet mit Stückkosten. Um es einfach zu halten, definiert unser System als Stück gerne ein Spital, ein Spitalsbett, eine Kassenordination oder eine Tablette. Ziel sind möglichst viele, möglichst billige „Stücke“. Und bei uns heißt das eben – Aufrechterhaltung aller politisch gewollten Strukturen, bei möglichst niedrigen Kosten – der Nutzen des Patienten ist unerheblich, auch wenn das anders kommuniziert wird.

Grundsätzlich ist der betriebswirtschaftliche Ansatz nicht schlecht und führt v.a. bei akut und schnell heilbaren Krankheiten zu guten Ergebnissen. Schwieriger ist es, wenn es darum geht Innovationen einzuführen. Denken wir an ein neues Medikament, das doppelt so teuer ist, wie das alte, aber auch doppelt so schnell wirkt – wenn nur der Preis pro Tablette gültig ist, ist der Patientennutzen „schneller gesund“ zu werden, nicht Teil der Entscheidung.

Dieses Ökonomiemodell hat also Schwä-



OECD Health Statistics 2015; WHO Global Health Expenditure Database. Darstellung: E.Pichlbauer

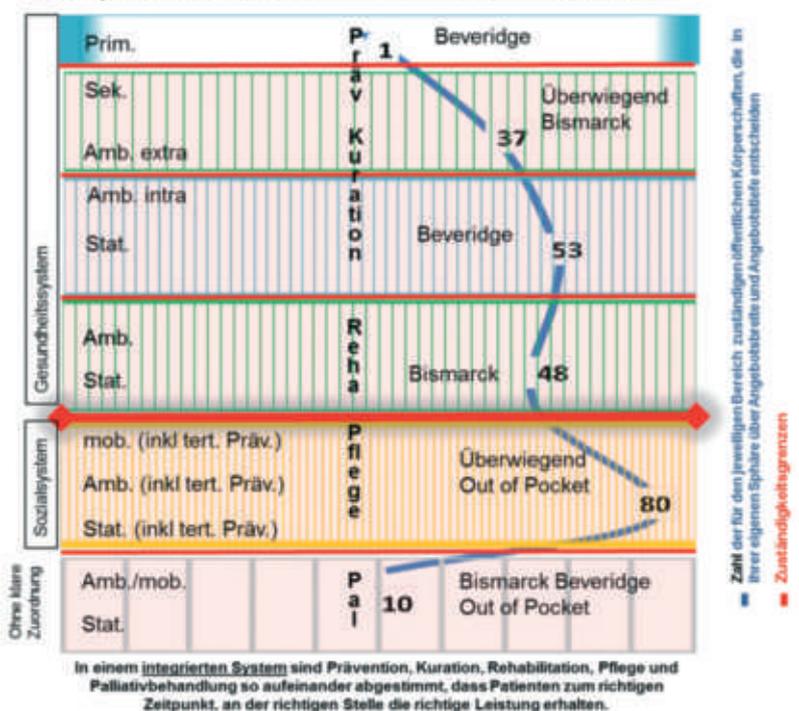


chen. Richtig versagen muss es, wenn mehrere „Zahler“ verantwortlich sind, also die Finanzierung nicht aus einer Hand erfolgt. Und genau das finden wir in Österreich.

Als eines von zwei Ländern in der EU wird das öffentliche Gesundheitswesen nicht entweder aus Steuern (Beveridge-System) oder aus Sozialversicherungsbeiträgen (Bismarck-System) finanziert, sondern aus beiden. Diese duale Finanzierung trägt ein gewaltiges Konfliktpotential, wenn es darum geht, Patienten an der richtigen Stelle zu versorgen. Vor allem, wenn man betrachtet, welche „Hand“ für welche Sektoren zuständig ist.

Denn diese duale Finanzierung zerpflügt das Gesundheitswesen förmlich in horizontale, voneinander unabhängige Teilbereiche, ohne inhaltliche Logik. So ist etwa die fachärztliche ambulante Versorgung extramural Kassen-, intramural Länder-Sache. Oder die Prävention, die ist gleich mehrfach aufgeteilt, die (Tertiär)Pfle-geprävention überhaupt gleich ins Sozialsystem verdrängt, das, anders als das Gesundheitssystem, kein Sachleistungsprinzip kennt.

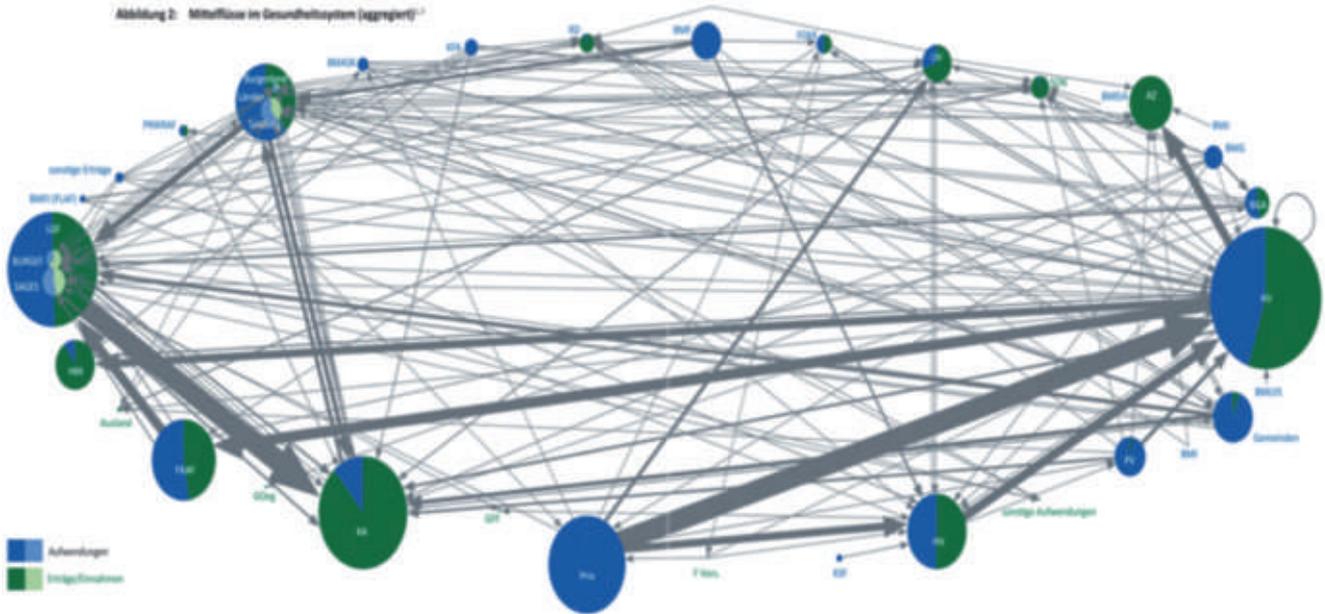
Das systematisch horizontal und vertikal zersplitterte österreichische Gesundheitswesen



Simplifizierte Darstellung der Mittelflüsse zwischen den Institutionen des horizontal und vertikal fragmentierten Gesundheitswesens

Welche Anreize da wohl dahinter stecken?

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)



Doch auch jeder horizontale Teilbereich ist in sich (vertikal) fragmentiert. So sind etwa für die ambulante extramurale Kuratation 35 bis 37 (so genau weiß das niemand) Krankenkassen oder -fürsorgeanstalten zuständig, während die ambulante intramurale Versorgung von 53 Spitalsträgern definiert wird. Und weil über ihnen kein System steht, muss sich keiner vertikal oder wenigstens horizontal abstimmen. Alle folgen der inneren politischen Logik und Eigeninteressen.

Der Rechnungshof hat dieses heillos fragmentierte System dargestellt. Die blauen Kreissegmente sind die Geldgeber, dann wird das Geld durch ein Labyrinth gejagt und kommt irgendwann als Umsatz bei Ärzten und Spitälern an.

Und weil es keine Systemebene gibt, und damit die Versorgung unstrukturiert abläuft, ist der Erfolg mäßig, genaugenommen schlecht. Mit 450.000 amtlichen Pflegefällen (mehr als 65 Stunden Betreuung / Pflege pro Monat, andere werden nicht mitgezählt) gehören wir zu den Ländern, die „Healthy Ageing“ nicht hinkriegen. Zum Vergleich, würde unser System wie

das dänische steuern, 214.000 Österreicher hätten keine erheblichen Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens – wären also keine „echten“ Pflegefälle, bei exakt gleichen pro Kopf Gesundheitsausgaben.

Für Behandler, die direkt vor dem Patienten sitzen, hat dieses Chaos unmittelbare Folgen. Denn, mangels eines einheitlichen Systems, werden die Interessenskonflikte der Versorgungsebene dem freien Spiel der (politisch) tätigen Interessensvertretungen (Gewerkschaften, Länder, Kammern, ...) überlassen. Und so streiten etwa seit Jahrzehnten Apotheker und Ärzte über Hausapotheken, und Kassen mit Ländern, wer für Kinderrehabilitation zuständig ist. All diese Streitereien sind frustrierend. Egal wie sehr sich Behandler bemühen, unter den gegebenen Umständen verbrauchen wir enorme Ressourcen, erreichen aber keine entsprechend gesunde Bevölkerung – der Frust ist verständlich. Und da Politik mit Gefühlen arbeitet, machen sich Politiker diesen Frust zu Nutze und spielen Berufsgruppen gegeneinander aus. Und genau das kann jeder jeden Tag in Ordinationen, Spitälern oder Pflegeheimen täglich überprüfen.

Effizienz von Supervision und Coaching im Krankenhaus

Interview von Verena Krassnitzer mit Herrn Reinhard Faber

Was bedeutet in Ihrem Kontext Effizienz von Supervision und Coaching im KAV?

Zunächst ist ein so wirtschaftlicher Begriff wie Effizienz in dem Zusammenhang immer wieder ein Stück problematisch. Wenn ich diesen Begriff diskutiere, merke ich, dass gerade im unserem Kontext wirtschaftliche Begriffe wie Produktivität nicht so anerkannt und gewünscht sind. Dennoch geht es um Effektivität, um Wirkung von Interventionen.

Das hat ja mehrere Aspekte. Bei uns im KAV sind ja viele ExpertInnen, die in der Krankenhausbildung mit Problemstellungen der PatientInnen sehr oft alleine auf sich gestellt sind. In der Therapie, Diagnostik usw. muss man sehr stark auf PatientInnen eingehen und entscheiden, da kann man nicht sofort reflektieren. Daher ist es als Organisation sehr wichtig, den MitarbeiterInnen solche Instrumente anzubieten, um zu signalisieren, dass der Arbeitgeber um die Problematik weiß und einerseits Supervision, aber auch Coaching für schwierige Situationen anbietet.

Wie macht sich Effizienz bemerkbar?

Effizienz macht sich auf zwei Ebenen bemerkbar: in der qualitativ hochwertigen Arbeit, aber auch in der Stärkung der Reflexionsfähigkeit bzw. der Personen selbst, so dass die MitarbeiterInnen, auch unter großer Belastung, weiterarbeiten können. Eine Wirkung zeigt sich, wenn MitarbeiterInnen sich subjektiv wohlfühlen. Das bedeutet aber auch für uns, dass wir gerade bei professionell im Krankenhaus arbeitenden Menschen immer Überzeugungsarbeit leisten müssen. Wir verordnen das nicht, aber sorgen dafür, dass das Angebot sichtbar ist.

Würden Sie da einen Unterschied zwischen Supervision und Coaching machen, oder kann man in Bezug auf Ihre Antwort hier beide Formate subsumieren?

Ja, in der mittelbaren Wirkung. Durch das Stärken einer Führungskraft, die ja als Zielpunkt den Mitarbeitenden hat, haben wir auf die Professionalisierung, auf das Wohlbefinden, Stabilität der mit PatientInnen arbeitenden MitarbeiterIn eine doppelte Wirkung. Beide Formate sind sehr brauchbar, aber In der Effektivitätsfrage stelle ich das Coaching noch ein wenig



Reinhard Faber

Bereichsleiter Strategische Personalentwicklung und Bildungsmanagement sowie für Gesundheits-, Gender- und Diversitätsmanagement ... seit über 30 Jahren im Personalmanagement der Krankenhäuser Wiens, seit 1997 Aus- und Aufbau strategischer Personalentwicklung und seit 2003 Gestalter und Prozesseigner für Supervision im Wr.Krankenanstaltenverbund

drüber, weil es nicht aus einem eigenen Impuls zu einer Unterstützung kommt, sondern auch die gecoachte Führungskraft, als Verantwortliche für die Organisation, noch mal „eines drauf legt“. Doppelte Wirkung. Coaching kommt auch deswegen eine besondere Bedeutung zu, weil es hier die gezieltere Orientierung gibt, mehr als in der Supervision.

Was soll Supervision und Coaching aus Ihrer Sicht für das Gesamtsystem KAV leisten? Welche Erwartungshaltung haben Sie hier als Personalentwickler?

Wir haben dieses Thema ja von Grund auf entwickelt, unter anderem ja auch mit dem ÖAGG. Für uns bedeutet Supervision und Coaching immer eine Intervention, die zwei Blickwinkel verfolgt: das eine ist die Qualitätssicherung der Arbeit, von Prozessen und Abläufen. Das andere ist die Gesundheitsförderung, die emotionale Stabilisierung der einzelnen Personen, was die mentale Stärkung des Einzelnen zum Zentrum hat. Das ist unverzichtbar.

Der Beitrag von Supervision ist ja vielfältig für die Organisation. Auch durch das professionelle Agieren der SupervisorInnen, um das Teamgefüge zu stärken und ein Ventil zu ermöglichen, um bestimmte Belastungen auch ausleben zu dürfen. Nicht nur: ich muss stark sein, darf keine Schwäche zeigen: Dass Expertenorganisationen hier Unterstützung für ExpertInnen liefern müssen, das ist der Punkt. D.h., der Beitrag von Supervision ist, die Stärkung und Stabilisierung des Staff des gesamten Leistungserbringers. Wir sind ein Dienstleistungsbetrieb, d.h. bei uns arbeiten Menschen, wir haben keine Maschinen, die wir abschalten können, außer auf der Intensivstation. Aber die Hauptleistung bieten Menschen an. Und diese sollen Unterstützung bekommen.

Und das Coaching ist natürlich auch eine Möglichkeit, sichtbar oder spürbar zu machen (mit einigen Einschränkungen), wie denn die Grundhaltung der Organisation zum Thema Führen generell ist. Wenn ich eine Organisation habe, die kein Coaching anbietet, zumindest so systematisch wie wir, wird der Führungskraft signalisiert „Du musst funktionieren, und wenn Du Hilfe brauchst, hol sie dir von außen.“ Und wir signalisieren, und das ist der Beitrag zum Gesamterfolg als ein Arbeitsmittel, eine Unterstützung zur Verfügung gestellt bekommen, um sich mental auf schwierige Situationen und Veränderungen einzustellen.

Wenn man hier weiterdenkt, kann man sagen, dass FK-Coaching einen Beitrag zur lernenden Organisation liefert?

Ja, absolut! Die Herausforderung, die wir im KAV beim FK-Coaching haben ist, dass der Coachee direkt mit dem Vorgesetzten das Coaching-Ziel besprechen muss. Da gibt es schon noch eine Barriere, die vorhanden ist. Für sich selbst als Coachee etwas zu holen, das ist einigermaßen anerkannt, aber die Wirkung des Coachings für die Organisation zuzulassen, das ist noch eine große Herausforderung. Nur wenige erkennen darin auch die Chance, dass sich damit die Organisation auch verändert. Und das gehört weiter bearbeitet. Und wenn man so will, wäre es der Beitrag der Führungskraft, genau da zu erkennen, dass die Organisation

KAV auch eine Veränderung braucht. Also in Bewegung ist, und durch Coaching, durch die einzelnen agierenden Führungskräfte modelliert wird, und somit kann man sagen, lernende Organisation. Das ist das theoretische Gebäude, und dort, wo uns Führungskräfte beweisen, dass sie dies erkannt haben, funktioniert es auch wunderbar. Da geht auch die Organisationsentwicklung weiter. Ich komme aus der Personalentwicklung und schaue natürlich darauf, dass sich die Personen entwickeln, aber natürlich ist der Beitrag Coaching auch ein Beitrag zur Organisationsentwicklung.

Was erwarten Sie vom Coach, wann ist der effizient?

Er/sie soll eloquent und sehr offen den Problemstellungen vom KH/Pflegewohnhaus oder einer Führungskraft gegenüberstehen, dem sehr gut begegnen. Nicht umsonst haben wir Kriterien in der Vertragspartnerschaft (mit dem ÖAGG) aufgenommen, dass der Coach/die Supervisorin eine mehrjährige Erfahrung im Krankenhauskontext haben muss. Um hier viele Entwicklungen, Stolpersteine zu erkennen, um letztendlich aus dem KH-Kontext auch den Blick hinauszumachen, auf eine neutrale Organisations-Sicht. Hemmnisse sollen etwas zurückgedrängt werden und andere Perspektiven entwickelt werden. Nicht alles ist realisierbar, dennoch braucht es auf Seiten des Coaches einen Perspektivenwechsel. Und das ist meiner Meinung nach das Hauptziel, wenn wir mit Coaches arbeiten, dass der Perspektivenwechsel, die Vogelperspektive auf das Problem, die Organisation und auf die Menschen gegeben werden. Es ist die Erwartung an Supervisorinnen und Coaches, der FK die Chance zu geben, selbst den Blick zu heben, und nicht nur auf das Problem zu schauen. Viele unserer Professionalisten, wenn ich an ÄrztInnen denke, haben ja gelernt, genau auf das eine Organ zu schauen, das Probleme macht. Dass aber der Mensch als Ganzes viele Einflussfaktoren in sich trägt, die eine Ursache für eine Erkrankung sein können, das ist jetzt heute auch schon viel mehr verbreitet, dennoch schauen einige noch immer ausschließlich auf das Symptom. Die Aufgabe des Coaches sehe ich darin, den Blick aufs Ganze zu ermöglichen.

Weil Sie den Kontext Symptom erwähnt haben, eigentlich die systemische Perspektive. Glauben Sie, dass ein Coach, eine SupervisorIn zumindest Grundkenntnisse aus dem systemischen Denken braucht?

Ich glaube, das ist unverzichtbar. Der Coach muss switchen können. Sich Einstellen auf die/den KundIn, die vielleicht den analogen Weg

gehen. Eine Außenperspektive, das ganze System reinzuholen, das ist unverzichtbar.

Das gleiche gilt für die Supervision aus Ihrer Sicht?

Ja, vielfach kann man mit unserem Modell der Kurzzeitsupervision fokussiert auf Problembewältigung arbeiten, die SupervisorInnen sollten das jedenfalls im Repertoire mithaben. Ob sie es dann anwenden können, ist die Frage, je nachdem, was die Gruppe braucht.

Können Sie die Effizienz von Supervision und Coaching an Zahlen festmachen?

Da muss man differenzieren. Sie sprechen mich als strategischen Personalentwickler an, meine Wahrnehmungen beziehen sich auf die anonymen Feedbackbögen aus den Häusern, und teilweise auch auf die Resonanz der Ansprechpartnerinnen in den Häusern. Diese begleiten ja den Prozess aus einer administrativen, übergeordneten Sicht. Wir haben ja keine Berichtspflicht, wir haben aber zwei systematische Rückmeldungen, nämlich ob das Ziel erreicht wurde oder nicht und ob Supervision wieder in Anspruch genommen würde.

96 Prozent würden Supervision wieder in Anspruch nehmen (zeitlich begrenzt 2016), (84% 2015). Beim Coaching kann man nicht so viel sagen, weil wenige Aufträge abgewickelt wurden. Da sind wir immer noch in den Anfängen, da gibt es Nachholbedarf. Die Zufriedenheit wird beim Coaching nicht abgefragt. Aber Effizienz kann schon daran gemessen werden, bzw. SV kann als Erfolg gewertet werden, wenn es wieder in Anspruch genommen wird.

Welche Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht gesetzt werden, um die Effizienz von Supervision und Coaching zu steigern?

Wenn wir zunächst Coaching anschauen, sollte dieser Beratungsprozess mehr im Sinne eines Lernprozesses fix eingebaut werden. Wir sind derzeit dabei, alle unsere Führungskräfte-schulungen und Trainings neu auszurichten. Wir integrieren in alle diese Lehrgänge Coachingsequenzen. D.h., wir wollen auch erwachsenbildnerisch mehr tun, als es bisher in manchen Bereichen stattgefunden hat. Wir wollen jetzt ganz andere Wege gehen. Natürlich soll es inhaltliche Impulse geben, aber, vor allem bei Nachwuchsführungskräften, soll das kollegiale Lernen gestärkt werden. Und das soll durch Einzelcoaching Angebote begleitet werden, freiwillig zwar, aber deutlich aufgefordert, einzelne Lernabschnitte für sich zu reflektieren.

Ganz anders ist in diesem Zusammenhang die Supervision zu sehen. Wenn wir an die Zukunft denken, ist es ganz wichtig, in den

Arbeitszeiten, im Dienstplan, tatsächlich fixe Reflexionsstunden für ein Team einzubauen. Nicht draufzusetzen, nach dem Motto, wer Zeit hat, kommt halt auch, sondern genauso einzuplanen, wie z.B. Dienstübergaben.

Wird damit die Freiwilligkeit in Frage gestellt?

Sie ist gefährdet, keine Frage. Das müssen wir in Kauf nehmen.

Stichwort Effizienz und freiwillige Teilnahme: Wäre die Wahrscheinlichkeit größer, wirkungsvoll zu sein, wenn diese Angebote verpflichtend wären. Kann man hier – aus Ihrer Sicht – eine kausale Verbindung herstellen?

Das würde ich nicht automatisch mit ja oder nein beantworten. Ich glaube, dass es da auch die Sicht des Supervisors braucht, mit dem Team abzugleichen. Da tu ich mir schwer, das absolut zu sehen. Bei der zeitlich begrenzten Supervision würde ich es so sehen, dass beim Einstieg die Freiwilligkeit herrscht. Wenn man aber einmal dabei war, dann ist es Verpflichtung wieder zu kommen. Aber das ist keine einfache Entscheidung. Das hängt ganz von der Kultur, dem Betriebsklima ab, das sich gebildet hat, die geprägt wird von Führungskräften, es hängt aber auch von den unterschiedlichen Disziplinen ab.

Wie wird aus Ihrer Sicht Supervision und Coaching in Zukunft im KAV eingebettet sein, welche Rolle wird diesen qualitätsstärkenden Instrumenten zugewiesen?

Supervision ist auch ein Kostenfaktor. In Zeiten wie diesen, muss nachgedacht werden, welche Aufgaben können wir noch finanzieren? Der Vorstand hat sich bis heute noch nicht positioniert, dass Supervision und Coaching zu den unverzichtbaren Dingen gehören. Sie haben aber auch nicht gesagt, dass es gestrichen wird. D.h. wir sind ein wenig in einem Übergang, auf dem ich mich bewegen kann. Ich vermeide derzeit auch eine klarere Positionierung. Wir haben eine ganz eindeutige, normierte Vorgangsweise, und an der halte ich fest. Wenn Sie mich also fragen, dann ist die Linie im Change-Prozess ganz klar: Supervision und Coaching müssen den Change-Prozess begleiten! Um die, die an diesem Prozess maßgeblich beteiligt sind, zu unterstützen. Koste es, was es wolle. Letztendlich muss dieses Bewusstsein, dass es diese zwei Angebote gibt, immer deutlicher unterstrichen werden. Auch die Erfolge müssen sichtbarer und viel mehr vermarktet werden.

Herr Faber, vielen Dank für das Gespräch!

Wie viel Tod verträgt das Krankenhaus? ¹

Ein forschungssupervisorischer Blick auf Palliative Care in der Organisation Krankenhaus
von Ursula Hermann

Krankenhäuser sind hochkomplexe Dienstleistungsbetriebe, die unterschiedliche gesellschaftliche Funktionen erfüllen. Die Patient_innenversorgung ist dabei eine ihrer Hauptaufgaben. Die Versorgung kranker Menschen geht oft mit Unsicherheiten einher, denn Heilung ist keine Gewissheit. Medizinische Behandlungen werden permanent verbessert, immer mehr wird möglich. Doch insbesondere der Tod setzt Grenzen und erzeugt im Krankenhaus die nachhaltigsten Erfahrungen des Scheiterns (Grossmann 1997, 162). Der Kampf der Medizin und Pflege gegen Sterben und Tod gilt daher als identitätsstiftend und erweist sich in der Alltagspraxis des Krankenhauses als widersprüchlich (vgl. Grossmann 2000, 82). Denn Sterben und Tod gehören zum Krankenhausalltag. Das zeigen die aktuellen Sterbezahlen von 2016 (Statistik Austria 2017): 67,6 Prozent der Verstorbenen starben in Krankenhäusern und Heimen, eine Zahl, die seit 2006 in etwa gleich geblieben ist.

Das Sterben wurde vom Alltag in einen institutionalen Rahmen „verlegt“ (vgl. Ariès 2002, 729 ff.). Das ermöglicht uns eine „*stillschweigende Aussonderung der Alternenden und Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden*“, wie Norbert Elias in „Über die Einsamkeit der Sterbenden“ (1990, 8) feststellt.

Gesundheitsinstitutionen wird eine paradoxe Aufgabe überlassen: Sie sollen Gesundheit wiederherstellen, also den Tod besiegen, gleichzeitig wird in ihnen gestorben. Mit dem Sterben muss ein Umgang gefunden werden. So wird Sterben – etwas zutiefst Intimes und Persönliches – institutionalisiert und zur Routine.

Ralph Grossmann skizziert die konstitutive Bedeutung, die das Verhältnis zu Sterben und Tod für die Organisation Krankenhaus hat: „*Am organisierten Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden werden wie im Brennglas zentrale Organisationsprobleme des Krankenhauses deutlich.*“ (Grossmann 2000, 80)



Palliative² Care – ein Paradigmenwechsel

Zentrale Organisationsprobleme zeigte Isabel Menzies bereits in den 1950er-Jahren anhand einer von ihr durchgeführten Studie in einem Londoner Ausbildungs-Krankenhaus auf (Menzies 1960). Ihre Ergebnisse veranschaulichten, wie im System Krankenhaus Mechanismen der Angstabwehr so wirkmächtig wurden, dass Schwesternschülerinnen reihenweise kündigten oder gänzlich ihren Berufswunsch verwarfen (ebd., 108). Sie beschreibt, dass der Kontakt zwischen Krankenschwester und Patient_in durch eine völlige Aufsplitterung der einzelnen pflegerischen Tätigkeiten so reduziert wurde, dass sich kaum noch eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen ließ. Das Pflegepersonal sollte auf diese Weise vor „zu viel“ Kontakt geschützt werden, verlor damit jedoch den Bezug zu den Menschen, für deren umfassende Pflege es verantwortlich war. Um im persönlichen Kontakt möglichst wenig Beziehung zu Einzelnen herzustellen, wurden Patient_innen als Bettnummern, nach ihren Krankheiten oder ihren erkrankten Organen benannt (ebd., 101 f.). Diese Verdrängung von Gefühlen war für das Personal belastend, und für Sterbende hatte es drastische Folgen: Elisabeth Kübler-Ross, eine der Pionierinnen von Palliative Care, wird das Zitat zugeschrieben, im Krankenhaus „den Tod aus den Toiletten geholt“ zu haben. Denn dorthin wurden Sterbende gebracht, als letzte Konsequenz einer Distanzierung.

Für Cicely Saunders, eine weitere Pionierin der Hospizbewegung³ und Palliative Care, gab dieser Umgang mit Sterben und Tod in den Krankenhäusern der 1950er-Jahre in England Anlass für die Entwicklung und Umsetzung eines neuen Konzepts: Mit dem Versorgungs- und Sorgekonzept Palliative Care richtete sich der Blick auf das Individuum (Saunders 1996). Damit reagierte Sanders auf das rigide Krankenhausssystem mit einem interdisziplinären Konzept und der Vorstellung, dass Schmerz als – „total pain“ – umfassend empfunden wird: physisch, psychisch, sozial und spirituell.

Die Bezeichnung „Palliative Care“ wurde erst 1975 vom kanadischen Arzt Balfour Mount geprägt und gilt als Versuch, einen Begriff zu entwickeln, der sowohl im Französischen wie auch im Englischen verständlich ist (Heller 2007, 197). Palliative Care ist der international verwendete Fachausdruck, im Deutschen werden auch Begriffe wie Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet (Steffen-Bürgi 2006, 31). Die European Association of Palliative Care definiert Palliative Care wie folgt:

„Palliative care is the active, total care of the patient whose disease is not responsive to

curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death.“ (EAPC European Association of Palliative Care 1989)

Palliative Care richtet den Blick auf die Individualität schwer kranker und sterbender Patient_innen, auf Schmerzbehandlung, Angstbewältigung und Zuwendung. In diesem Sinn löst Palliative Care einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem aus (Pleschberger 2002). Clark und Seymour (1999, 83) sehen neben dem Konzept von „total pain“ Teamwork und Vertrauen als grundsätzlichen Elemente von Palliative Care.

Auch der organisationale Kontext, in dem das Sterben stattfindet, ist von fundamentaler Bedeutung (vgl. Grossmann 2000, vgl. Heller 2007). Katharina Heimerl (2008) hat dazu aufgezeigt, wie sehr es sich bei der Integration von Palliative-Care-Angeboten um umfassende organisationale Aushandlungs- und Veränderungsprozesse handelt, die auch Hospiz und Palliative Care nachhaltig verändern (Heimerl 2008, 53).

Seit den 1990er Jahren wurde mit der Schaffung von Hospiz- und Palliativteams, Palliativstationen und Palliativdiensten⁴ Palliative Care in die Organisation Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen geholt. Die nachhaltige Integration dieser spezifischen Art der Sorge funktioniert nicht reibungslos, im Gegenteil. So dauert es mitunter Jahre bis Jahrzehnte bis die Angebote hauseigener Palliativteams von einzelnen Stationen auch umfassend genutzt werden (vgl. Heimerl 2008, 23 f.)

Die Praxis im Fokus von Supervisionsforschung

Palliative Care ist im System Krankenhaus angekommen, die tatsächliche Integration passiert aber nur zögerlich. Ausgehend von der Frage „Wie viel Tod verträgt das Krankenhaus?“ lässt sich nun konkretisieren: Wie verträgt die Gesundheitsorganisation Krankenhaus Palliative Care?

Antworten, tiefe Einblicke in die Praxis, wie auch valide Erkenntnisse geben Supervisionsprozesse mit Palliativteams. Diese können als Forschungsprozesse (Möller 2012, 89 f.) ange-



Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Hermann MPOS, MSc: Supervisorin/Coach (ÖVS), Trainerin, Lehrbeauftragte an der Universität Bielefeld (Masterstudiengang „Supervision und Beratung“) und der FH St. Pölten (Department Soziales); im Redaktionsteam der ÖVS News, Projektmitarbeit im abz*austria, abz*gender & diversity, bildungsberatung österreich. www.ursulahermann.at



sehen werden wie auch als „Erkenntnisform innerhalb eines Feldes“ (Gröning 2013, 31).

Den Forschungscharakter von Supervision habe ich mir zunutze gemacht und im Zuge meiner Dissertation das Erleben von Palliativ- und Hospizteams untersucht (Hermann 2017). Forschungsleitend war die Frage nach den Themen, die für Hospiz- und Palliativteams von Bedeutung sind. Das Beratungsformat Supervision wurde als Forschungsinstrument im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung mit Forschungsstrategien ausgestattet, die einerseits die soziale Wirklichkeit der Teams beschreibbar machten und eine Partizipation der Supervisand_innen ermöglichten, und andererseits die Teilnahme der Forscherin als Supervisorin und Beobachterin im Feld methodisch begründeten.

Über den Zeitraum eines Jahres wurden die Supervisionssitzungen mit einem Palliativdienst in einem Krankenhaus und einem mobilen Hospizteam teilnehmend beobachtet. Dieser ethnografische Forschungszugang (Breidenstein et al. 2013) erfolgte in Anlehnung an die psychoanalytische Work Discussion (Datler, Datler 2014) in einem Dreischritt: Die Supervisionen wurden beobachtet, protokolliert und im Anschluss in Forschungssupervisionen, die auf Tonträger aufgezeichnet und transkribiert

wurden, reflektiert. In einem ersten Auswertungsschritt wurden Themenfelder der Supervisionsteams aus den Protokollen erhoben und einer interdisziplinär zusammengesetzten Fokusgruppe mit Felderfahrung in der Hospiz- und Palliativversorgung vorgestellt. Diese Ergebnisse sind dann den beiden Supervisionsteams in separaten Fokusgruppensettings vorgestellt worden. Als Co-Forscherinnen – im Sinne einer partizipativen Forschungsstrategie (von Unger 2014) – bewerteten und kommentierten die Supervisandinnen die Ergebnisse.

Ausgehend von den beiden Supervisionsprozessen, den Inputs der drei Fokusgruppen und unter Einbeziehung der forschungssupervisorischen Reflexionen habe ich relevante Themen herausgearbeitet, mithilfe der dokumentarischen Methode habitualisierte Wissensbestände rekonstruiert und schließlich eine Typik der unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen entwickelt.

Im Folgenden werde ich nun auf zwei Ergebnisse und eine Typologie meiner Untersuchung eingehen, die für die Institution Krankenhaus und ihren Umgang mit Tod und Sterben von besonderer Bedeutung sind.

Palliativ versus kurativ

Anhand der Zuweisungspraxis zu palliativen Angeboten werden zentrale Widersprüche innerhalb der Gesundheitsorganisation Krankenhaus deutlich sichtbar. Patient_innen werden „gefiltert“, sie werden entweder als „palliativ“ oder als „kurativ“ geführt. Das kann auf den ersten Blick eine überaus sinnvolle Strategie sein, denn Patient_innen, die schwerkrank oder sterbend sind, bekommen damit zusätzlich zu oft noch weitergeführten kurativen Behandlungen auch die Möglichkeit, von einem interdisziplinären Palliativteam betreut zu werden. Doch die Untersuchung zeigt, dass oftmals die Bezeichnung „palliativ“ dafür verwendet wird, eine Patient_in als „sterbend“ zu qualifizieren und keine weitere Behandlung zu setzen, auch nicht das Hinzuziehen eines Palliativteams. „Palliativ“ wird hier als vollständiger Behandlungsrückzug verstanden, ganz so als ob im Selbstverständnis der Gesundheitsorganisation Krankenhaus nur Heilung, Lebensverlängerung oder Rehabilitation in Frage kommen, und Schmerzlinderung und Lebensqualität bis zuletzt keinen Platz haben. Palliativ und kurativ werden als Kontrapunkte definiert, als ein sich ausschließendes Gegensatzpaar – eine Praxis, die sehr zum Nachteil der Palliativmedizin und folglich auch für Betroffene ist (Gartner, Watzke 2006, 125).

Die Klassifizierung in palliativ und kurativ kann als ein Versuch verstanden werden,

eine Ordnung, also Eindeutigkeit, herstellen zu wollen.⁵ Es zeigt sich, dass auf diese Weise keine zufriedenstellende Zuweisung zum Angebot Palliative Care gelingt. Es bleibt immer eine Ambivalenz, eine Unordnung, ein Nicht-Zuordnen-Können.

Damit wird deutlich, dass nicht der Begriff „palliativ“ so problematisch ist, der von den Co-Forscher_innen mitunter für die Zuweisungsschwierigkeiten verantwortlich gemacht wurde – weil er als zu uneindeutig und aber gleichzeitig auch als zu bedrohlich wahrgenommen wird – sondern der Anspruch, der mit dieser Klassifizierung einhergeht: ordnen zu wollen, wo eigentlich Ohnmacht empfunden wird über das „kurative Scheitern“.

Diese widersprüchliche Praxis hat Auswirkungen auf die Mitarbeitenden von Hospiz- und Palliativangeboten (vgl. Vachon 1995). Sie löst Spannungen und Irritationen aus, die so weit gehen, dass ein Moral Distress⁶ (Brazil et al. 2010) deutlich erkennbar wird. Im Rahmen der Untersuchung manifestierte sich dieser an der Kontrollfunktion eines Palliativteams. Es entwickelte von sich das Bild der „Palliativpolizei“. Damit wird innerhalb des Krankenhauses Palliative Care von den Teams, die es anbieten als Kampf um Versorgung und Schutz von vulnerablen Menschen verstanden, die sonst im Versorgungssystem unterzugehen drohen (Hermann 2017, 276 ff.). Gleichzeitig wird in der Institution eine Organisationsdynamik sichtbar, die mit einer vermeintlich deutlichen Klassifizierung für eine unklare Zuweisung zum Angebot Palliative Care sorgt (Hermann 2017, 248 ff.).

Abwehr und Wertschätzung

Wenn sich die Widersprüche der Organisation anhand irritierenden Erlebens zeigen, erhöht sich bei den Berufsgruppen von Palliative Care der moralisch konflikthafte Stress deutlich (vgl. Brazil et al. 2010). Aufseiten der Organisation kann jedoch ein komplexes Verhalten beschrieben werden, das Anknüpfungspunkte an die von Isabel Menzies (1960, 100 ff.) formulierten „defensive techniques“ aufweist. Ein Beispiel dafür ist der widersprüchliche Umgang mit dem Angebot der Trauerbegleitung, die das Palliativteam der Untersuchung im Krankenhaus anbieten wollte. Die Krankenhausleitung genehmigte dem Palliativteam eine Trauergruppe zu initiieren und fand dafür auch anerkennende Worte, im Krankenhaus durfte dafür aber nicht geworben werden. Ohne Bewerbung kommt so ein Angebot allerdings nicht zustande. Eine Supervisorin des Palliativteams kommentierte diese Haltung mit den Worten: „Eigentlich will man den Tod nicht im Haus haben“ (Hermann 2017, 304).

Das Angebot der Trauerbegleitung wird zugestanden, doch nicht mit der Konsequenz, dass es auch umgesetzt wird, da von dem organisationalen Selbstbild der Heil bringenden Organisation abgerückt werden müsste (vgl. Grossmann 2000, 83 f.). Bei Menzies' Untersuchung erweisen sich die unbewussten organisationalen Abwehrstrategien für viele Schwesternschülerinnen als Ursache, die Ausbildung abzubrechen, weil sich die Abwehr von der Organisation auf eine individuell-persönliche Ebene verlagerte (Menzies 1960, 103). Bei dem Palliativteam der Untersuchung ist es das Angebot der Trauerbegleitung, also Hospiz und Palliative Care, das Anerkennung erfährt, jedoch in der Umsetzung auf Distanz und Abwehr stößt. Einen Palliativdienst in einem Krankenhaus zu haben, heißt nicht, dass palliative Kultur praktiziert wird. Katharina Heimerl (2008, 23) verweist hier auf Eduardo Bruera (2004), der vier Stadien der Entwicklung palliativer Kultur im Krankenhaus definiert: Ablehnung, Palliphobie, Pallialie und Pallaktivität. Meine Untersuchung bestätigt, dass die Stadien auch gleichzeitig erfolgen können. Das Angebot der Trauerbegleitung aufzunehmen, es jedoch nicht publik zu machen, entspricht bereits der dritten Stufe palliativer Kultur (Bruera 2004, zitiert nach Heimerl 2008, 23 f.): der Pallialie. Für dieses Stadium ist kennzeichnend, dass Monate bis Jahre nach der Einführung von Palliative-Care-Programmen nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, obwohl in der Organisation Palliative Care als wichtiges Thema erachtet wird. Für eine integrierte palliative Kultur innerhalb der Organisation, der Pallaktivität, weist das Erleben einer Supervisorin hin, die für Sterbebegleitungen durchwegs sehr hohe





Wertschätzung von Seiten der Leitung wie auch von Kolleg_innen unterschiedlicher Stationen erfährt (Hermann 2017, 306).

Bezug versus auf Distanz zum Angebot Palliative Care

Dass Palliative Care als Haltung innerhalb einer Organisation alle vier Stadien gleichzeitig durchlaufen kann, von Ablehnung bis zur Praxis palliativer Kultur, belegt die Typologie, die sich aus der Untersuchung in Bezug auf die Organisation Krankenhaus ableiten lässt: „Bezug versus auf Distanz zum Angebot Palliative Care“ (Hermann 2017, 337). Diese Typologie wird getragen von der „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“ (Hausinger 2008), einem Phänomen der heutigen Arbeitswelt. Was heißt das? Parallel zur Herausforderung des Feldes, die gekennzeichnet ist durch ein bewusstes sich Einlassen auf Sterbende und ihre An- und Zugehörigen, geht gleichzeitig für die Mitarbeitenden von Palliative-Care-Angeboten in Organisationen ein widersprüchliches Erleben einher, das Palliative Care als Angebot innerhalb der Organisation Krankenhaus ablehnt, annimmt, abwehrt, bekämpft oder auch ignoriert. Beim untersuchten Palliativteam waren diese organisationsdynamischen Auswirkungen und

die Widersprüchlichkeiten, die damit einhergehen, viel wirkmächtigere Belastungsfaktoren als der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer.

Um am Ende noch einmal auf die Eingangsfrage zurückzukommen: Die Institution Krankenhaus verträgt das Sterben und Palliative Care durchaus, allerdings mit Widerstand. Und dieser Widerstand, der mit dem Prozess der Integration einhergeht, ist für Mitarbeitende von Palliative Care-Angeboten mitunter schwer verdaulich. Damit bietet sich Supervision gerade in diesem Feld als geschützter Rahmen und Ort der Reflexion und des Verstehens in besonderer Weise an.

Referenzen:

- Ariès, P. (2002): Geschichte des Todes. 10. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Bauman, Z. (2005): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Hamburger Edition
- Brazil, K.; Kassalainen, S.; Ploeg, J.; Marshall, D. (2010): Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. In: Social Science & Medicine, 71: 1687-1691
- Breidenstein, G.; Hirschauer, S.; Kalthoff, H.; Nieswand, B. (2013): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz, München: UVK

- Bruera, E. (2004): The Development of Palliative Care Culture. In: *Journal of Palliative Care* 20(4): 316-319
- Clark, D.; Seymour, J. (1999): *Reflections on palliative care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Datler, W.; Datler, M. (2014): Was ist „Work-Discussion“? Über die Arbeit mit Praxisprotokollen nach dem Tavistock-Konzept. <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:368997/bdef:Content/get>. Zugegriffen am 27.05.2015
- Elias, N. (1990): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. 4. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp
- EAPC European Association of Palliative Care (1989): Definition of Palliative Care <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>. Zugegriffen am 3.2.2017
- Gartner, V.; Watzke, H. (2006): *Palliativmedizin. Grundlagen und Symptomkontrolle*. Wiener Klinische Wochenschrift Education 2: 123-134
- Gesundheit Österreich (2012): *Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen*. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz-_und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf Zugegriffen am 12.6.2016
- Gesundheit Österreich (2014): *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*. 2., aktualisierte Auflage. http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf Zugegriffen am 6.6.2017
- Gröning, K. (2013): *Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Grossmann, R. (1997): *Besser Billiger Mehr – Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität*. iff-Texte Bd. 2. Wien, New York: Springer
- Grossmann, R. (2000): *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Metz, C. (Hrsg.): *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*. 2. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 80-105
- Hausinger, B. (2008): *Supervision: Organisation – Arbeit – Ökonomisierung. Zur Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen in der Arbeitswelt. Arbeit und Leben im Umbruch*. München, Mering: Rainer Hampp
- Heimerl, K. (2008): *Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Heimerl, K.; Heller, A.; Pleschberger, S. (2006): *Implementierung der Palliative Care im Überblick*. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber, 50-57
- Heller, A. (2007): *Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien*. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 191-208
- Heller, A.; Pleschberger, S. (2010): *Hospizkultur und Palliative Care im Alter*. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.): *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 15-51
- Hermann, U. (2017): *„Je länger ich dabei bin, desto DURCHLÄSSIGER werde ich.“ Palliative Care im Fokus von Supervision: eine ethnografisch-partizipative Untersuchung von Palliativ- und Hospizteams*. Dissertation, Universität Klagenfurt
- Jameton, A. (1984): *Nursing practice: The ethnical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Menzies, I. (1960): *A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence: Against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital*. *Human Relations* 13(2): 295-121
- Möller, H. (2012): *Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale – Methoden*. Kassel: Kassel University Press
- Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.) (2012): *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Pleschberger, S. (2002): *Palliative Care. Ein Paradigmenwechsel*. *Österreichische Pflegezeitschrift* 12: 16-18
- Pleschberger, S. (2006): *Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care*. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber, 24-29
- Saunders, C. (1993): *Foreword*. In: Doyle, D.; Hanks, G. W. C.; MacDonald, N. (Eds.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, v-viii.
- Saunders, C. (1996): *A personal therapeutic journey*. In: *British Medical Journal* 313:1599. <http://www.bmj.com/content/313/7072/1599>. Zugegriffen am 31.5.2017
- Statistik Austria (2017): *ergebnisse_im_ueberblick_gestorbene.pdf* https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html. Zugegriffen am 31.5.2017
- Steffen-Bürgi, B. (2006): *Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care*. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber, 30-38
- Vachon, M. L. (1995): *Staff stress in hospice/palliative care: a review*. In: *Palliative Medicine* 9(2): 91-22
- von Unger, H. (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS

1 Der Titel ist in Anlehnung an die Publikation von Müller, Pfister (2012) gewählt.

2 Das Wort „palliativ“ geht auf das lateinische Verb „palliare“ zurück, das mit „umhüllen, fürsorglich beschützen“ (Heller, Pleschberger 2010, 16) übersetzt werden kann.

3 Mit der Eröffnung des „St. Christopher’s Hospice“ in London im Jahr 1967 begründete Cicely Saunders die neue Hospizbewegung (Saunders 1993). „Hospiz“ wird vom Lateinischen „hospitium“ hergeleitet und bedeutete ursprünglich „Gastfreundschaft“ (Pleschberger 2006, 25). Die ersten „modernen Hospize“, verstanden als Orte für Sterbende, entstanden bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Australien und Frankreich.

4 Die *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“* (Gesundheit Österreich 2014) beschreibt die gesamte Angebotspalette, das *„Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“* (Gesundheit Österreich 2012) skizziert systematische Musterprozesse für jedes einzelne spezialisierte Angebot, auch um für dieses noch junge Leistungsangebot erste Qualitätskriterien zu etablieren.

5 „Klassifizieren besteht aus den Handlungen des Einschließens und des Ausschließens“, konstatiert Zygmunt Bauman (2005, 13) und verweist auf das Bestreben, Eindeutigkeiten zu konstruieren.

6 Brazil et al. (2010, 1687) definieren das Erleben des Moral Distress mit Bezug auf Jameton (1984) als „[...] the feelings and experiences which result from a moral conflict where one has a sense of the correct action to take but constraints prevent implementation of the action.“

Lebenskraft statt Burnout

Am 19. Mai 2017 fand in Linz eine Fortbildungsveranstaltung der ÖVS OÖ statt. Im Sinne des Formates „brush up your tools“, wurden vier Workshops angeboten, die sich allesamt dem Thema „körperzentrierte Methoden“ widmeten. Es referierten die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Lebenskraft“: Roswitha Hölzl, Gertraud Schlecht, Catherine Spöck, Helga Prähauser-Bartl, Anita Putscher und Elisabeth Peitl (von links nach rechts).

Diese Gruppe beschäftigt sich seit mehr als zwei Jahren, im Rahmen einer ARGE der ÖVS OÖ, intensiv mit dem Thema Burnout-Prävention. Aus der langjährigen Erfahrung als Beraterinnen, gepaart mit den Erkenntnissen der Recherchen wurden Methoden vorgestellt, die SupervisandInnen dabei unterstützen, Ihre Selbstwahrnehmung und Selbstachtsamkeit zu sensibilisieren, sich zu stärken, zu entspannen und neue Kräfte zu sammeln – die personale und organisationale Resilienz zu stärken.

Catherine Spöck gab in einem Einführungsvortrag einen theoretischen Input zum Thema der Fortbildung **„Körperzentrierte Methoden in Supervision und Coaching“** und spannte den Bogen von sprach- und vernunft- zu körperorientierten Vorgehen. Unsere kulturgeschichtlich begründete, vernunftbetonte Prägung wird durch die emotionale Wende und ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse herausgefordert. Gefühle und Körperempfinden werden als maßgebliche Informationsquellen und Auslöser für Denk- und Handlungsprozesse entdeckt. Eine achtsame, körperzentrierte Arbeitsweise im Supervisionskontext ermöglicht den Wechsel auf eine zusätzliche Ebene

und den Zugriff zu unbewusstem Erfahrungswissen. Dies ist besonders für die Auseinandersetzung mit Eigenmotivation und Bedürfnissen sowie zur Bearbeitung komplexer Themen und der Suche nach kreativen Lösungen nützlich.

Danach konnten die TeilnehmerInnen der Fortbildung aus vier Workshops wählen, die sowohl im Freien, als auch im Seminarhaus durchgeführt wurden.

„Geh-Sprache“ und „Walk & Talk“ – geleitet von Gertraud Schlecht und Roswitha Hölzl: Zahlreiche Studien belegen die positiven Auswirkungen von körperlicher Bewegung in der Natur, einem achtsamen Umgang mit sich selbst und dem Erkennen und Einsetzen der eigenen Stärken und Ressourcen in der Burnout-Prävention und -Behandlung

Ziel dieses Workshops war, für die TeilnehmerInnen die positiven Auswirkungen von Bewegung in der Natur spürbar zu machen, achtsam ihren Körper und die eigenen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und Bewusstheit darüber zu entwickeln, wie sie ihre persönlichen Stärken für ein gerade anstehendes Thema nutzen können.

Mitten in einer Blumenwiese in einem Linzer Park wurde mit einer Qigongübung gestartet. Anschließend haben die TeilnehmerInnen bei einem Spaziergang für ihre drei wichtigsten Stärken Symbole aus der Natur gefunden und sich damit beschäftigt, wie sie diese Stärken für das aktuelle Thema einsetzen können.

Im gegenseitigen Austausch konnten neue Möglichkeiten angedacht und durch Feedback weitere Sichtweisen eröffnet werden. Abschließend erfolgte eine weitere, angeleitete Körperübung.

Rückmeldungen von den TeilnehmerInnen:

„Wieder in einer Blumenwiese gehen – das sind Kindheitserinnerungen.“

„Ich wusste nicht, dass es in Linz solche Plätze gibt, ich war seit Jahren das erst Mal wieder spazieren.“ „Vor allem die Körperübungen haben mir gut getan.“

„Aufrecht durch's Leben“ geleitet von Elisabeth Peitl: Immer dann, wenn vorhandene, routinisierte Strategien nicht mehr zum Erfolg führen, werden Veränderungsprozesse notwendig. Es gilt, neue Denk- und Handlungsmuster zu kreieren und dauerhaft abzuspeichern. Neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse stellen ebenfalls Zusammenhänge zwischen körperlichem Empfinden, Emotionen und Denkmustern

Arbeitsgruppe „Lebenskraft“:
Roswitha Hölzl,
Gertraud Schlecht,
Catherine Spöck, Helga
Prähauser-Bartl, Anita
Putscher und Elisabeth
Peitl (von links nach
rechts).





dar. Gezielte Muskelentspannungsübungen kombiniert mit Atemtechniken aus der Kinesiologie lösen den Stressmodus (Kampf- und Fluchtmodus, Starre). Dabei werden der Körper aufgerichtet und entspannt, die Informationsaufnahme gefördert und Emotionen beruhigt.

An diesem Nachmittag durften wir bei strahlendem Wetter den Seminarraum Natur genießen. Die Entwicklung kreativer und flexibler Strategien sollte über die körperliche Aufrichtung angeregt werden.

Das Halten von Akupressurpunkten, ein Barfußlaufen zur Entschleunigung und die Kraft der Natur zu spüren ließ unseren Energielevel erhöhen.

„Ein entspannter beruhigter Körper wirkt auf unseren Geist und lässt uns effizient denken.“ (Bender Institut of Neuro Imaging in Gießen)

„**Lebenslust statt Burnout**“ geleitet von Anita Putscher: Anita Putscher begleitete die KollegInnen in ein ressourcenorientiertes Gesundheitsbild nach Dr. Harald Merl und ließ ein Stück auf dem Weg in die ganz persönliche, positive und gesunde Lebenseinstellung hinein fühlen. Eine Methode, deren Einfachheit und Wirksamkeit wieder verblüffte. Die Methode „Das Gesundheitsbild“ lässt sich im Coaching leicht anwenden und kann ganz leicht auch

zuhause weiter verfolgt werden. Alles was gebraucht wird sind bunte Farbkarten. Die TeilnehmerInnen ließen sich durch diesen Einblick und ein paar hilfreiche Leitfragen aus der S.C.O.R.E – Struktur zu einer gesunden Ausrichtung inspirieren.

„**EFT – Meridianklopftechnik**“ geleitet von Helga Prähauser-Bartl: Emotional Freedom Techniques™ – EFT – wird als Methode u.a. zur akuten Stressbewältigung und zur langfristigen Bearbeitung von Ängsten und Panikzuständen eingesetzt. Es dient einerseits als Interventionstechnik in Therapie und Beratung, andererseits können Betroffene die Basistechnik als Selbsthilfemethode rasch erlernen.

An diesem Nachmittag galt es zuerst die Klopfpunkte bei sich selbst zu finden und in einer bestimmten Reihenfolge immer wieder zu klopfen. In den Paarübungen wurde dann versucht, in einer angenommenen BeraterIn-KlientIn-Situation, das „Stresserleben“ (subjektive Stressskala) zu reduzieren. Mit eigenen, alltäglichen Stresssituationen oder Ängsten konnten die TeilnehmerInnen Erfahrungen zur Wirkung dieser Methode sammeln.

Helga Prähauser-Bartl

Informationen, Fragen, Kontakt:
ARGE Lebenskraft, Burnout.ade@gmail.com

Mitten in einer Blumenwiese in einem Linzer Park wurde mit einer Qigongübung gestartet.

Öffentlichkeitsarbeit der ÖVS

22. Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegekongress

Für diesen im Juni 2017 in Wien stattgefundenen Kongress, an dem an die 800 Krankenpflegepersonen teilnahmen, wurde eine Inserat im Programm „Bevor Burnout besser Supervision! ÖVS“ geschaltet und ein neuer Folder für die Programmtasche „Supervision ist kein Placebo – Supervision wirkt!“ gestaltet und verteilt. Der Folder kann für Veranstaltungen im Gesundheitsbereich in der ÖVS Geschäftsstelle angefordert werden.

Beilage KURIER „Work – Life – Balance“

Am 30. Juni 2017 schaltete die ÖVS in der Beilage mit dem Thema „Work-Life-Balance“ ein Inserat und hatte dazu noch die Möglichkeit, einen Artikel „Burnout durch Supervision verhindern“ zu lancieren, wo die ÖVS ExpertInnen Andrea Sanz und Babak Kaweh und ich interviewt wurden. Somit war eine ganze A3 Seite diesem Thema unter der Leitung der ÖVS gewidmet. Diese Beilage, von Media Planet herausgegeben, wird 2017 auf den unterschiedlichsten Kongressen, die sich mit Gesundheits- und Arbeitsfragen beschäftigen, aufgelegt.

... Resonanzen:

Es war eine erfreuliche Resonanz in der ÖVS Geschäftsstelle auf diesen Beitrag wahrnehmbar. In den zwei darauf folgenden Wochen gab es zahlreiche Anrufe von „Betroffenen“, die sich erkundigten wie zu einer Supervision

kommen und wie sie sicher sein können, dass die Supervision auch qualitativ ist.

Personalmanager: „Supervision in der Wirtschaft“

Eine weitere erfreuliche Reaktion war die von anderen Medien, die Kontakt zur ÖVS haben möchten. So lud das Magazin „Personalmanager“ die ÖVS ein, einen Beitrag für die September Nummer zu schreiben, in dem die Bedeutung von Supervision für die Wirtschaft erläutert werden soll. Gemeinsam mit Michale Judy wurde dieser geschrieben und erscheint mit dem Titel „Supervision in der Wirtschaft: Probleme analysieren und lösen“. Für die AbonnentInnen des Magazins wurde eine downloadbare Checkliste zur Auswahl von SupervisorInnen („Woran kann ich die Qualität von SupervisorInnen erkennen?“) von uns erstellt.

„Supervision für die Kindergartenleitung“

Eine letzte Resonanz in diesen Zusammenhang: Die ÖVS wurde vom Österreichischen Kitaleitungskongress (ÖKLK) kontaktiert. Als zentrale, bundesweite Veranstaltung bringt der Österreichische Kitaleitungskongress (ÖKLK) alle Leitungskräfte, Trägervertreter, Beratungen und interessierte pädagogische Fachkräfte des Bereichs der Elementarpädagogik zusammen. Für den Kongress 2018 wurde die ÖVS eingeladen, einen Workshop zum Thema „Supervision für die Kindergartenleitung“ abzuhalten.

Supervision und Coaching im Krankenhaus

Die Arbeit im Gesundheitswesen stellt hohe physische und psychische Ansprüche. Manchmal gehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis an die Grenze ihrer Belastbarkeit, manchmal auch darüber hinaus. Da hilft Supervision, ein bewährtes Instrument, das im Gesundheitswesen schon seit Jahrzehnten mit Erfolg eingesetzt wird.

Wie kommen Sie zu einer Supervision? Wenden Sie sich an die Leitung Ihrer Abteilung oder Ihres Krankenhauses und schlagen Sie vor, die Teamarbeit durch Supervision zu verbessern. Im Krankenhaus ist man sicher gerne bereit, einige Sitzungen durchzuführen zu lassen – schließlich profitieren ja alle davon. Supervision bedeutet eine Investition in gut funktionierende Abläufe, die wenig kostet und die sich auf jeden Fall lohnt.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, bei der Personalabteilung nachzufragen. Die Kollegen im Personalbereich sind mit dem Instrument Supervision bestens vertraut und greifen eine solche Anregung mit Sicherheit auf. In den meisten Krankenhäusern gibt es in der Personalstelle eine eigene Ansprechperson für Supervision.

Bei Problemen am Arbeitsplatz ist Supervision das richtige Gegenmittel. Am besten schon prophylaktisch, noch ehe die Beschwerden chronisch werden.

So funktioniert Supervision

Supervision ist eine Form der Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz. Der Ablauf dreht sich um eine Besprechung: Der Supervisor sitzt sich mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen und spricht mit ihnen über die beruflichen Schwierigkeiten. Dabei kann es um ganz unterschiedliche Dinge gehen: Überlastung, Burn-out, Mobbing, Oder: Das Teamwork funktioniert nicht. Oder: Es gibt Reibereien mit der Nebenabteilung. Die Supervisorin leitet die Mitarbeiter dazu an, ihre berufliche Situation zu betrachten und ihre Rolle im Team zu klären. Sie unterstützt die Teilnehmerinnen dabei, Auswege oder neue Wege zu finden und die Probleme zu lösen. Supervision kann in einer Gruppe stattfinden, im Team, aber auch im Einzelgespräch. Um einfachere Konflikte zu lösen, führt man meist die bis fünf Sitzungen durch, selten mehr. Eine Sonderform ist Coaching. Hier handelt es sich um Supervision für Führungsinhalte, um Beratung bei typischen Management-Aufgaben.

Wie finde ich einen guten Supervisor, eine gute Supervisorin?

Qualifizierte Supervisorinnen und Supervisionen findet man auf der Homepage des Bundesverbandes ÖVS, der Österreichischen Vereinigung für Supervision und Coaching. Die ÖVS zählt mehr als 1.000 Mitglieder und stellt hohe Ansprüche an die Qualität. Um Mitglied zu werden, muss man eine fundierte Ausbildung nachweisen und selbst schon an Supervision und Selbsterfahrung teilgenommen haben. Das Mindestalter beträgt 27 Jahre, man muss über einen Hochschulabschluss verfügen und mindestens fünf Jahre lang einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sein. ÖVS Supervisorinnen und Coaches weisen ihr Know-how und ihre Weiterbildung alle drei Jahre durch ein Qualitätsentwicklungsgespräch nach.

So erreichen Sie die ÖVS – Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching

Heinrichsgasse 4/2/3, 1010 Wien
Telefon +43 (0)1 533 08 22
E-Mail: office@oevs.or.at
www.oevs.or.at

Supervision ist kein Placebo – Supervision wirkt!

So funktioniert Supervision

Supervision ist eine Form der Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz. Der Ablauf dreht sich um eine Besprechung: Der Supervisor sitzt sich mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen und spricht mit ihnen über die beruflichen Schwierigkeiten. Dabei kann es um ganz unterschiedliche Dinge gehen: Überlastung, Burn-out, Mobbing, Oder: Das Teamwork funktioniert nicht. Oder: Es gibt Reibereien mit der Nebenabteilung. Die Supervisorin leitet die Mitarbeiter dazu an, ihre berufliche Situation zu betrachten und ihre Rolle im Team zu klären. Sie unterstützt die Teilnehmerinnen dabei, Auswege oder neue Wege zu finden und die Probleme zu lösen. Supervision kann in einer Gruppe stattfinden, im Team, aber auch im Einzelgespräch. Um einfachere Konflikte zu lösen, führt man meist die bis fünf Sitzungen durch, selten mehr. Eine Sonderform ist Coaching. Hier handelt es sich um Supervision für Führungsinhalte, um Beratung bei typischen Management-Aufgaben.

Wie finde ich einen guten Supervisor, eine gute Supervisorin?

Qualifizierte Supervisorinnen und Supervisionen findet man auf der Homepage des Bundesverbandes ÖVS, der Österreichischen Vereinigung für Supervision und Coaching. Die ÖVS zählt mehr als 1.000 Mitglieder und stellt hohe Ansprüche an die Qualität. Um Mitglied zu werden, muss man eine fundierte Ausbildung nachweisen und selbst schon an Supervision und Selbsterfahrung teilgenommen haben. Das Mindestalter beträgt 27 Jahre, man muss über einen Hochschulabschluss verfügen und mindestens fünf Jahre lang einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sein. ÖVS Supervisorinnen und Coaches weisen ihr Know-how und ihre Weiterbildung alle drei Jahre durch ein Qualitätsentwicklungsgespräch nach.

So erreichen Sie die ÖVS – Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching

Heinrichsgasse 4/2/3, 1010 Wien
Telefon +43 (0)1 533 08 22
E-Mail: office@oevs.or.at
www.oevs.or.at

Supervision in der Ukraine – zwei Aufrufe!

Nach wie vor herrscht Krieg in der Ukraine. Die internationale wie nationale Politik hat das Land und seine Bevölkerung in ein Spannungsverhältnis zwischen West und Ost, zwischen ukrainisch und russische gebracht. Der westliche Teil, früher ein Teil des Habsburg Emporiums mit Lviv (Lemberg) als kulturelles Zentrum, ist tendenziell westliche orientiert, der östliche Teil, in dem in Kharkiv die wissenschaftliche Wiege der sowjetischen Welt- raumforschung lag, tendiert nach Russland. Krisenzentrum sind Donetsk und Luhansk im Osten. Dort sterben nach wie vor wöchentlich Menschen.

Vor ca. fünf Jahren suchten – über die Vermittlung von Sissi Alder – ukrainische KollegInnen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich den Kontakt zur ANSE, dem europäischen Verband für Supervision und Coaching mit der Frage, was müsste getan werden, um Supervision auf einer professionellen Ebene in ihrem Land zu etablieren.

Durch das Engagement von Sissi Alder gelang es in den letzten Jahren eine Ausbildung zur Supervision in Lviv mit rund 20 TeilnehmerInnen auf die Beine zu stellen. KollegInnen aus ganz Europa (auch aus der ÖVS) verzichteten und verzichteten auf ein Honorar und stellten sich als TrainerInnen zur Verfügung. Im gleichen Zeitraum etablierte sich ein ukrainischer Verband für Supervision, der dem ANSE Netzwerk beiträgt. Diese Supervisionsausbildung entspricht den ANSE Standards und somit ist die LEHRSUPERVISION ein wesentlicher Bestandteil davon. Wie aber kommt man in der Pionierzeit zu qualifizierten LehrsupervisorInnen?

Seit 15 Juni können UkrainerInnen mit biometrischem Pass auf 90 Tage in die EU einreisen. Das ermöglicht die Umsetzung einer Alder Idee: Studierende des Lehrgangs können auf 2 bis 3 Tage nach Wien kommen und hier 1 bis 2 Einzel-Lehrsupervisionen erhalten, wenn sich genügend ÖVS KollegInnen als GastgeberIn (Unterkunft) und/oder als LehrsupervisorInnen zur Verfügung stellen. Die Arbeitssprachen sind Deutsch bzw. Englisch. Für diejenigen TeilnehmerInnen, die eine Übersetzung brauchen, wird dies von Sissi Alder organisiert. Also wer Quartier zur Verfügung stellen kann und wer als LehrsupervisorIn mitmachen möchte bitte sich bei Sissi melden:

Alder Consulting e.U.
1050 Wien, Hofgasse 4/10
+43 664 39 069 22
alder.consult@gmail.com

Es gibt noch ein zweites Projekt in der Ukraine in dem ÖVS SupervisorInnen gemeinsam mit KollegInnen aus Kroatien tätig sind. Aufgrund des permanenten Kriegzustandes gibt es viele Flüchtlinge IDP (Internally Displaced Person), zum größten Teil traumatisiert. Dies überfordert das bestehende Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystem.

Deswegen finanziert die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit der Bundesrepublik Deutschland (GIZ) ein von der SPA (Society for Psychological Assistance Zagreb) durchgeführtes Projekt "CAPACITY DEVELOPMENT FOR PSYCHOSOCIAL SUPPORT in the component Strengthening Ukrainian communities for receiving Internally Displaced People" in dem Personen aus dem Gesundheitsbereich (Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen), aus dem Bildungsbereich (Lehrer) und Sozialbereich (Sozialarbeiter) in Kharkiv, Dnipropetrovsk und Zaporizhzhya eine Ausbildung für „Building competencies for providing psychosocial support to internally displaced persons and host communities“ erhalten.

Unterstützt wird diese Ausbildung durch eine begleitende Fall-Supervision. Im Anschluss an diese Ausbildung wird einem Teil der TeilnehmerInnen eine Supervisionsausbildung – durchgeführt von KollegInnen aus Estland – angeboten. Auch für diese Ausbildung, die im Herbst 2017 starten wird, werden ab 2018 LehrsupervisorInnen gesucht, die in Englisch oder Russisch arbeiten können und die gegen Reise- und Aufenthaltskosten bereit wären, hier mitzumachen. Bitte sich bei mir melden (office@oevs.or.at).

Die Konstruktion des Unglücks Paul Watzlawick Tage am 6.–8. Oktober in VILLACH

Informationen und Anmeldung unter
www.paulwatzlawickgesellschaft.at

Das ÖVS Team Kärnten unterstützt die Watzlawick Tage in Villach, daher gibt es für Mitglieder der ÖVS einen kostenlosen Workshop mit Univ.Prof Peter Heintel am Freitag und Ermäßigung auf die gesamte Tagung.

Finanz & Co

Dr. Günther Fisslthaler – Tipps für haupt- oder nebenberufliche SupervisorInnen:

Die neue Kleinunternehmerregelung ab 1.1.2017

Für die Bemessung der Kleinunternehmergrenze wurden bisher alle im Veranlagungsjahr erwirtschafteten Umsätze herangezogen. § 6 Abs. 1 Ziffer 27 UStG wurde jedoch neu geregelt und an EU-Vorgaben angepasst:

Mit 1.1.2017 sind „Behandlungsumsätze“ (§ 6 Abs. 1 Ziffer 19 UStG – Psychotherapie) von der Kleinunternehmer-Bemessungsgrundlage auszuschließen. Für Psychotherapeutinnen, die auch Supervisionen anbieten bzw. andere Beratungsumsätze erwirtschaften, stellt dies „administrativ“ eine wesentliche Erleichterung dar.

Es müssen keine Umsatzsteuervoranmeldungen mehr übermittelt werden und auch die leidige Vorsteuerkorrektur bzgl. USt-befreiter und nichtbefreiter Umsätze fällt weg, sofern die Kleinunternehmergrenze gem. § 6 Abs. 1 Ziffer 27 UStG (30.000,- € Netto) aus den Beratungsumsätzen und anderen umsatzsteuerpflichtigen Umsätzen nicht überschritten wird.

Das einmalige Überschreiten der Kleinunternehmer-Umsatzgrenze um nicht mehr als 15 % innerhalb von fünf Kalenderjahren bleibt nach wie vor unbeachtlich. Wurden von der nun als Kleinunternehmerin geltenden Supervisorin Rechnungen trotzdem mit Umsatzsteuer ausgewiesen, ist diese an das Finanzamt abzuführen. Es kann jedoch eine Rechnungs-Berichtigung vorgenommen werden, sofern keine Option zur Umsatzsteuerpflicht abgegeben wurde. Dabei ist eine neue Rechnung auszustellen (neue Rechnungsnummer), in der auf die ursprüngliche Rechnung hingewiesen wird (Storno-Rechnung).

Zusätzlich ist eine weitere Rechnung unter Hinweis auf die Kleinunternehmerbefreiung mit dem richtigen bzw. berichtigten Rechnungsbetrag (ohne Umsatzsteuerausweis) auszustellen.

Zusammengefasst muss erkennbar sein, dass die ursprüngliche Rechnung eine Änderung erfahren hat und beide Rechnungen (Storno-Rechnung und neue Rechnung) sind in Durchschrift dem Abnehmer zu übermitteln. Der Leistungsempfänger (Abnehmer) hat in der Folge Anspruch auf Rückzahlung der zu viel bezahlten Umsatzsteuer.

Merke: Die Kleinunternehmerregelung ist mit dem Wohnsitz oder Sitz im Inland gekoppelt. Grenzüberschreitende Umsätze im Nachbarland unterliegen daher den dortigen gesetzlichen Bestimmungen und die Kleinunternehmerregelung ist nicht anzuwenden. Darüber hinaus kommt es bei sonstigen Leistungen (Supervision) zum RCS – Übergang der Steuerschuld auf den Leistungsempfänger, wenn dieser ein Unternehmer im Sinne der Umsatzsteuer ist.

Das nächste Mal:
Fahrtkosten und Reisekosten richtig dokumentieren – Teil 1!

VERANSTALTUNGEN

Niederösterreich

Fortbildungstag

„Das Theater mit der Supervision“

Margarete Meixner

30. September 2017, 9.00–17.00 Uhr

Bildungszentrum St. Bernhard

2700 Wr. Neustadt, Domplatz 1

Supervisionswerkstatt –

Arbeit mit Filmen in der Supervision

Markus Amann

10. November 2017, 14.00–18.30 Uhr

Praxis Markus Amann

3100 St. Pölten, Lederergasse 8/1/2

Oberösterreich

Interventionen für Großgruppen

Mag.^a Hermine Steinbach-Buchinger

7. Oktober 2017, 9.00–17.00 Uhr

Haus der Frau

4020 Linz, Volksgartenstraße 18

Supervisionswerkstatt

10. Oktober 2017, 18.30–20.30 Uhr

Praxis Alexandra Riegler-Klinger (ARK Coaching)

4020 Linz, Stelzhamerstraße 10/1

Stammtisch

16. November 2017, 19.00 Uhr

Ort wird noch bekannt gegeben

Supervisionswerkstatt

12. Dezember 2017, 18.30–20.30 Uhr

Praxis Alexandra Riegler-Klinger (ARK Coaching)

4020 Linz, Stelzhamerstraße 10/1

Steiermark

„Wandertalk“

23. September 2017, 10 Uhr

Kesselfallklamm Semriach <http://www.bergfex.at/sommer/steiermark/touren/wanderung/5790,semriach-kesselfall/>

Tirol

Herbstfortbildung:

think integral – act practical

Christian Leiss, MSc

17. November 2017, 13.30–20.30 Uhr und

18. November 2017, 9.00–17.00 Uhr

Haus der Begegnung

6020 Innsbruck, Rennweg 12

Wien

Fortbildung: Integrative Supervision.

Ein mehrperspektivisches, transtheoretisches Verfahren.

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc

19. September 2017, 19.00 Uhr

IFF

1070 Wien, Schottenfeldgasse 29/Stiege 1

„Von Hofnarren, Sekretären und Geheimen Räten!“



Beratung boomt, kein Lebensbereich, wo heutzutage nicht Beratung angeboten wird. Soziologen stellten schon in den 1990er Jahren den westlichen Sozietäten das Etikett „Beratungsgesellschaft“ aus. In Deutschland sind an die 15 000

Beratungsfirmen registriert (und da sind die rund 4000 SupervisorInnen der DGSv nur zum Teil integriert!) und startet man im Internet den Suchbegriff „*.beratung“ dann erhielt man 2016 knapp 90.000.000 Ergebnisse (S.10). Das Thema Beratung wird auch Öffentlich: sei es in TV-Serien wie „The Sopranos“ oder in Talkshows wie „Das kommt in den besten Familien vor!“.

Supervision und Coaching sind Beratungsformate und somit Teil einer gesellschaftlichen Entwicklung. Einer Entwicklung, deren Wurzeln in die Urzeit der Vergesellschaftung des Menschen reichen. Orakel, Prophezeiungen und Horoskope halfen von Anfang an, die Unsicherheit, was sein könnte was sein wird oder sein soll, zu mindern. H. Wandhoff hat eine Geschichte der Beratung verfasst. Vom Rat als Rätsel (diesem Wort wohnt der ‚Rat‘ sprachlich inne) in der griechischen Antike beginnend wird der Bogen bis in die Jetztzeit zum Begriff „das beratene Selbst“ gezogen. Zehn, auch einzeln lesbare Kapitel, ziehen die/den LeserIn in den Bann: den alten Rezepturen Orakel und Prophezeiungen folgen Consilium und Consensus im Mittelalter, nach den Hofnarren kommt es auf dem Weg zur Profession zu ersten Krisen in der Neuzeit, denen mit Hilfe des Aufkommens der „Ratgeber-Literatur“ begegnet wird, die Politik wird als Feld von RatgeberInnen entdeckt, humanistische und tiefenhermeneutische Ansätze weisen in die Gegenwart bis hin zu „Mindfulness & Co“.

Noch etwas hat dieses Werk: Noch nie habe ich ein Literaturverzeichnis mit solchem Interesse gelesen!

W. Knopf

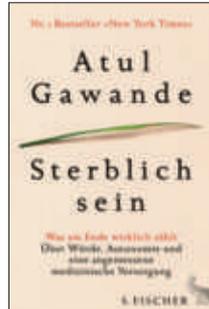
Was soll ich tun? Eine Geschichte der Beratung.

Haiko Wandhoff

Corlin Verlag, Hamburg 2016

352 Seiten, € 34,00

Sterblich sein (being mortal)



„Zur Bewohnerschaft des Pflegeheimes gehörten damals hundert Wellensittiche, zwei Hunde, zwei Katzen, mehrere Kaninchen und Hühner, die Eier legten.“ Die Auswirkungen des Experiments waren: die Medikamentenverschreibung reduziert sich um die Hälfte, die Sterblichkeitsrate sinkt um 15 Prozent.

Was brauchen die Menschen, wenn es ans Sterben geht? Dieser Frage geht Atul Gawande, Chirurg, nach und schildert die Entwicklungen von Armenhäusern zu Pflegeheimen und moderner Medizin. Er beschreibt anschaulich wie Scheu und Angst vor Sterben und Tod an die Medizin delegiert wurden und dort mit Operationen und Medikamenten bekämpft werden. Dr. Gawande stellt Initiativen von Pflegeeinrichtungen in den USA vor, die wirksame Gegenmaßnahmen gegen die drei Plagen Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit gefunden haben. Er zeigt an individuellen Krankheitsverläufen auf, welche Möglichkeiten gefunden werden können, wenn es Ärzten und Angehörigen möglich ist, die richtigen Fragen an alte, kranke und gebrechliche Menschen zu stellen, wie: Was ist Ihnen wichtig, was ist bedeutsam für Sie? Das Ziel ist, gemeinsam über „Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung“ am Ende nachzudenken. Wir brauchen Medizin und Lebensqualität, dieses Buch ist eine anregende Auseinandersetzung damit und geeignet für alle die in und mit Gesundheits- und Pflegeberufen arbeiten und alle anderen Sterblichen.

Was brauchen die Menschen, wenn es ans Sterben geht? Dieser Frage geht Atul Gawande, Chirurg, nach und schildert die Entwicklungen von Armenhäusern zu Pflegeheimen und moderner Medizin. Er beschreibt anschaulich wie Scheu und Angst vor Sterben und Tod an die Medizin delegiert wurden und dort mit Operationen und Medikamenten bekämpft werden. Dr. Gawande stellt Initiativen von Pflegeeinrichtungen in den USA vor, die wirksame Gegenmaßnahmen gegen die drei Plagen Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit gefunden haben. Er zeigt an individuellen Krankheitsverläufen auf, welche Möglichkeiten gefunden werden können, wenn es Ärzten und Angehörigen möglich ist, die richtigen Fragen an alte, kranke und gebrechliche Menschen zu stellen, wie: Was ist Ihnen wichtig, was ist bedeutsam für Sie? Das Ziel ist, gemeinsam über „Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung“ am Ende nachzudenken. Wir brauchen Medizin und Lebensqualität, dieses Buch ist eine anregende Auseinandersetzung damit und geeignet für alle die in und mit Gesundheits- und Pflegeberufen arbeiten und alle anderen Sterblichen.

Margot Scherl und Sonja Wohltz

Sterblich sein

Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung

Atul Gawande

S. Fischer Verlag, 2015

336 Seiten, € 19,99

Lehrsupervision im Fokus



Lehrsupervision im Fokus
Edeltrud Freitag-Becker/Mechtild Grohs-Schulz/Heidi Neumann-Wirsig (Hg).
Vandenhoeck & Ruprecht,
1. Auflage 2017
341 Seiten,
€ 35,00

Endlich ein Buch zum Themenkomplex Lehrsupervision! Die Intention für das Buch ist der beobachtete Rückgang der öffentlichen Diskussion zur Lehrsupervision in den letzten Jahren. So sind kaum Veröffentlichungen zum Themenkomplex Lehrsupervision zu finden, noch scheint eine öffentliche kritische und theoretisch fundierte Diskussion dazu stattzufinden. Dem möchten die Autorinnen etwas entgegensetzen und in dem vorliegenden Buch der Diskussion um Konzepte, Herangehensweisen, Methode und Qualitätsverständnis sowie Qualitätssicherung in der Lehrsupervision nachgehen. Hierbei werden Themen zu arbeitsmarktbezogenen Herausforderungen, Professionalisierungsdebatten und Kompetenzorientierung einbezogen.

Aufbau des Buches: Das Buch gibt Einblicke in grundsätzliche Aspekte, konzeptionelle Zugänge und Formen von Lehrsupervision, organisationale Aspekte sowie Überlegungen zur Kompetenz- und Professionsentwicklung von Lehrsupervision.

Im ersten Teil steht die Lehrsupervision als Lernort im Zentrum. Thematisiert wird das Oszillieren zwischen Supervidieren und Lehren, da das Besondere der Lehrsupervision die Gleichzeitigkeit von Gegenstand und Mittel ist.

Lehrsupervision enthält somit Inhalte wie Wissensvermittlung, Selbsterfahrung, Identitätsbildung, Übung, Reflexion der eigenen Praxis und schließlich hat Lehrsupervision Modellcharakter. Ferner wird Lehrsupervision im Kontext von Paradigmenwechsel in Ausbildungen diskutiert. Die Akademisierung und Veränderung des Arbeitsmarktes stehen dabei im Fokus. Lernfelder zu individueller Rollenfindung, Qualitätssicherung und lernenden Organisationen werden im Kontext von triadischem Denken, als Standard für Beratungsprozesse diskutiert.

Im zweiten Teil des Buches werden konzeptionelle Zugänge wie systemische Supervision Gruppensdynamik, Lehrsupervision im Kontext von psychodynamischen Theorien und Ansätzen, sowie von Gestalttherapie, Psychodrama und Soziodrama thematisiert.

Mit dem dritten Teil des Buches wird verschiedene Formen von Lehrsupervision auf den Grund gegangen. Hierbei werden beispielsweise Lehrsupervision im Kontext von Bourdieus Feld- und Habitusstheorie, Live- und Video-Lehrsupervision, das Konzept der Coaching-Zone sowie Lehrsupervision und

Mentoring in Diskussion gebracht. Die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Formen und deren Bedeutung für die Lehrsupervision sind zentral.

In einem weiteren und vierten Teil des Buches werden organisationale Aspekte der Lehrsupervision in Hochschulen sowie Konsultationstreffen zwischen Kursleitung der Supervisionsausbildung und den Lehrsupervisoren als Reflexionsraum zum Entwicklungsstand der Ausbildungskandidat/innen beleuchtet.

Schließlich wird das Buch mit dem Teil zur Diskussion um Kompetenz- und Professionsentwicklung abgerundet. Die Anpassung der didaktischen Konzepte auf Kompetenzorientierung und Aufgaben der Lehrsupervisionen in kompetenzorientierten Ausbildungen kann nicht ausbleiben. So wird beispielsweise auf Basis des ECVision Projekts der Frage nachgegangen, an welchen Parametern eine erfolgreiche Supervision zu erkennen ist.

Das Buch soll LehrsupervisorInnen zum Nachdenken anregen, woran eine gelungene Lehrsupervision zu erkennen ist. Ferner werden Dimensionen für konzeptionelle Weiterentwicklung in der Lehrsupervision thematisiert, um mehr Forschung und konzeptuelle Auseinandersetzung im Kontext der Lehrsupervision zu erwirken.

Das Herausgeberinnenteam konnte Beiträge von Annemarie Bauer, Barbara Baumann, Jutta Borck, Wolfgang Dinger, Robert Erlinhagen, Heinrich Fallner, Beate Fietze, Paul Fortmeiner, Marlies Föse, Brigitte Geißler-Piltz, Angela Gotthardt-Lorenz, Astrid Hassler, Rolf Haubl, Thomas Hegemann, Susanne Holzbauer, Monika Klinkhammer, Wolfgang Knopf, Jessica Koch, Karlheinz Kramer, Hans-Karl Krey, Ulrike Kreyszig, Sascha Kuhlmann, Wilfried Lauinger, Klaus Obermeyer, Birgit Ramon, Kornelia Steinhart, Carla van Kaldenkerken, Loius van Kessel, Elke Vowinkel, Kersti Weiß und Jürgen Wessel für das Buch gewinnen.

Supervision ist und bleibt Reflexion. „Weil Supervisoren Meister der Reflexion sind, möchten wir über die Reflexionen in diesem Buch zu weiteren Reflexionen einladen“, schreiben die Herausgeberinnen – Edeltrud Freitag-Becker, Mechtild Grohs-Schulz und Heidi Neumann-Wirsig – in ihrem Vorwort.

Agnes Turner

Das lebendige Gefüge der Gruppe – Ausgewählte Schriften



Raoul Schindler (1923–2014), Ehrenmitglied der ÖVS, ist vielen Lesern als Begründer des „Rangdynamischen Modells der Gruppe“ bekannt. Darüber hinaus kennen viele seinen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der österreichischen

psycho-sozialen Szene. Sein weites Betätigungsfeld reichte von seinen Arbeiten in der Psychiatrie, der Entwicklung von Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie bis hin zur aktiven Gestaltung der psychosozialen Versorgung. Dabei war es ihm immer ein Anliegen, die gesellschaftliche Relevanz der verschiedenen Arbeitsbereiche im Auge zu behalten.

Ein Teil seiner in diversen Fachzeitschriften veröffentlichten Publikationen ist kürzlich in Buchform erschienen. Zusammen mit den Kommentierungen bzw. Bemerkungen des AutorInnenteams zum jeweiligen Kontext der Arbeiten ergibt sich eine spannende historische Betrachtung der Entwicklung von Raoul Schindlers Denken, seinem Handeln und seiner Zeit.

Das Werk beginnt mit Arbeiten zu therapeutischen Kleingruppen und zu Schindlers Experiment, auch die jeweiligen Angehörigen der PatientInnen mit ein zu beziehen – eine logische Folge von Schindlers Eintreten für die Psychiatriereform der 1970iger. Es folgen Arbeiten zum „Rangdynamischen Modell“, zu Schindlers Bemühungen, dieses auch für größere Gruppierungen anzuwenden, und zu Arbeiten zur besonderen Bedeutung der „Omega“-Position. Abgeschlossen wird dieses Buch mit Veröffentlichungen zu gesellschaftlichen und institutionellen Entwicklungen.

Besonders zwei Aspekte des Buches sind für Supervisorinnen und Supervisoren herauszustreichen: Das sind einmal die Arbeiten zum „Rangdynamischen Modell“ – besonders die, in denen Schindler sein Modell von jenen soziometrischen und sozialpsychologischen Modellen abgrenzt, die ähnliche Begriffe verwenden. Besonders wichtig ist das Verständnis der Bedeutung des „Omega“ für das Geschehen in einer Gruppe, für ihren Zusammenhalt und ihr Fortbestehen. Schindler hat sich damit sein ganzes Leben lang beschäftigt und große Empathie für diese Position

entwickelt. Zum anderen sind es Schindlers lustvolle und bildhafte Beschreibungen von Gruppenprozessen, die eigentlich in allen Supervisionsausbildungen zur Pflichtlektüre ernannt werden sollten.

Den Autorinnen und Autoren, zwei davon Mitglieder der ÖVS, sei gedankt für diese lesenswerte und profunde Zusammenstellung!

Heinz Lorenz

Das lebendige Gefüge der Gruppe – Ausgewählte Schriften
Raoul Schindler
Psychosozial-Verlag, Gießen 2016
370 Seiten, € 38,80

Publiziert

Seit der letzten ÖVS-Newsausgabe sind uns folgende Publikationen von/mit/über Supervision und Coaching, über die ÖVS und ihre Mitglieder bekannt geworden. Entsprechende Hinweise nimmt die Geschäftsstelle gerne entgegen: office@oevs.or.at

Christian A. Aichmayr

Überleben in einer verrückten Arbeitswelt

2-Teiliges Radioessay (Teil 1: <https://cba.fro.at/317733>, Teil 2: <https://cba.fro.at/318009>)

Adalbert Geschosmann

Das Unbehagen mit dem Dreieckskontrakt

supervision – Mensch Arbeit Organisation, 2.2017

Joachim Sauer

Im Wandel der Zeiten

supervision – Mensch Arbeit Organisation, 2.2017

Willkommen – Neue ÖVS-Mitglieder

Mag.^a Sandra Bascha, Neudörfel, Bgld

Dipl.-Päd. Silvia Martinz, BEd, St. Andrä, Ktn

Dipl.-Päd. Petra Messner, Poggersdorf, Ktn

DI Christian Ruppert, Klagenfurt am Wörthersee, Ktn

Gabriele Traußnig, Wolfsberg, Ktn

Bed. Gebhard Wulz, St. Andrä, Ktn

Mag.^a Ursula Autengruber, Mödling, NÖ

Jürgen Gerether, Grafenbach-St. Valentin, NÖ

Mag.^a Andrea Prassl, MSc, Breitenfurt bei Wien, NÖ

Mag.^a Nina Velickovic, Mödling, NÖ

Lisa Wimmer, MA, Brunn am Gebirge, NÖ

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Veronika Hubner, MSc, Alkoven, OÖ

Gottfried Huemer, Laakirchen, OÖ

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Danninger, MSc, Seeham, Sbg

DSA Markus Furlan, Graz, Stmk

Mag. (FH) Harald Ploder, Graz, Stmk

Mag.^a (FH) Dr.ⁱⁿ Marie-Therese Sagl, Graz, Stmk

Horst-Christian Schoberl, MSc, Graz, Stmk

Mag.^a (FH) Elisabeth Gschösser, Reith im Alpbachtal, Tirol

Susanne Ebner, Altsch, Vbg

Mag.^a Gudrun Janach-Wolf, Wien

Peter Paupié, MPOS, Wien

Alexandra Reis, Wien

Mag.^a (FH) Verena Steinbauer, Wien

Mag.^a Dagmar Untermaier, Wien

Mag.^a Mag.^a (FH) Veronika Weisskircher, Wien

Impressum

ÖVS-News 2/17 Die Zeitschrift der ÖVS – Österreichischen Vereinigung für Supervision und Coaching

ÖVS-Büro: A-1010 Wien, Heinrichsgasse 4/2/8, Tel.: 01/533 08 22, Homepage: www.oevs.or.at, E-Mail: office@oevs.or.at, ZVR-Zahl: 681413434

Chefredaktion: Ursula Hermann, Wolfgang Knopf. **ÖVS-News Redaktionsteam:** Ursula Hermann, Wolfgang Knopf, Nicolette Wallmann. **Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe:** Dr. Günther Fisslthaler, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Hermann, MPOS, MSc, Dr. Wolfgang Knopf, Mag.^a Verena Krassnitzer, Dipl.-Ing. Dr. Heinz Lorenz, Dr. Ernest Pichlbauer, Helga Prähauser-Bartl, MSc, Margot Scherl, MAS, Dr.ⁱⁿ Agnes Turner, Sonja Wohlatz. **Produktion:** Rosie Moser. **Korrektur:** Mag. Martin Arndorfer. **Grafik:** Claudia Fritzenwanker. **Druck:** Druckerei Hans Jentsch & Co GmbH.

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe: 30. Oktober 2017

n|w Fachhochschule
Nordwestschweiz

zhaw Angewandte
Psychologie



5. Internationaler Coachingkongress, 12./13. Juni 2018 in Olten/Schweiz mit Exklusiv-Workshops am 11./14. Juni 2018 «Coaching meets Research ... Organisation, Digitalisierung und Design»

Das Zusammenspiel von Person und Organisation ist Gegenstand fast jedes Coachings. Die fortschreitende Digitalisierung hat zur Folge, dass sich Organisationen rasant entwickeln und tiefgreifende Veränderungen durchlaufen: neue Formen der Führung, mediengestützte Kommunikation, Demokratisierung von Entscheidungen, wachsende Mitverantwortung, virtuelle Teamarbeit und Internationalisierung. Neue Formen und Designs von Coaching antworten darauf.

Der Call for Speakers ist jetzt online!

www.coaching-meets-research.ch