

Sozialpsychiatrie am Limit.

Oder: Was halten wir noch aus? Über äußere und innere Grenzen in der sozialpsychiatrischen Arbeit.*

Dr. Rudolf Heltzel, Bremen

Lieber Herr Rehr, lieber Herr Schlegel, vielen Dank für die freundliche Einladung zu diesem Vortrag! Ich freue mich sehr, heute auf der Jahrestagung 2018 des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Harburg sprechen zu dürfen! In dieser Region fühle ich mich – als Supervisor und Berater, aber auch als früherer Vorsitzender der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychodynamische Psychiatrie (NAPP), die ihre Jahrestagungen fast immer in der Psychiatrischen Klinik Lüneburg veranstaltet, mit vielen Menschen verbunden und irgendwie „zu Hause“.

Auch das Thema, das sich die Organisatoren der Tagung für meinen Vortrag wünschten, ist mir seit vielen Jahren vertraut: In nahezu jedem Supervisionsprozess wird heute die Frage der Belastungsgrenze von Mitarbeitenden und Leitungsverantwortlichen in der einen oder anderen Weise aufgeworfen und steht zur Bearbeitung an. Ich begleite Führungskräfte, Teams, Abteilungen und nicht selten ganze Organisationen aus der Sozialpsychiatrie. Daher habe ich über das Thema meines heutigen Vortrages immer wieder nachgedacht, vorgetragen, publiziert und diskutiert. Die Fragen, die ich anspreche, sind sehr umfangreich und sehr komplex. Ich muss daher auswählen und verdichten. Damit es Ihnen nicht langweilig wird, veranschauliche ich die wichtigsten Gedanken mit Beispielen aus meiner Beratungspraxis.

Externe, unabhängige Berater – zu diesen zähle ich mich – erhalten in ihren Beratungsprozessen zahlreiche Einblicke in das Innenleben der Organisationen, die sie begleiten. Wenn Führungskräfte und Teams genügend Vertrauen gefasst haben, öffnen sie sich und schildern ihre Arbeit und die damit verbundenen Belastungen freimütig und ungeschönt. Ich weiß daher recht genau, wie es sich für viele hauptamtliche Akteure anfühlt, beruflich „am Limit“ zu sein. Das gilt für Mitwirkende aller Hierarchieebenen. Manchmal sind die Grenzen der Belastbarkeit bei den

Beteiligten auch schon überschritten – mit gravierenden Folgen nicht nur für die Profis, sondern vor allem für ihre Patienten (die unmittelbar Betroffenen) und deren Angehörige. Ich bin daher dankbar, dass die heutige Tagung dialogischen Charakter hat und die verschiedenen Sichtweisen in unseren Austausch einfließen können.

Noch ein Wort, bevor ich direkt in mein Vortragsthema einsteige: Ich bin nicht nur Psychiater, sondern auch Psychoanalytiker. Daher wird mein Blick zunächst auf die *inneren Grenzen* des Machbaren (und Aushaltbaren) gerichtet sein. Also auf das, was „selbstgestrickt“ ist und wofür nicht andere Leute oder Strukturen, sondern *wir selbst* verantwortlich sind. Hier geht es um innere Haltungen und Einstellungen, die wir alle in unsere Arbeit einbringen. Aber ich bin auch Gruppenanalytiker und daher gewohnt, über das Individuum und seine Verantwortung hinaus zu schauen. Als gruppenanalytischer Berater interessiere ich mich nicht nur für Teamdynamiken, sondern auch für institutionelle Zwänge und für die größeren Zusammenhänge, in denen Sozialpsychiatrie heute stattfindet. Also für die Rahmenbedingungen, mit denen Sie sich in Ihrer Arbeit auseinandersetzen müssen. Damit sind die *äußeren Grenzen* gemeint, die Ihrem Engagement gesetzt sind. Diese Rahmenbedingungen müssen teils hingenommen, teils kritisch hinterfragt werden. Mitunter müssen sie auch aktiv verändert werden, weil sonst Schäden an Leib und Seele entstehen (damit meine ich sowohl die Profis, als auch die Patienten/die Betroffenen). Auf alle diese Fragestellungen werde ich im Verlauf der nächsten Stunde zu sprechen kommen.

Ein aktuelles Beispiel aus meiner Beratungspraxis...

Vielleicht ist es am besten, wenn ich meine Gedankengänge mit einem **Beispiel aus meiner Beratungspraxis** einleite, das nur wenige Monate zurück liegt und nicht besonders spektakulär ist. Es stammt aus einer entfernt liegenden Region, könnte sich aber auch direkt vor unserer Haustür ereignet haben:

Seit einiger Zeit leite ich die Teamsupervision einer Tagesklinik für psychisch Kranke. Ich brauche Ihnen diese Einrichtung nicht detailliert vorstellen, Sie kennen sich fachlich ja bestens aus: Die TK gehört zu einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an einem Allgemeinkrankenhaus, sie liegt in einer ländlichen Region und ist eng mit der ambulanten Nachsorge vernetzt. Das Team besteht aus einem Dutzend Vertreterinnen und Vertreter aller wichtigen Berufsgruppen, die Leitung ist an der patientenbezogenen, therapeutischen Arbeit umfangreich beteiligt und wird von den Teammitgliedern geschätzt. Der Wochenplan besteht aus verschiedenen Einzel-, besonders aber Gruppenangeboten, wobei die Behandlung interdisziplinär und kooperativ ausgerichtet ist. Das setzt kontinuierlichen Austausch voraus.

Sie merken schon: Ich spreche von einer modernen Abteilung, in der ein hohes Engagement in der tagesklinischen Behandlung und in der ambulanten Nachsorge psychisch Kranker gelebt wird. Die Arbeit ist anspruchsvoll und dabei sowohl befriedigend (weil anregend und sinnvoll), als auch emotional belastend (weil Betroffene mit ernsthaften Schwierigkeiten behandelt werden).

Die Sitzung, die ich im Folgenden schildere, fand kurz vor der Sommerpause statt, es waren weniger Personen anwesend als sonst üblich. Das lag daran, dass ein Teammitglied aus familiären Gründen gekündigt hatte und diese Halbtagsstelle noch nicht wieder besetzt war. Zwei weitere Personen fehlten urlaubsbedingt, und eine vierte Mitarbeiterin hatte aus sehr akutem (und sehr nachvollziehbarem) Anlass Sonderurlaub erhalten. In der Folge stieg der Arbeitsanfall für alle noch an Bord befindlichen Teammitglieder und die Leitung sehr stark an. Alle hofften, dass nicht noch weitere Kollegen krank ausfallen würden. Am meisten Sorgen bereitete meinen Supervisanden die Kündigung der halbtags angestellten Kollegin und die noch ungelöste Frage der Neubesetzung ihrer Stelle: Obwohl halbtags beschäftigt, hatte sie eine wichtige Rolle im Team bekleidet und ein zentrales Gruppenangebot der TK geleitet, das Patienten in der Entwicklung ihrer sozialen Kompetenz unterstützte. Diese Gruppe sei ein unersetzlicher Bestandteil des Wochenplanes der TK, von den Patienten werde sie nun sehr vermisst und mit Nachdruck eingefordert. Auf eine Ausschreibung dieser Stelle seien aber leider keine Bewerbungen eingegangen, und von einer nochmaligen Ausschreibung verspreche man sich wenig, da die Region sehr abgelegen sei. Wer nehme schon solch lange Anfahrten für eine Halbtagsanstellung auf sich? Andererseits seien die übrigen Teammitglieder selbst

so stark belastet, dass sie das Gruppenangebot nicht zusätzlich übernehmen könnten: „Um ehrlich zu sein“, sagten die Supervisanden, „arbeiten wir einfach alle am Limit, und zwar schon lange“! Die Frage: „Was sollen wir noch alles aushalten?!“ war in dieser Sitzung mit Händen zu greifen...

Die Supervisionsrunde ging die verschiedenen Möglichkeiten durch, das Thema konstruktiv und „lösungsorientiert“ anzugehen: Die Leitung der Gruppe müsse nicht unbedingt eine Ergotherapeutin sein, denn auch die bisherige Gruppenleitung habe aus einer anderen Berufsgruppe gestammt. Auch Vertreterinnen oder Vertreter der Pflege könnten sich entsprechend einarbeiten, oder jemand aus der sozialen Arbeit, oder eine Psychologin. Allerdings seien auch diese Berufsgruppen in der abgelegenen Region Mangelberufe. Und: Wer sich aus diesen Berufsgruppen auf eine Stelle als Ergotherapeutin bewerbe, müsse deutliche Gehaltsabstriche in Kauf nehmen...

„Dann müssen wir eben andere Angebote kürzen oder streichen, damit jemand von uns das Gruppenangebot „Soziale Kompetenz“ übernehmen kann!“ ließ sich ein Teammitglied vernehmen. Der Einspruch folgte auf dem Fuße: Auch alle anderen Angebote der TK seien absolut unerlässlich! Die Patienten würden sogar noch mehr Therapiebausteine fordern! „So ist das immer bei uns, Herr Heltzel“, sagte der Leiter, „wir sind eigentlich immer am Limit, aber wenn wir in einer AG über notwendige Kürzungen des Programms brüten, ist das Ergebnis jedes Mal die Erweiterung des Therapieangebots!“ Obwohl die Patienten über keinerlei Pausen in ihrem Wochenplan verfügten, erhöben sie lautstark Vorwürfe, wenn einmal irgendetwas ausfiele! Die Supervisionsrunde hatte also eine bemerkenswerte Konstellation freigelegt: Das Team war mehr als ausgelastet, beschloss aber statt einer Ent-lastung immer mehr Belastung. Die Patientengruppe war pausenlos mit Therapieangeboten beschäftigt, beklagte sich aber fortwährend über zu wenig davon. Wie sollte man das verstehen???

Nach einiger Ratlosigkeit sprach eine Mitarbeiterin das **Schuldgefühl** an, das sich bei ihr einstelle, wenn sie sich Programmkürzungen ausmale: „Bei uns kann einfach niemand >nein< sagen! Ich bin ziemlich sicher, dass wir auch dann am Limit wären, wenn wir keine Urlaubszeit hätten, und wenn die freie Stelle wieder besetzt wäre. Wir sind eigentlich immer am Limit – egal, wie wir besetzt sind und unabhängig davon,

wie viele Patienten wir behandeln. Vielleicht sind es unsere Schuldgefühle, die uns dauernd in Trapp halten und nicht zur Ruhe kommen lassen?!"

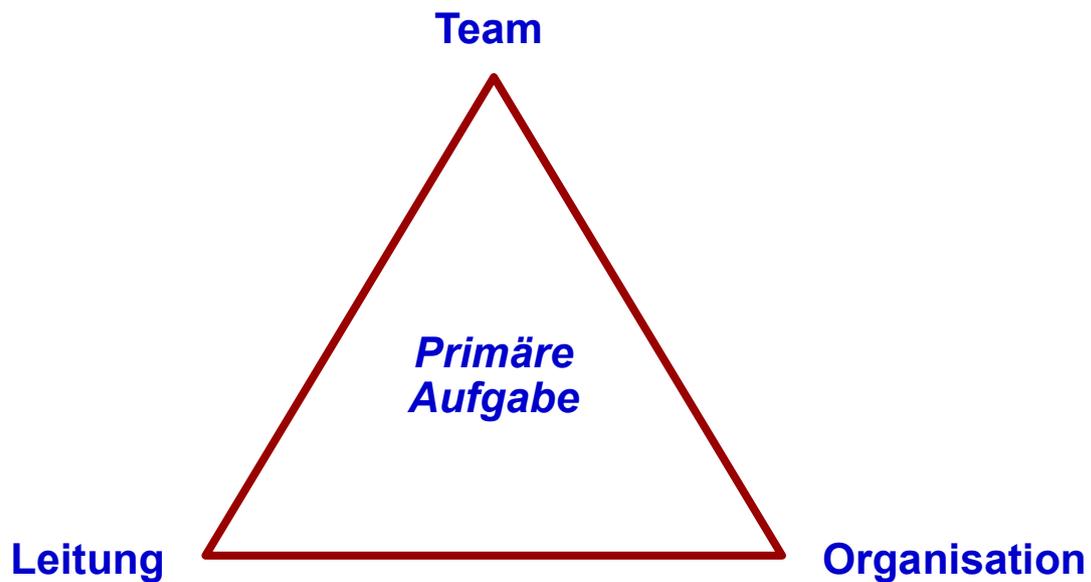
Sackgassen wie diese sind in der sozialpsychiatrischen Arbeit ziemlich verbreitet, daher sagte ich anfangs, dass das Beispiel nicht besonders spektakulär sei. Es könnte überall vorkommen. Vielleicht fühlen sich manche unter Ihnen damit auch an die eigene Arbeit erinnert? Zum Beispiel daran, dass die Zahl der Behandlungen in Ihrer Abteilung stetig steigt, aber alle Möglichkeiten der Entlastung (z. B. kürzere Einzelgespräche, oder längere Abstände zwischen den Sitzungen, oder Beendigungen langjähriger Behandlungen, oder Intensivierung von Gruppenangeboten, oder Intervallbehandlungen usw.) aus den unterschiedlichsten Gründen nicht umsetzbar erscheinen...

Solche Konstellationen haben nicht selten innere Gründe. Dabei müssen es nicht unbedingt **Schuldgefühle** sein, die uns eine Entlastung verbieten. Manchmal kommt auch **Scham** hinzu, weil die idealtypischen Ansprüche in der eigenen Arbeit keinerlei Abstriche erlauben, so dass unrealistische Ziele angestrebt werden. Oder es spielt **Konfliktscheu** mit hinein: Ein „Nein“ frustriert ja das Gegenüber und kann nicht nur Widerspruch, sondern auch Ärger wecken. Wenn das Wohlbefinden der Profis aber zu sehr daran hängt, von jedem gemocht zu sein, kann es schwierig werden...Ich vermute, dass Ihnen noch weitere innere Gründe einfallen, sich grenzenlos zu überlasten. Ich möchte aber meine Gedankengänge ein wenig weiter führen.

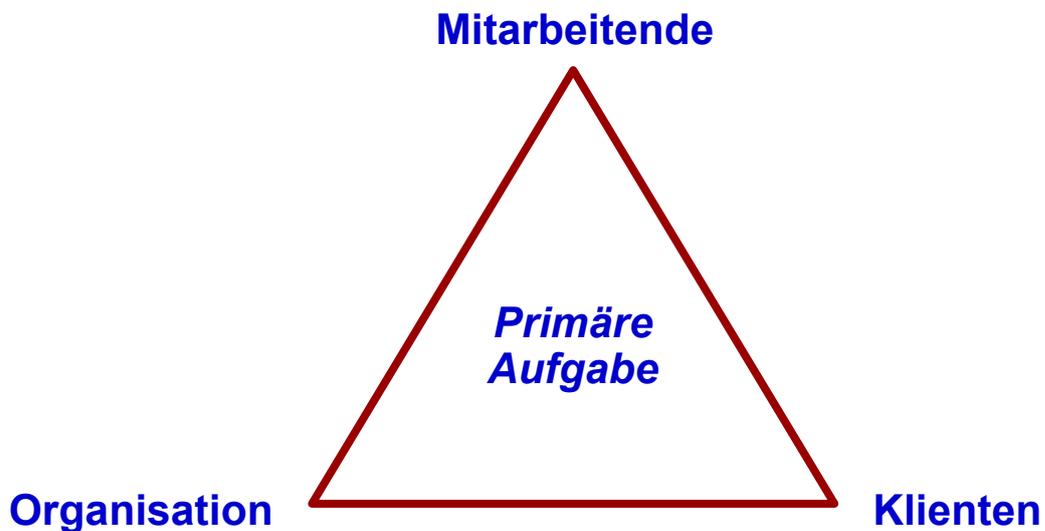
Jede Menge Dreiecke...

Die primäre Aufgabe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit besteht in der Behandlung, Betreuung und Begleitung psychisch Kranker. Diese Primäraufgabe wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst.

Das zeigt die Abb. 1:

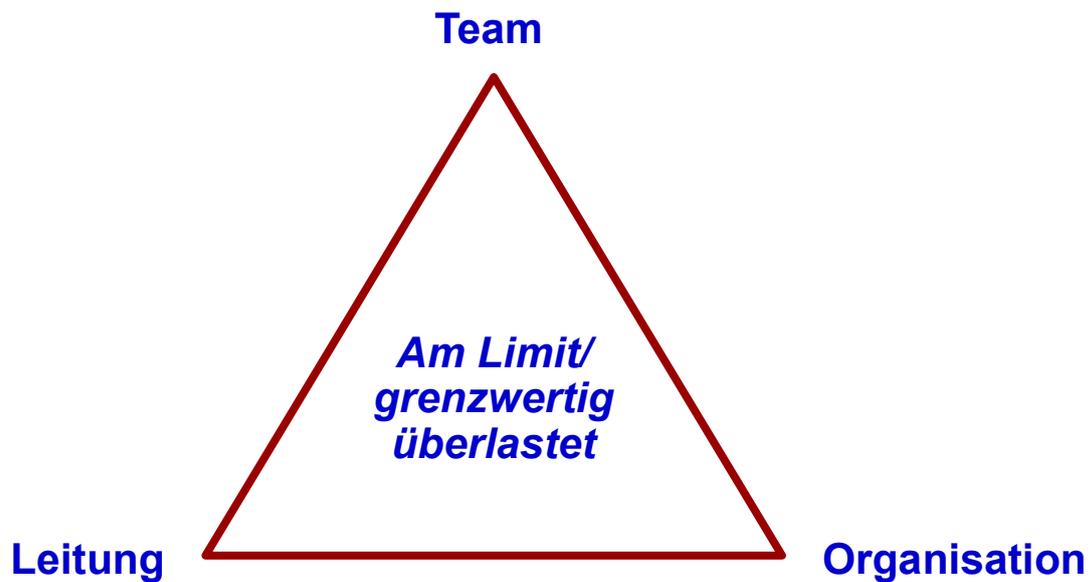


wir die Klienten hinzunehmen, sieht das so aus (Abb. 2):

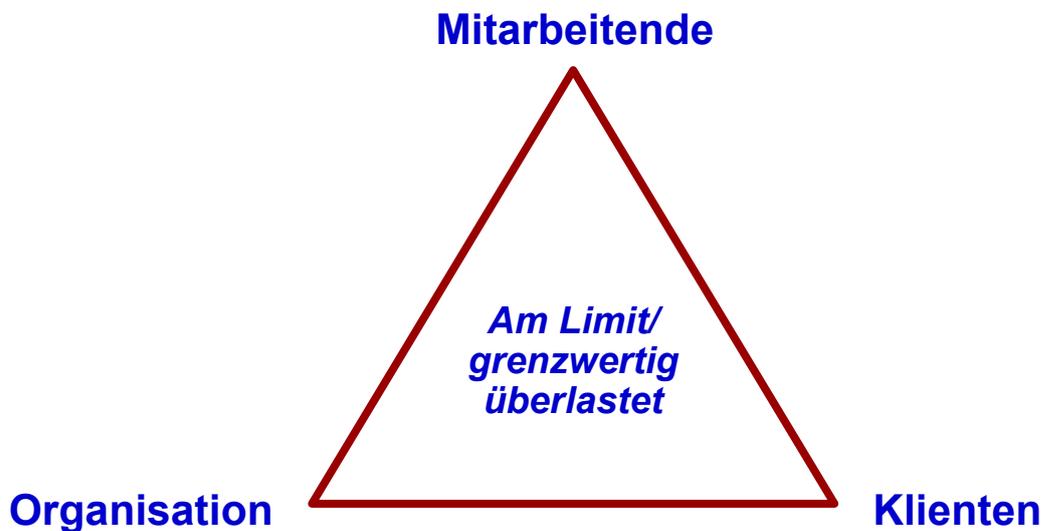


Thema meines Vortrages ist, wie Mitarbeitende und Leitungsverantwortliche sich in ihrem Engagement für diese Primäre Aufgabe überfordert, wie sie sich „am Limit“ fühlen. Ich erlaube mir daher, die *Primäre Aufgabe* durch *Am Limit / Grenzwertig überlastet* zu ersetzen.

Das erste Dreieck hätte dann diese Form (Abb. 3):



Und das zweite Dreieck diese (Abb. 4):



Auch hier werden Ihnen wieder weitere Varianten mit zusätzlichen Einflussfaktoren in den Sinn kommen. Ob wir „am Limit“ oder „grenzwertig überlastet“ sind, hängt eben von zahlreichen Faktoren und Dynamiken ab. Alle diese Einflüsse entfalten ihre Wirkung gleichzeitig. Alle sind wichtig. Und dabei habe ich den **Kontext** mit seinen gesellschaftlichen, politischen, gesundheitspolitischen, wirtschaftlichen, juristischen und kulturellen Aspekten, die auf sozialpsychiatrische Felder einwirken, noch nicht

einmal erwähnt. Sozialpsychiatrie findet mitten in der Gesellschaft statt und wird fortlaufend beeinflusst, zur Verantwortung genommen, vereinnahmt und nicht selten regelrecht missbraucht. Diese größeren Einflüsse und Zusammenhänge müssen Sie sich in der Grafik als Kreis vorstellen, der die Dreiecke umschließt.

„Wir pressen unsere Mitarbeiter aus wie Zitronen – unseren Patienten kommt das aber zugute!“

Was das erste Dreieck der grenzwertigen Überlastung (Abb. 3) angeht, haben wir bereits einen Blick auf Mitarbeitende bzw. Teams geworfen und dabei gesehen, wie und warum diese Profis vernachlässigen können, ihren Patienten Grenzen zu setzen. Aber auch Leitungsverantwortliche und Führungskräfte in der Sozialpsychiatrie können idealtypische Ansprüche in der Arbeit vertreten. In der Folge geraten dann ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Druck, u. U. auch die ganze Organisation.

Damit Sie mich nicht missverstehen: Selbstverständlich braucht es für fortschrittliche Konzepte in der Sozialpsychiatrie visionäre, ehrgeizige, stimulierende Vorreiter. Manche Reformen und Modellprojekte kämen gar nicht erst in Gang, wenn ihre Pioniere nicht selbst von großem Ehrgeiz und stimulierenden Visionen erfüllt wären. Als es noch gar keine regionalisierte Psychiatrie gab, brauchte es Vordenker, die andere Menschen anzogen und zu solcher Arbeit anstifteten. Es brauchte Visionäre, die eine neue, humane, beziehungsorientierte Psychiatrie vertraten, obwohl es sie noch gar nicht gab und viele sie für reine Utopie hielten.

Was ich aber kritisch ansprechen möchte, ist der Punkt, dass manche Reformen in der Sozialpsychiatrie auf der impliziten Voraussetzung basieren, dass Mitarbeitende sich stets mit anspruchsvollsten Zielsetzungen identifizieren und deren Umsetzung auch unter schwierigsten Rahmenbedingungen sicherstellen werden. Dass also die Umsetzung der Reformen **Heroismus und Opferbereitschaft** nicht nur der Chefs, sondern auch ihrer Mitstreiterinnen und Mitstreiter voraussetzt – nicht im Einzelfall, nicht vorübergehend, sondern systematisch und nachhaltig. – Klaus Dörner, einer

der renommiertesten Sozialpsychiater Deutschlands, vertrat in einem langen Radio-Interview, das ich – auf der Fahrt zu einer Supervision – zufällig hörte, dass er dreißig Jahre ununterbrochen gearbeitet und keinen einzigen Tag Urlaub gemacht habe. Das habe ihm keineswegs geschadet, er sei immer gesund gewesen. Erst nach seiner Pensionierung sei er erstmals erkrankt. Er verstehe daher nicht, dass sich so viele Beschäftigte in der Psychiatrie schon nach wenigen Monaten Arbeit „urlaubsreif“ fühlten. Dem stelle er seine eigenen Erfahrungen als positives Beispiel gegenüber: Wer unentwegt sehr engagiert arbeite, bleibe am längsten leistungsfähig und gesund! Solche im Grunde wirklichkeitsfremden Leistungserwartungen an andere können übrigens sowohl die **Inhalte** der Arbeit betreffen, als auch die **Menge** dessen, was insgesamt bewältigt werden soll. In jedem Fall geht es um Höchstleistungen – möglichst lebenslang und von allen!

Eine solche Erwartungshaltung übersieht, dass die allermeisten Beschäftigten auch noch andere als nur berufliche Interessen, dass sie Familien, Hobbys oder auch einfach verständliche Entspannungsbedürfnisse haben, dass sie also nicht unentwegt größte Herausforderungen bewältigen wollen. Sie übersieht, dass es Mitarbeitende gibt, die ohnehin – aus sich selbst heraus – so hoch engagiert, so ehrgeizig, so leistungsorientiert und so zur Selbstaufopferung veranlagt sind, dass sie eher einmal verständnisvoll gebremst als unentwegt angefeuert werden sollten. - Geschieht dies nicht, und arbeitet die Leitung einseitig in Richtung einer Ausweitung der Aufgaben, einer Steigerung der Ansprüche, einer Forderung von Hochleistung, oder setzt sie gar auf Selbstausbeutung und lebt diese beispielhaft vor (siehe Klaus Dörner), dann trägt sie zu einer Förderung des „Burnouts“ unter den Beschäftigten bei. Von erschöpften und ausgebrannten, überforderten und schließlich resignierten und verzweifelten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben aber unterstützungsbedürftige psychisch kranke Menschen herzlich wenig Nutzen. Das hatte jener Chef einer großen, verdienstvollen Komplexeinrichtung der Sozialpsychiatrie nicht verstanden, der sich in der Pause einer Fachtagung (wir saßen beide auf dem Podium) mit diesen Worten an mich wandte: „ Natürlich pressen wir unsere Leute aus wie Zitronen. Das geht bis ans Limit und darüber hinaus. Unseren Patienten kommt das aber zugute!“

Natürlich hatte er damit unrecht: Ganz im Gegenteil trägt diese Haltung wesentlich dazu bei, dass sich ganze Teams, manchmal sogar ganze Organisationen kaum noch mit ihrer Primäraufgabe identifizieren, sondern sich (aus chronischer Überforderung) auf eine allumfassende **Abgrenzung** verlegen und sich für sehr viele Kernaufgaben „**nicht zuständig**“ erklären.

Permanente Reformen, die mit dauerhaften Überforderungen der Beschäftigten einhergehen, führen zum Burnout ganzer Organisationen.

Ambitionierte kaufmännische **Geschäftsführungen** rufen leidenschaftlich gerne Bauprojekte ins Leben (Umbau des Krankenhauses, Erwerb von Immobilien und deren Ausbau, Sanierung des Bestandes usw.). Oft ist das strategisch erforderlich und sichert die Zukunft des Unternehmens. Manchmal dient es aber auch der Eitelkeit und den Karrierezielen der Entscheider und geht zu Lasten inhaltlicher, personalintensiver Projekte, für die dann das Geld fehlt.

Engagierte **Sozialpsychiater**, die als Chefärzte oder als Therapeutische Leitungen komplexen Einrichtungen vorstehen, setzen sich leidenschaftlich für bestimmte inhaltliche Reformkonzepte ein, deren Realisierung mit vielfältigen Fortbildungsinitiativen und organisatorischen Umstrukturierungen verbunden ist. Oftmals dient dies den „Nutzern“, also den unmittelbar Betroffenen und ihren Angehörigen. Es macht die fachliche Arbeit inhaltlich befriedigender, ist daher auch mitarbeiterorientiert und fördert Personalentwicklung. Attraktive Reformkonzepte wirken sich insgesamt zukunftsichernd aus, da sie Kostenträger, Überweiser und andere Interessenvertreter überzeugen. Sehr viele Beschäftigte, die an solchen Reformprojekten beteiligt sind, erleben ihre Mitwirkung daran als belebend, stimulierend und tief befriedigend. Wegen solcher Erfahrungen haben sie ihre Berufe ergriffen, sind sie Psychologische Psychotherapeutin, Fachkrankenschwester, Kunsttherapeutin oder auch Sozialarbeiter, Ergotherapeut oder Facharzt geworden, haben sie sich für ein bestimmtes Arbeitsfeld entschieden und lieben ihre Arbeit.

Aber es gibt auch ein „zu viel“! Und dieses „zu viel“ kann nicht nur Einzelne und Teams, sondern die ganze Organisation bis ans Limit bringen, manchmal auch darüber hinaus. In der Beraterszene wird diskutiert, welche Folgen es zeitigt, wenn Beschäftigte durch eine endlose Abfolge neuer Konzepte und Umstrukturierungen mit der Erfahrung konfrontiert werden, permanent mehr leisten zu müssen, als sie bewältigen können. In dieser Weise massiv und repetitiv (chronisch) überlastet zu werden, erzeuge Gefühle des Versagens und der Hoffnungslosigkeit und wirke sich insgesamt *kumulativ traumatisierend* aus. – Ich selbst würde nicht so weit gehen, massive chronische Überforderung bei der Arbeit schon als „Traumatisierung“ zu bezeichnen. Im Prinzip teile ich aber die skizzierte Sichtweise. Ich kenne komplexe psychiatrische Einrichtungen, die sich im *organisationalen Burnout* in Folge permanenter Umstrukturierungen befinden. Mit diesem Begriff beschreiben Arbeitswissenschaftler heute eine für alle Beteiligten bedauerliche, chronische Verfassung der Organisationspathologie. Hier sind dann nicht nur Einzelne und nicht nur manche Teams „ausgebrannt“, sondern ganze Abteilungen oder Organisationen.

*Ich kenne mehrere Einrichtungen, deren Entwicklung über Jahrzehnte in den „organisationalen Burnout“ führte. Mein folgendes **Beispiel** ist aus Gründen der Anonymisierung **fiktiv**, insofern es sich aus Erfahrungen und Eindrücken aus verschiedenen Regionen Deutschlands und Österreichs zusammensetzt. Außerdem habe ich Beratungsprozesse sowohl in der Allgemeinpsychiatrie, als auch in Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen ausgewertet. Meine Fallgeschichte ist also **konstruiert**. Zugleich ist sie sehr realitätsnah, so dass sich daraus lernen lässt. Meine Erfahrungen stammen aus verschiedenen Rollen als externer Begleiter: Mal war ich für gewisse Zeit Coach der Führungsebene, mal Großgruppenleiter, mal Supervisor mehrerer Teams, mal Fortbilder, mal Berater einzelner Beteiligter, manchmal war ich auch alles dies in einer Person („Komplexberatung“). Nach der Beendigung der Beratungsaufträge höre ich manchmal weiterhin von meinen früheren Einsatzfeldern, z. B. von Patienten/Betroffenen, Angehörigen oder von anderen Supervisanden. Oder ich erfahre etwas aus verschiedenen Medien.*

Meine konstruierte, aber realitätsnahe Geschichte geht so: Ausgangspunkt ist eine sympathische, ausgesprochen engagierte, innovative, charismatische Leitung. Diese Leitung ist in ihrer Fachlichkeit als Ärztin oder Psychologin, als Sozialwissenschaftler,

Arbeitstherapeut oder Pflegewissenschaftlerin (das alles kommt vor), sowie in ihrer allgemeinen Arbeitseinstellung und Persönlichkeit ein Vorbild für die Beschäftigten. Sie setzt sich mit ganzer Kraft für Pionierprojekte ein, wird eine feste Größe im Fach, initiiert und fördert Fortbildungen und verankert dies alles mit durchdachten Strukturreformen (bei deren Umsetzung sie ein engagiertes und loyales Führungsteam unterstützt). Dass nach einigen Jahren die ersten Früchte dieser Arbeit sichtbar werden, begeistert die Nutzer ebenso wie die Beschäftigten. Niemand beschwert sich, als die neu eingeführten Konzepte bald von noch neueren und noch tiefer greifenden abgelöst werden und weitere Umstrukturierungen anstehen. Die Führung ist dynamisch, alle Mitwirkenden befinden sich „im Flow“, und in dieser Verfassung werden auch größere Vorhaben mit relativer Leichtigkeit bewältigt. Nicht nur die Behandlung, Betreuung und Begleitung der Patienten schreitet mit großen Schritten voran, auch die parallelen Supervisionen, Coachings und Fortbildungen machen allen Beteiligten Freude und werden als unterstützend erlebt.

Die ersten Probleme tauchen auf, als deutlich wird, wie neue Konzepte und weitere Umstrukturierungen vorangetrieben werden, obwohl die zuletzt verfolgten noch nicht wirklich umgesetzt, geschweige denn verinnerlicht sind. Ohne inne zu halten schreitet die Leitungsebene von einer Reform zur nächsten. Viele Beschäftigte erleben die Leitungsverantwortlichen nun weniger als begeisterte Werber, denn als rastlose Antreiber. Vielen Mitstreitern beginnt die Luft auszugehen, und sehr viele erleben die ständigen Neuerungen als eine permanente Entwertung ihrer Arbeit: Wenn sich alles sofort wieder als veränderungswürdig erweist – wie viel Wert hatte dann die Arbeit der letzten Jahre? Wenn alles Neue demnächst wieder von noch Neuerem abgelöst wird – lohnt es sich dann überhaupt noch, sich innovativ zu engagieren? Und schließlich: Wenn alle Anstrengungen nicht ausreichen, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen – ist die Leitung überhaupt einmal mit dem Geleisteten zufrieden? Ist die Arbeit irgendwann einmal „gut genug“? Oder „reicht es nie“? Immer mehr Beschäftigte äußern sich überlastet, frustriert, gekränkt, wütend oder auch enttäuscht und resigniert.

Eine Zeit lang macht es Sinn, diese Entwicklung in Supervisionen und Beratungen zu begleiten, denn die verschiedenen Beratungsprozesse fördern das gegenseitige Verständnis: Die Leitungsebene kann sich ansatzweise in die überlasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfühlen, und diese finden Mittel und Wege, mit

dem brennenden Ehrgeiz ihrer Vorgesetzten klar zu kommen. Wenn es gut läuft, können unabhängige Berater in solchen Fällen so etwas wie Brückenbauer sein und auf diese Weise die Kommunikation zwischen den verschiedenen Interessengruppen fördern. Als aber klar wird, dass die Leitung nicht zu bremsen ist, und dass auch widrigste Rahmenbedingungen keine Berücksichtigung finden, resignieren sehr viele und ziehen sich in eine Art innere Abkapselung zurück. Viele verlieren die Freude an der Arbeit, nicht wenige eignen sich einen zynischen Habitus an, etliche reagieren mit Dauererkrankung und halten sich mit Gedanken an die bevorstehende Berentung über Wasser.

Irgendwann endet meine Mitwirkung als externer Berater, und dann höre ich gelegentlich Berichte aus dem Umfeld der Einrichtung: Die Leitung gibt weiter Gas und lässt sich von nichts und niemandem in ihrer Betriebsamkeit aufhalten. Die Beschäftigten sind aber längst (und von der Leitung unbemerkt) in eine Verfassung des Burnouts geraten, so dass die therapeutische Arbeit nachhaltig leidet. Es überrascht dann nicht, wenn die Einrichtung gelegentlich von Missständen, von den verschiedensten Problemlagen, vielleicht auch von öffentlichen Skandalen geschüttelt wird. Alles dies gehört zu organisationalen Burnout.

Aus dieser fiktiven, aber realitätsnahen Geschichte **lässt sich lernen**: Permanente Wellen von Reformen und Umstrukturierungen, die mit pausenlosen Überforderungen der Beschäftigten einhergehen, führen zum Burnout ganzer Organisationen. Führungskräfte und Leitungen sollten bei der Umsetzung inhaltlicher Reformen und bei Umstrukturierungen im Auge behalten, dass die Beschäftigten Grenzen der Belastbarkeit haben, und dass sie, um zu lernen, Erfahrungen mit neuen Konzepten sammeln und diese Erfahrungen auswerten und verinnerlichen müssen. Sie sollten bedenken, dass Lernende Organisationen nicht nur Phasen der Umwälzung und Umstrukturierung benötigen, sondern im Wechsel auch Phasen der Konsolidierung, der Stabilisierung und des Durchatmens. Es braucht eine gute **Balance** zwischen Stimulierung und Stabilisierung, damit professionelle Akteure wach, lebendig und gesund bleiben können. – Wer das nicht ausreichend berücksichtigt, fördert eine Haltung der rigorosen Abgrenzung („Wir sind nicht zuständig!“), obwohl er vorgibt, kontinuierlich dagegen anzugehen.

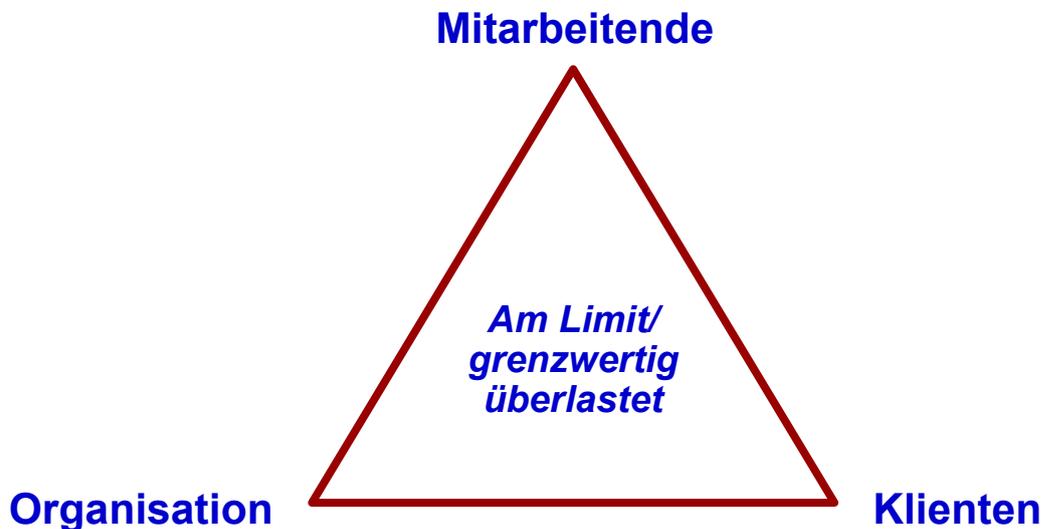
„Was sollen wir noch alles aushalten?!“

Wenn alle abkömmlichen Beschäftigten einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zur Abteilungssupervision zusammen kommen, wenn also etwa 40-60 Personen im Kreis sitzen und relativ ungestört und ohne Tagesordnung über alles sprechen können, was sie aktuell in der Arbeit bewegt oder beschäftigt, dann kommt es zu Wortmeldungen, die u. a. folgende Themen betreffen:

- die Zunahme an schweren Störungen,
- die damit zusammenhängende Zunahme an Gewalt,
- die juristische Erschwernis von Zwangsbehandlungen,
- die zunehmende Arbeitsdichte,
- der steigende Belegungsdruck,
- die Verkürzungen der Behandlungszeiten,
- die Zunahme der Fallzahlen,
- die Zunahme von Geflüchteten und Traumatisierten unter den Patienten,
- die galoppierende Bürokratisierung und Formalisierung der Arbeit,
- die ungenügende Personalausstattung,
- die aktuell nicht besetzten Planstellen bei Ärzten und in der Pflege,
- die damit zusammenhängende Überlastung aller Beteiligten,
- der Qualitätsverlust in der Arbeit,
- die zunehmende Erschöpfung der Mitarbeitenden,
- der u. U. daraus resultierende Krankenstand usw., usf.

Diese Themen werden, da es sich um eine freie Gruppensprache handelt, selbstverständlich nicht in geordneter Reihenfolge vorgebracht, sondern assoziativ, aber ihre Aufzählung ist so sicher, dass ich bei der Eröffnung einer solchen Großgruppen-Supervision schon damit rechnen kann. – Ich kann übrigens auch damit rechnen, dass es in der Gruppensprache nicht dabei bleibt, diese Schwierigkeiten aufzuzählen. Es kommt immer auch zu Überlegungen, wie man die verschiedenen Belastungen aushalten, wie man sie bewältigen und zukünftig günstig gestalten kann.

Bevor ich einige der Schwierigkeiten systematischer betrachte, möchte ich noch einmal die Abb. 4 zeigen:



Wenn Sie sich wieder den Kontext der Arbeit als umgebenden Kreis vorstellen, fallen Ihnen sicher viele Berührungspunkte mit den Assoziationen der Großgruppensupervision auf. Ich gehe abschließend einige Punkte durch...

Bei anhaltender, von den Kassen (bzw. dem MDK) geforderter **Verkürzung der Behandlungsdauer** v. a. in der stationären Behandlung ist vielerorts ein stetiger **Anstieg der „Fallzahl“** zu konstatieren. Viele Abteilungen sind chronisch überbelegt, und trotzdem steigt die Zahl der Anmeldungen und Überweisungen behandlungsbedürftiger Patienten weiter an. Die Folge ist nicht selten, dass Patienten ungenügend verstanden und nur dürftig stabilisiert wieder entlassen werden. So stehen sie nach kurzen Intervallen erneut zur Aufnahme an. Klinische Abteilungen können auf diese Weise unter fortlaufenden, massiven **Aufnahme- und Entlassungsdruck** geraten. Die berufliche Belastung in den betreffenden Abteilungen ist dann sehr hoch und die Qualität der therapeutischen Arbeit sinkt trotz besten Bemühens, also ohne individuelles Verschulden. In dieser Situation ist es entscheidend, über Möglichkeiten des Luftholens nachzudenken.

Dies gilt umso mehr, als die **Bürokratisierung und Formalisierung** der Arbeit stetig zunimmt, auch wenn die zumutbare Grenze dieser Tendenz längst erreicht scheint. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für Tageskliniken, für die

Arbeit des SPsD, für das Betreute Wohnen, für die Ambulante Psychiatrischen Pflege, für die ambulante Reha von Abhängigkeitskranken u. a. Bereiche. Was heute an Dokumentation, Evaluation, schriftlicher Kommunikation und fortwährenden formellen Stellungnahmen geleistet werden muss, war noch vor ein bis zwei Jahrzehnten wirklich unvorstellbar. Hier entwickelt sich ein Teufelskreis, da immer weniger Zeit für mündlichen Austausch über gemeinsam getragene, integrativ gestaltete Behandlungsplanungen verbleibt. In Regionen mit einem differenzierten Netz von Angeboten führt dies schnell zur Reduzierung von institutionsübergreifender, Zusammenarbeit und damit zu vermeidbaren wechselseitigen Vorwürfen, wie ich in verschiedenen Supervisionen erfahre.

Das folgende Beispiel stammt zwar aus der forensischen Nachsorge, ließe sich m. E. aber auch auf andere Bereiche der psychosozialen Versorgung übertragen: Als Supervisor der Forensischen Institutsambulanz (FIA) erfuhr ich von zunehmenden Unstimmigkeiten, Konflikten und Vorwürfen in der Zusammenarbeit mit dem nachgeschalteten ambulant betreuten Wohnen (ABW). Früher habe man die Nachsorge der gemeinsamen Patienten in kontinuierlicher Abstimmung gestaltet. Heute ließen die Umstände (Fallzahl, Bürokratie, Arbeitsdichte usw.) dies nicht mehr zu, so dass Missverständnisse und wechselseitige Schuldvorwürfe immer mehr zunähmen. – Ich schlug daher vor, ergänzend zur Teamsupervision in der FIA einen Klausurtag für alle Beschäftigten der FIA und des ABW durchzuführen, an dem gemeinsame Verantwortung für schwierige Patienten in Ruhe besprochen werden könnte. Eines der Ergebnisse dieses Austausches war der Beschluss, an einem Vormittag pro Quartal eine gemeinsame Fallsupervision durchzuführen, an der alle Vertreter der FIA und die jeweils zuständigen Beschäftigten des ABW teilnehmen. Diese Veranstaltung findet seit mehr als zwei Jahren regelmäßig in meiner Praxis statt und trägt sehr dazu bei, dass alle Beteiligten ihre gemeinsam geteilte Verantwortung und Zuständigkeit für eine schwierige Patientengruppe ernst nehmen. Da sich hier zwei voneinander unabhängige Einrichtungen (zwei verschiedene Träger) recht vertrauensvoll und offen miteinander austauschen, ist dies ein interessantes Beispiel vernetzter Zusammenarbeit in einem Supervisionsprozess. Die einrichtungsübergreifenden Konflikte sind dabei nicht aus der Welt geschaffen, sie werden aber immer wieder reflektiert und damit fortlaufend entschärft. Das kommt den Patienten sehr zugute.

Die **Zusammensetzung der Klientel** verändert sich in vielen Teams und Einrichtungen. Die überall berichtete Zunahme von jüngeren, komplex persönlichkeitsgestörten Frauen und Männern mit traumatischen Erfahrungen in der Vorgeschichte, hoher interaktioneller Potenz und hohem Potential an entweder selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten setzt viele Teams unter erheblichen emotionalen Druck. Diese Arbeit ist sehr anregend, sie kann aber auch sehr belastend sein. Offenbar nimmt auch die Zahl der Patienten mit Mehrfachdiagnosen, komplexem Suchtmittelgebrauch und auffallender Gewaltneigung zu. Das ist jedenfalls der Eindruck, der sich aus Supervisionen ergibt. Die neueste Entwicklung betrifft die Zunahme von geflüchteten und traumatisierten Menschen in nahezu allen Einrichtungen der psychosozialen Arbeit. Mit den neuen dynamischen Patientengruppen überfordert sind vor allem Mitarbeitende und Leitungen, denen es an **konsistenten Konzepten** der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel fehlt. Mit sozialpsychiatrisch inspirierter Freundlichkeit und gut gemeinter Toleranz allein werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den massiven Herausforderungen, die diese Patienten aufwerfen, eben nicht gerecht. Dringend benötigt werden klar begründete, gründlich erarbeitete, gemeinsam geteilte therapeutische Konzepte, die auch Rahmengestaltungen, Grenzsetzungen und strukturierte Behandlungsplanungen nutzen, um therapeutisch sinnvoll begründete Prozesse auf den Weg zu bringen.

In Ihrer Region werden viele Fortbildungsinitiativen gefördert, so dass Mitarbeitende reichlich Unterstützung in ihrer anspruchsvollen Beziehungsarbeit erhalten. Andernorts lassen sich oft nur wenige Ansätze in diese Richtung ausmachen. Psychiatrie erscheint dort als eine relativ beliebige Ansammlung der unterschiedlichsten Stilrichtungen, Neigungen, fachlichen Ausrichtungen und individuellen Kompetenzen. Die interaktiv hoch kompetenten, „neuen“ Betroffenen entlarven diese relative Beliebigkeit in der Konzeptbildung und Behandlungsplanung und fühlen sich häufig nicht gehalten und unzureichend behandelt. Damit liegen sie richtig, denn die Überforderung der zuständigen Professionellen, die aus diesen Umständen resultiert, kann groß sein.

Der nächste Punkt brennt besonders: Vielerorts fehlt **Personal**, vor allem bei den Ärzten und in der Pflege. Wo in den letzten Jahren noch eine relativ zufriedenstellende Personalausstattung gemäß Psych-PV gegeben war, hat die weitere Entwicklung Ernüchterungen, mancherorts auch Erschütterungen gebracht: Unter meinen Auftraggebern waren im letzten Jahrzehnt Einrichtungen, die in kurzer Zeit auf zwanzig (!) Prozent des Personals – gleichmäßig verteilt über alle Berufsgruppen – verzichten mussten. Das war vor allem Einsparungen, also Stellenstreichungen geschuldet. Ganz aktuell ist der Fakt, dass es zwar offene Stellen in der Pflege und für Ärzte, aber viel zu wenig geeignete Bewerbungen dafür gibt. Nicht ganz selten ist auch, dass Ausschreibungen verzögert erfolgen oder Bewerbungen so langsam bearbeitet werden, dass sich Bewerberinnen und Bewerber für eine Anstellung an anderem Ort entscheiden. Manchmal wird Unvermögen der hauseigenen Personalabteilung als Ursache vermutet, manchmal auch verdeckte Absicht (um Geld einzusparen).

*Von einer engagierten PDL erfuhr ich, dass ihr eine Jahresprämie in Aussicht gestellt wurde, wenn es ihr gelänge, einen bestimmten Prozentsatz der Stellen in ihrem Bereich **nicht** zu besetzen. Als sie dies aus ethischen Gründen ablehnen wollte, wurde sie offiziell dazu angewiesen. Als sie darauf bestand, die Prämie dann unter ihren Mitarbeitenden zu verteilen, wurde ihr auch dies verboten. Auch Gespräche darüber wurden ihr untersagt...Das Coaching dieser PDL handelte davon, wie sie ihren Spielraum für kritischen Widerstand erweitern, wie sie also nicht erträgliche Grenzen in Frage stellen konnte, ohne dass Ihren Mitarbeitenden und ihr selbst Schaden entstand. – In meiner Praxis laufen drei Coachinggruppen für Führungskräfte und Leitungen, v. a. aus psychosozialen Einrichtungen. Der professionelle, reflektierte Widerstand gegen nicht akzeptable Rahmenbedingungen ist in jeder dieser Gruppen immer wieder Thema.*

Als Reaktion auf zunehmende Belastungen am Arbeitsplatz oder aus persönlichen Gründen sind viele Beschäftigte in der Pflege nur noch zu **Teilzeitbeschäftigungen** bereit. Oftmals betrifft dies zwei Drittel oder drei Viertel der Behandlungsteams. In der Folge dieser Entwicklung ist die Arbeit dieser Berufsgruppe durch hohe Diskontinuität gekennzeichnet, so dass von „Bezugspflege“ vielfach nur noch in der Möglichkeitsform gesprochen wird. Dies erschwert den Informationsaustausch und

die Integration der Behandlung, die Arbeit wird fragmentierter. Sehr nachdenklich macht, dass in Deutschland bis 2020 – wie Wirtschafts- und Sozialexperten errechnet haben – etwa 140.000 Pflege- und andere nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen werden. Ob dieser Entwicklung durch aktuelle Gesetzesvorhaben („Krankenpflegestärkungsgesetz“) entgegen gewirkt werden kann, wird von vielen bezweifelt.

Massiven Druck erleben auch die **Ärzte**: Bis 2020 sollen fast 56.000 Ärzte in Deutschland fehlen, wobei immer weniger Bewerberinnen und Bewerber die Psychiatrie als Arbeitsfeld anstreben. Viele Lücken tun sich auf, viele Abwesenheitsvertretungen (auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben) müssen geleistet werden, so dass die wenigen anwesenden Kollegen nur selten an Fallbesprechungen und Konferenzen mitwirken können. Darunter leiden die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die gemeinsam gestaltete Behandlungsplanung: Während Stationsärztinnen und –ärzte in der Psychiatrie vor Jahren eine bedeutsame Rolle als Integrationsfiguren wahrnahmen, sind sie heute die am häufigsten abwesende Berufsgruppe. Manche Klinikleitungen entscheiden sich unter diesen Bedingungen zur Einstellung von Kolleginnen und Kollegen, deren Mitarbeit sie in besseren Zeiten begründet abgelehnt hätten. Die Intention ist nachvollziehbar, denn die Not kann sehr groß sein (z. B., was die Besetzung der Bereitschaftsdienste betrifft). Die Wirkung fällt aber fatal aus, wenn es an den persönlichen Grundvoraussetzungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit mangelt.

Natürlich sind dies alles sehr komplexe, sehr tiefgehende Problemstellungen, deren Lösung nur überregional und in der übergeordneten Politik angegangen werden können. Andererseits muss jede Region, muss jeder Verbund und jede Einrichtung darüber nachdenken, wie sie den skizzierten Herausforderungen am besten gerecht werden kann. Es ist daher ein Geschenk, so viel Raum zur Verfügung zu haben, um darüber – aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln – zu diskutieren!

Ich möchte abschließend **drei Anregungen** für diese Diskussion geben:

Lassen Sie uns darüber diskutieren,

- Wie wir Grenzen einhalten, Grenzen setzen und Grenzen leben können. Psychiatrie ohne Respekt vor Grenzen, ohne die Beachtung von Grenzen ist keine gute Psychiatrie.

Lassen Sie uns darüber diskutieren,

- Wie wir Grenzen überschreiten, Grenzen öffnen und Grenzen in Frage stellen können. Psychiatrie ohne Grenzöffnung ist keine gute Psychiatrie.

Lassen Sie uns darüber diskutieren,

- Wie wir gegen unerträgliche Grenzen protestieren, gegen grenzwertige Zumutungen angehen, wie wir unsinnige Grenzen unterlaufen können. Psychiatrie ohne Widerstand und Subversion ist keine gute Psychiatrie.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion!