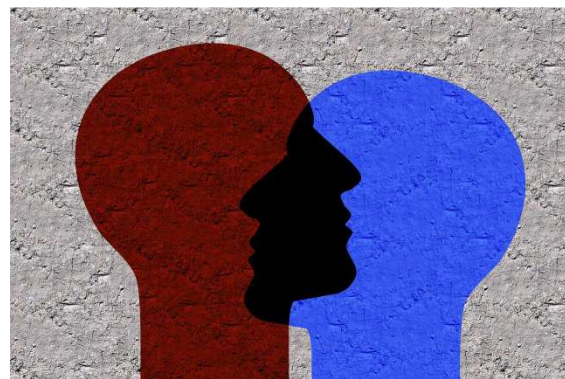
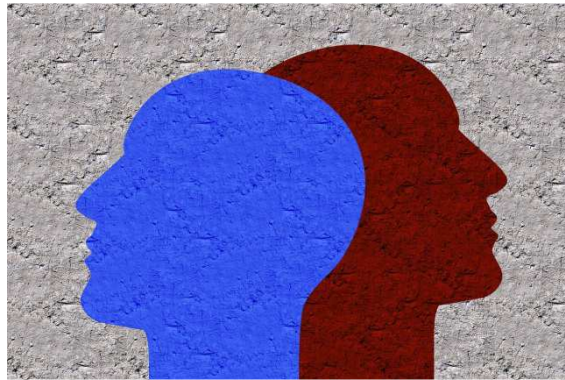


# „**Begleitete Intersivision**“

## Eine gemeinsame, interprofessionelle Sprache finden

von  
Mark Schaffner



Ein konkreter Beitrag zur Unterstützung und Umsetzung der „CHARTA für die Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen“ (SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) und den grundlegenden Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung einer positiven Fehlerkultur.

## Präambel

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hält in der Schrift aus dem Jahr 2011 „Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden“ das Folgende fest:

«Teamarbeit und Vernetzung werden allgemein als Modelle der Zukunft betrachtet».

Teamarbeit darf dabei nicht isoliert, sondern muss in einen grösseren, vernetzten Zusammenhang gestellt werden: Die «Teams der Zukunft» heisst nicht, eingespielte Berufsgruppen und Spezialisten noch stärker zusammentun, sondern Fachleute aus unterschiedlichen Berufen und Disziplinen, die mit ihren spezifischen Dienstleistungen an einer gemeinsamen Sache beteiligt sind, ein Team bilden. Dabei geht es um interprofessionelle Teamarbeit! Diese Zusammenarbeit aber will gelernt sein. Gelernt meint in erster Linie «erfahren und geübt werden», denn es handelt sich dabei nicht um ein intellektuelles Wissen, welches man sich aneignen und an einer Prüfung abgefragt werden kann. Bis heute werden die Themen wie Kommunikations- und Teamentwicklung, wenn überhaupt, nur in den eigenen Berufsgruppen und untereinander behandelt. Auf die «interprofessionelle Zusammenarbeit» sind wenige Fachleute und Berufsgruppen vorbereitet. Eine wirkliche Zusammenarbeit kann aber nur funktionieren, wenn die Fachleute berufsgruppenübergreifend einen gemeinsamen Weg entwickeln und daraus eine gemeinsame Sprache ableiten.

Das Werkzeug «Intervention» ist nicht neu: Gruppen von Fachleuten oder Führungspersonen setzen sich in regelmässigen Abständen zusammen und besprechen im Sinne des Erfahrungslernens unterschiedliche Fälle. Was am vorliegenden Konzept neu oder anders ist, ist die «interprofessionelle, begleitete Intervention», die aufgrund konkret aufgetretener Störungen eingesetzt wird. Das bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die während einer Leistungserbringung Störungen in der Zusammenarbeit erlebt haben, sich danach zusammensetzen um zu klären und gemeinsam zu lernen. Sie machen also die erlebte Störung zum Fall. Dabei werden sie von einer geübten und für diese Aufgabe speziell geschulten Person begleitet, deren Rolle eine Mischung aus Trainer, Coach, Moderator und Mentor ist. Es wird ganz bewusst auf den Begriff „Supervision“ verzichtet. Der Grund dafür liegt in dem mittel- bis langfristigen Ziel, dass aus „interprofessionellen, begleiteten Interventionen“, immer wie mehr „interprofessionelle Interventionen“ werden.

### Der Mix aller Beteiligten macht die Entwicklung:

Gerade weil sich Fachleute aus unterschiedlichen Berufsgruppen, mit unterschiedlichen Rollen, Aufgaben, Bedürfnissen, Wertesystemen und Sozialisierungen an einen Tisch setzen müssen oder wollen, kann eine Entwicklung in der Zusammenarbeit (nicht Spezialisierung) überhaupt erst passieren. Die «Begleitete, interprofessionelle Intervention nutzt ganz bewusst das heutige Wissen über koevolutive Prozesse: „Denn der Mensch ist ein soziales Wesen. Und für die Entfaltung der in uns angelegten Potentiale brauchen wir die Begegnung und den Austausch mit anderen. Jedes lebende System kann das in ihm angelegte Potential am besten in einem koevolutiven Prozess mit anderen Lebensformen zur Entfaltung bringen. Oder einfacher: Gemeinsam kommen wir weiter als allein“ (Hüther 2015).

Die Begleitete Intervention geht von der Erfahrung aus, dass gerade in kleineren oder grösseren Konfliktsituationen die Betroffenen überfordert sind. Sie gehen möglicherweise dem Konflikt aus dem Wege, auch wenn ein Gespräch stattfindet oder verschärfen die Auseinandersetzung unbewusst noch zusätzlich.

Die von aussen kommende, professionelle Begleitung bringt, neben der Ausbildung und Erfahrung als Coach und Supervisor, ein entsprechendes Fach- und Prozessverständnis mit, welches die Empathie gegenüber den Beteiligten erleichtert. Auch ein ganz bestimmtes Menschenbild soll durch diese Begleitung in die Runde gebracht werden. „Eine Begegnung bekommt ihren besonderen Wert dadurch, dass ein humanistisches Weltbild im Hintergrund wirkt. Aktives Zuhören ist mehr als nur zuhören. Es schließt die emotionale Ebene, die nonverbale Äußerungen und das gegenseitige, prinzipielle Wohlwollen ein“. (vgl. Rogers 1983: S. 116 ff)

Es hat sich gezeigt, dass gerade ein solcher Mix an Beteiligten ein grosses Entwicklungs-Potential in sich birgt.

## Was braucht es um eine gute Dienstleistung zu erfüllen?

Berufs- und Fachverbände sind sich einig. Um auch in Zukunft eine sehr gute Dienstleistung im Gesundheitswesen erbringen zu können, ist es unter anderem von grosser Bedeutung, dass die erbrachten Leistungen aller benötigten Berufsleute stärker aufeinander abgestimmt sind. „Die gegenseitige Information ist jederzeit gewährleistet, die Arbeit basiert auf gegenseitigem Respekt und gemeinsam definierten, anerkannten Standards“ (SAMW 2014). «Die Herausforderungen können nur in einem Team gemeistert werden: Wir Ärztinnen und Ärzte sind auf „Profis“ aus anderen Berufsgruppen angewiesen. Die Zusammenarbeit will gelernt sein. Die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Team bedeutet, die Mitglieder eines Teams mit ihren Stärken und Schwächen zu kennen. Die einzelnen Kompetenzen müssen definiert und allen bekannt sein, Rollen sind zu klären und Verantwortung muss im Team getragen werden» (Brodmann 2016). Das SÄZ-Podium im 2012 fokussierte auf das wichtige, in seiner Bedeutung in weiten Kreisen noch unterschätzte Thema „Interprofessionalität im Schweizerischen Gesundheitswesen“. Die angeregte Diskussion bestätigte, dass in diesem Bereich Optimierungsbedarf besteht.

## Wie kommt es zu diesem Optimierungsbedarf?

Das Thema ist nicht neu.

1. Die Tatsache wird leider auch heute noch viel zu sehr unterschätzt, tabuisiert, vernachlässigt, oder ist gar nicht im Bewusstsein einzelner Fachleute: Die tätigen Fachleute, sei es aus der Ärzteschaft, der Pflege, der Administration oder weiteren Fachbereichen sind innerhalb ihrer eigenen Berufsgruppe ausgebildet und sozialisiert und nicht für interprofessionelle Zusammenarbeit geschult und vorbereitet. Das bedeutet auch, dass die Wahrnehmungen unterschiedlich beurteilt und gewertet werden. Dazu eine eindrückliche Studie über die Kommunikationsqualität im OP-Alltag von Martin A. Makary: Während 87% der Chirurgen die Kommunikation mit der OP-Pflege als qualitativ hoch oder sehr hoch einschätzten, gaben dies für die gleiche Situation nur 48% des OP-Pflegepersonals an. Die Kommunikation mit den Anästhesisten beurteilen

84% der Chirurgen als qualitativ hoch und sehr hoch, wohingegen dies umgekehrt nur 70% der Anästhesisten angaben (Makary 2006).

2. Die allgemein hohen Anforderungen an das Fachgebiet Medizin bzw. an die Spezialdisziplinen bedürfen einer ständigen Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen. Daneben stehen komplexe Dienstplanungen, welche die Arbeitszeitreglementierungen, Einteilung und homogene Verteilung der Kompetenzen, die Schicht-Modelle und die Bedürfnisse eines 24-h-Betriebes an 365 Tagen sicherstellen müssen. Eine Auseinandersetzung mit den Themen „Teamentwicklung“, „Förderung der Information und Kommunikation“, kann, wenn überhaupt, nur am Rande geführt und in der Planung berücksichtigt werden. Regelmässige Treffen in kleinen, auch interprofessionellen Gruppen, der kontinuierliche Austausch und Reflexion von Zusammenarbeit, Organisations- und Führungsthemen, auch unter Führungsverantwortlichen, sind aus zeitlichen Gründen nur selten möglich. Reglementierungen, Standardisierungen, Spezialisierungen und ständige Prozess- Anpassungen kreieren zudem noch mehr Bürokratie und eine Vielzahl an Change-Management-Projekten, die gepflegt und betreut werden wollen und die restliche noch „freie Zeit“ beanspruchen. Demzufolge nimmt ganz allgemein der prozessorientierte Fokus zu und verdrängt zusehends die „mitarbeiter- und führungsorientierte Ausrichtung“.
3. Die Individualisierung in Organisationen: Der Trend in der Arbeitswelt geht heute Richtung Eigenverantwortung und Selbststeuerung. Laufbahnen werden individueller geplant, Stellen rascher gewechselt und Arbeitnehmende tendieren vermehrt zu sogenannten „Hop-on und Hop-off Karrieren“ (JAP 2016). Die in vergangenen Generationen häufig lebenslange loyale Verbindung zum Unternehmen wird immer seltener.
4. Ungebremste Ökonomisierung: „Das Geschäftsmodell Gesundheit“ (Maio 2015) ist wettbewerbsorientiert und interessiert sich primär dafür was Geld einbringt. Gespräche und Besprechungen sind zuerst einmal Kosten beim Personalaufwand ohne dass der Nutzen unmittelbar berechnet werden kann. Die interprofessionelle Zusammenarbeit aber will gelernt und gelebt sein, sonst bleibt sie ein intellektuelles Wissen ohne Erfahrung und Entwicklung! Im politischen Gerangel über Berechnungen von Taxpunktwerten und Kostendeckungsgraden finden diese Themen wenig Verständnis. Entwicklungskosten für eine interprofessionelle Zusammenarbeit, eine kontinuierliche Leadershipentwicklung und Entwicklung von Führungsstrukturen, Weiter-Entwicklung einer „gelebten“ Fehler-Kultur bzw. „Kultur der Verbesserungen“ sind in den Berechnungsmodellen nur theoretisch und höchst marginal vorgesehen. Dabei wären gerade diese Themen als „strategische“ Faktoren für die Sicherung einer mittel- und langfristigen, qualitativ guten, medizinischen Leistung am Patienten tragend und mitentscheidend.

Das sind einige der Gründe, warum Führungskräfte ihre Leadership-Aufgaben isoliert und nicht in einem Gemeinschaftskontext erkennen bzw. entwickeln können, warum zwischenmenschliche, kommunikative Fehler innerhalb der Zusammenarbeit unreflektiert bleiben oder gar nicht als Fehler bzw. verstecktes Entwicklungs-Potential

erkannt werden und warum Konflikte in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ungeklärt oder in den eigenen Berufsgruppen einseitig beurteilt werden. Das wiederum unterstützt die Abgrenzung gegenüber KollegenInnen aus anderen Disziplinen. Dies alles verunmöglicht eine offene und konstruktive Kommunikationskultur und unterstützt die Vereinzelung, die Individualisierung in Organisationen auf Kosten der Gruppenkohäsion. Eine gemeinsame Sprache (Sprachkultur) geht verloren.

### **Situation in grossen Spitälern:**

In grösseren und öffentlichen Spitälern herrschen aufgrund des Auftrages und der grossen Zahl an MitarbeiterInnen komplexe Organisations- und Führungsstrukturen. Als Beispiel ist die Anästhesiologie am Universitätsspital Basel aufgeführt: Am Departement für Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie sind rund 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Davon sind gegen 130 MitarbeiterInnen im ärztlichen Dienst und ca. 250 MitarbeiterInnen in der Pflege tätig. Zirka 55 MitarbeiterInnen sind Leitende, Ober- oder Kaderärzte und 35 Personen sind direkte Linienvorgesetzte in Pflege und Administration. Gegen 65 Assistenzärzte/Innen sind in einer Weiterbildung zum Facharzt. Zirka 20 Pflegepersonen sind in Ausbildung zur/m «Diplomierte/n Experte/in in Anästhesie- oder Intensivpflege». Entsprechend hoch ist die allgemeine Fluktuation mit ca. 25 bis 30 %. Innerhalb des Universitätsspitals zählt die Anästhesiologie als Dienstleistungsunternehmen zu einer hochkomplexen Organisationseinheit mit vielen und ganz unterschiedlichen interprofessionellen und interdisziplinären Schnittstellen. Die Ärzteschaft und die Pflege übernehmen zum Teil ähnliche und auch ganz unterschiedliche Rollen, Aufgaben und Verantwortungsbereiche. In der täglichen Praxis fordert die Zusammenarbeit und Kooperationsnotwendigkeit, von jedem Einzelnen, ein hohes Mass an Sozial- und Selbstkompetenz. Bei einer solch komplexen Organisations- und Führungsstruktur werden die folgenden Fragen noch dringlicher:

### **Entwicklungsfelder<sup>(1)</sup>:**

- Wann und wie wird am Aufbau und der Weiterentwicklung einer, auch interprofessionellen, Fehlerkultur gearbeitet?
- Wann und wie findet die Reflektion für die Entwicklung von Kommunikation und Zusammenarbeit statt? „Wie arbeiten wir zusammen, wo müssen wir uns verändern?“
- Wann und wie finden die notwendigen Rollen- und Aufgabenreflexionen statt?
- Wann, wo und wie werden Entwicklungsfelder<sup>(1)</sup> für die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt?

- Wann und wo werden Entwicklungsfelder<sup>(1)</sup> genutzt um vermehrt sinnstiftende<sup>(2)</sup> Bindungen aufzubauen?
- Wann und wie werden Störungen und Defizite innerhalb der Zusammenarbeit als Entwicklungspotential erkannt und genutzt?

## **„Begleitete Intervision“ – ein gemeinsamer, interprofessioneller Weg für das Finden und Entwickeln einer gemeinsamen Sprache:**

### **Wann ist eine „Begleitete Intervision“<sup>(4)</sup> angezeigt:**

Idealerweise findet immer dann eine begleitete Intervision statt, wenn eine Schwierigkeit während der Zusammenarbeit, berufsspezifisch, interprofessionell oder interdisziplinär aufgetreten ist. Wünschenswert wäre, wenn die zuständigen Linienvorgesetzten und Führungsverantwortlichen eine besondere Sensibilität mit folgender Überzeugung entwickeln: „Die Störungen und Defizite innerhalb der Zusammenarbeit sind als Entwicklungs-Potentiale zu verstehen und zu nutzen“. Im weiteren Prozess ist es vorstellbar, dass die verschiedenen Fachleute durch die Intervision positive Erfahrungen machen können und mit der Zeit im Bedarfsfall eine solche begleitete Intervision von sich aus anfordern.

Spätestens in folgenden Situationen sollte die Begleitete Intervision als Auftrag umgesetzt werden:

- Bei wiederholender Störung<sup>(5)</sup> in der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb einer Gruppe, eines Teams, ausgehend von konkreten Arbeitssituationen und einzelnen MitarbeiterInnen oder Vorgesetzten.
- Bei wiederholter Störung<sup>(5)</sup> in der interdisziplinären Zusammenarbeit (z.Bsp. Anästhesie/OIB)
- Bei einem Fehler/ Beinah-Fehler<sup>(1)</sup>, welcher vermuten lässt, dass ein zwischenmenschlicher Faktor in der Zusammenarbeit als Ursache zugrunde liegt (auch oder ausschliesslich).
- Bei aussergewöhnlichen Vorkommnissen.

(1) Fehler, Beinah-Fehler, Störungen in Information, Kommunikation, Führungskultur, Teamentwicklung können als potentielle Entwicklungsfelder genutzt werden.

(2) „Sinnstiftende Bindungen“: Warum und für was ist eine Bindung/ Arbeitsbeziehung überhaupt von Bedeutung? (Verbindlichkeit, man kann sich aufeinander verlassen, man kann sich austauschen und voneinander lernen,

- gemeinsam an einer Veränderung/Entwicklung arbeiten, man kann verstanden, unterstützt werden und neue Ideen entwickeln.) Ist eine Notwendigkeit für soziale Gemeinschaften (Teamarbeit) mit kulturellen Werten.
- (3) Gruppenkohäsion“, von *lat. cohaerere* = „zusammenhängen“, (bezeichnet das Gemeinschaftsgefühl („Wir-Gefühl“), das Feld der Bindungen der Einzelnen untereinander, den inneren Zusammenhalt der Gruppe)
  - (4) „Begleitete Intervention“ ist eine Form kollegialer Beratung, ähnlich wie eine Supervision. Sie wird von einer geübten und für diese Aufgabe speziell geschulten Person begleitet, deren Rolle eine Mischung aus Trainer, Coach, Moderator und Mentor ist.
  - (5) Wiederholende Störung: Wenn die Hinweise und Meldungen von Mitarbeitenden auf Konflikte deuten, die ein wiederholendes Muster mit ähnlichen Arbeitssituationen oder/und immer mit derselben MitarbeiterIn oder Vorgesetzten aufweist.

## Allgemeiner Inhalt der «Begleiteten Intervention»:

Inhalte sind die praktische Arbeit, die Rollen- und Beziehungsdynamik zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten und MitarbeiterInnen, die Zusammenarbeit im Team oder auch in der Organisation, z. B. in der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit. Dabei steht der Umgang, das Miteinander der Teammitglieder und beteiligten Personen im Vordergrund.

### Ziel:

In der „Begleiteten Intervention“ lernen die MitarbeiterInnen anhand eines konkret in der Praxis erlebten Beispiels, ihr berufliches Handeln zu prüfen und zu verbessern. Sie lernen mit Fehlern und Konflikten umzugehen und konstruktive Schlüsse für die Zukunft zu ziehen. Sie lernen auf wertschätzende Art sich mitzuteilen, zuzuhören und wie das „Gemeinsame“ gefördert werden kann. Die begleitete Intervention ist ein geeignetes Übungsfeld um Empathie zu entwickeln! „Empathie mit einem anderen Menschen bedeutet, sich in dessen Lage zu versetzen und mit ihm mitzufühlen und darüber klar zu werden, was der andere fühlt oder fühlen könnte, sowie die eigenen Gefühle zu erkennen und angemessen zu reagieren. «Empathie ist der Katalysator für ein erfolgreiches ärztliches und pflegerisches Handeln» (Knüsel 2011).

Weitere Ziele sind: Ein gemeinsames Lernen, Synergien und/oder Lösungen schaffen, Führungs- und Leadershipthemen, Prozessabläufe, Strukturen, Werte und Kultur zu beleuchten und zu klären. Dazu gehören auch persönliche Themen, diese werden aber nur soweit behandelt, als sie den gemeinsamen Prozess in besonderem Maße hindern oder fördern. Dabei sollen die „Gruppenkohäsion“<sup>(3)</sup> die „interprofessionelle Zusammenarbeit“ und die Entwicklung der „Fehler-Kultur“ gefördert werden. Ziel der begleiteten Intervention ist auch die Unterstützung zur Entwicklung einer qualitativ guten Gesamt-Leistung am Patienten und schliesslich die Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit. „Eine gemeinsame Sprache finden“ meint auch, mit einer bestimmten Werte-Grundhaltung, Kommunikations- und Feedbackregeln in der Intervention gute und erfolgreiche Erfahrungen sammeln, welche im Alltag sogleich umgesetzt und geübt werden können.

### Zusätzliche Vorteile:

- Die „Begleitete Intervention“ findet aufgrund einer realen Störung bzw. Ereignisses statt und hat daher einen relevanten Bezug zum beruflichen Alltag mit Zielvorstellung. Deshalb steckt auch in einem solchen Ereignis die nötige Kraft, damit es ernsthaft angeschaut wird.

- Das Gelernte kann danach gemeinsam in der Praxis umgesetzt werden.
- Die Terminfindungen sind auf die Möglichkeiten der Beteiligten und der Organisationsplanung zugeschnitten.

### **Als Soundingboard nutzen:**

Die Supervision/ Intervention hat immer auch einen analytischen Aspekt mit Blick auf die Organisationsstruktur und ist eine Art Soundingboard. Wiederholende Muster im Organisationssystem können so auf diese Weise erkannt und gesammelt werden. Wie zum Beispiel: Wie klar sind die Rollen und Aufgaben, Abgrenzungen, Regeln etc. und welche Bedürfnisse/ Anliegen haben die Mitarbeiter, um Ihren Job gut machen zu können etc.?

Wie bei der Umsetzung einer Fehlerkultur werden am Schluss einer begleiteten Intervention, zusammen mit den Beteiligten, aufgrund der gemeinsamen neuen Erkenntnisse die folgenden Fragen besprochen:

- Gibt es im vorliegenden Fall Hinweise auf organisatorische Defizite, Unklarheiten oder Schwachstellen?
- Resultieren daraus konkrete Ideen der Verbesserung, Veränderung oder Klärung, welche die Zusammenarbeit fördern können?

Wenn alle Beteiligten damit einverstanden sind, werden die Resultate dieser Abschlussdiskussion an die Departementsleitung in anonymisierter Form weitergeleitet.

- Die Mitglieder der Departementsleitung prüfen diese Ideen und Hinweise auf Ihre Machbarkeit und entwickeln ihrerseits konkrete, strategische, förderliche Massnahmen.

### **Institutionalisierter Auftrag:**

Die Departementsleitung gibt den Linien- und Führungsverantwortlichen den kontinuierlichen Auftrag, in den oben beschriebenen Situationen und auch nach eigenem Ermessen eine „Begleitete Intervention“ in die Wege zu leiten. Der Auftrag geht auch an alle Mitarbeiter/Innen, sich an diesen Interventionen zu beteiligen.

### **Vorgehen:**

Oft zeigt sich eine Störung als einmalig und unbedeutend, mit oberflächlich gesehen wenig Lernpotential. Es gibt aber in Wirklichkeit keine Störung ohne potentielles Lernfeld! Nicht jede „kleine“ Störung benötigt eine begleitete Intervention. „Jede“ Störung aber ist geeignet für eine begleitete Intervention. Das ist kein Widerspruch, da das vorliegende Konzept den Fokus hat, Fachleute in ihrer Reflexion und



Zusammenarbeit zu fördern und sie in ihren interprofessionellen Teamaufgaben zu stärken. Die Störung ist lediglich der Auslöser.

Wenn sich ein Konflikt in der Zusammenarbeit ereignet hat, der einer Klärung bedarf, so ist das immer in erster Linie Sache des Linienvorgesetzten oder Führungsverantwortlichen bzw. der betroffenen MitarbeiterInnen. Wenn allerdings die Konfliktbearbeitung ungeübt durchgeführt wird, kann die Störung bzw. der Konflikt noch verschärft werden und sich verhärten.

Um die Frage zu klären, wann eine «Begleitete Intervention» eingesetzt werden soll und wann nicht, braucht es das Sammeln von Erfahrungen mit dem vorliegenden Konzept. Eine interessierte, wohlwollende und sensibilisierte Haltung der Linien- und Führungsverantwortlichen ist sicherlich gerade am Anfang unbedingt notwendig, damit das Angebot überhaupt genügend genutzt wird. Auch das „Wachhalten“ auf allen Führungsebenen ist ein wichtiger Aspekt, damit die Interventionsmöglichkeit nicht durch den Routinealltag verloren geht.

Vorgehen heute: Der/die zuständige Linien- oder Führungsverantwortliche nimmt mit Mark Schaffner Kontakt auf. Gemeinsam werden Ereignis, Kontext und Situation besprochen und entschieden, ob eine Intervention gestartet wird. Wenn ja, wird ein Zeitpunkt für die begleitete Intervention, in Absprache mit allen Beteiligten (Team-Mitglieder, Vorgesetzten und eventuell weiteren Betroffenen) gesucht. In der Regel übernehmen die Linien- und Führungsverantwortlichen die Terminsuche. Mark Schaffner lädt ein und übernimmt dann die weitere Kommunikation und Korrespondenz. Hier ist noch zu erwähnen, dass sich die zeitnahe Terminsuche in einem solch grossen Betrieb als schwierige Aufgabe herausstellt. Es hat sich aber in der Vergangenheit auch gezeigt, dass auch zwei Monate später durchgeführte Interventionen nichts an ihrer Aktualität verloren haben. „Lieber eine verspätete Intervention als gar keine“, ist hier als Erkenntnis zu diesem Aspekt zu sagen.

### **Zeit-Rahmen:**

In der Regel ist der Zeitbedarf auf 1 Stunde angesetzt. Eventuell sind als vorbereitende Massnahmen zusätzliche Einzelgespräche notwendig. Je nach Gruppengrösse, Thema und Fragestellung kann der Inhalt den zeitlichen Rahmen sprengen und ein zweites Treffen notwendig machen.

In der Regel findet nach einer Begleiteten Intervention eine von allen Beteiligten kurze Auswertung statt.

### **Leitung und Vertraulichkeit:**

Die Begleitungen der Interventionen übernimmt Mark Schaffner ([www.markschaffner.ch](http://www.markschaffner.ch)).

Der Verlauf der Interventionen ist vertraulich. Alles was gesprochen wurde (wer, was gesagt hat, wie sich wer verhält und eingebracht hat usw.) wird wertfrei und vertraulich behandelt. Die Departementsleitung garantiert in dieser Angelegenheit die „Unabhängigkeit von Mark Schaffner gegenüber dem Unternehmen und die Vertraulichkeit gegenüber den Beteiligten“.

## Literaturhinweise:

- Brodmann Maeder Dr. med., 2016, „Interprofessionalität – sind wir Ärztinnen und Ärzte dafür bereit?“, Schweizerische Ärztezeitung – Diskussion
- Eberhardt Daniela Prof. Dr. 2013, Herausgeberin, IAP, Beitrag Mark Schaffner, „Unternehmenskultur aktiv gestalten“, Springer Verlag, Berlin.
- Gabriele Cerwinka / Gabriele Schranz „ Fehler erlaubt – aus Fehlern lernen, statt Schuldige zu suchen“ Linde Verlag.
- Hüther Gerald, 2015, „Etwas mehr Hirn, bitte“, Vandenhoeck und Ruprecht
- IAP, Institut für Angewandte Psychologie 2016, „Individualisierung in Organisationen – ein Spannungsfeld?“ Fachtagung im September.
- Jeroen Hendriksen, „Intervision“, Juvento-Verlag
- Knüsel Otto, Dr. med. 2011, „Empathie und moderne Medizin: Luxus oder Notwendigkeit?“. Gekürzte, adaptierte Fassung in der Schweizerischen Ärztezeitung 2012, 93: 14/15
- Lippmann Eric, 2005, „Intervision – Kollegiales Coaching professionell gestalten“, Springer-Verlag Berlin
- Lippmann, Eric 2006, „Coaching – Angewandte Psychologie für die Beratungspraxis“, Springer-Verlag Berlin
- Maio Giovanni, 2015, „Geschäftsmodell Gesundheit“.
- Makary Martin A, 2006 „Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder“.
- Matthias T. Meifert 2010, Herausgeber, „Strategische Personalentwicklung“, Heike Bruch und Justus Julius Kunt, „Erfolgsfaktor Organisationale Energie“, Springer-Verlag Berlin
- Rogers Carl, 1983, „Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“, Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main
- SAMW 2011, „Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden“, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- SAMW 2014, „Charta, Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen“, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- Schaffner Mark, 2015, Universitätsspital Basel „Einführungsmodul Leadership-Entwicklung“, Modul 2
- Universitätsspital Basel, Human Resources, „Unsere Werte - Darauf kommt es uns an“.
- Witte F. 2012, „Mehr kooperieren statt delegieren“, Schweizerische Ärztezeitung. 93(22):803-11

Basel, 23. August 2016/ Mark Schaffner