

**Gruppenanalytische Supervision und Organisationsberatung
in Zeiten der Krise – was sind die Drangsale aktueller Supervision?
Impulsreferat beim Treffen der Fachgruppe Gruppenanalytische SV / OB
18. Januar 2013, Hotel Central Kaiserhof, Hannover
Rudolf Heltzel, Bremen**

Der Titel meines Impulsreferates ergab sich in der konstituierenden Sitzung dieser Fachgruppe im Sommer letzten Jahres. Wir hatten über neue Herausforderungen in der organisationsbezogenen Supervision und Beratung gesprochen, und nun soll ich einleitend über „Drangsale aktueller Supervision“ sprechen. – Was genau sind „Drangsale“? Was meint dieser Begriff? Laut Duden geht er auf das spätmittelhochdeutsche Wort „*Drancsal*“ zurück, was so viel wie Bedrängung oder Nötigung bedeutet. Der heutige Begriff „Drangsal“ wird mit Bedrückung, Elend, Leiden, Qual, Zwangslage oder Dilemma in Verbindung gebracht. „Drangsalieren“ wird so ausgeführt: Jemandem böse mitspielen, das Leben zur Hölle machen, ihn quälen, schinden, traktieren, zusetzen, foltern, martern, peinigen oder terrorisieren.

Im folgenden werde ich heutige Bedrückungen und Zwangslagen meiner Supervisanden diskutieren, und ich werde Vorschläge unterbreiten, wie wir als gruppenanalytische Supervisoren auf aktuelle Entwicklungen im Arbeitsleben reagieren sollten. Dabei fokussiere ich auf die Psychiatrie im weiteren Sinne, was auch die Forensik und die Behandlung von Abhängigkeitskranken einschließt. Das sind Bereiche, die ich seit drei Jahrzehnten beratend begleite und daher ganz gut überschaue. Ich werde anschaulich vorgehen, und wir können diskutieren, ob sich meine Gedanken auf andere Felder übertragen lassen.

Ich denke z. B. an das *Team einer forensischen Aufnahmestation*, in dem ich seit fast zwölf Jahren integrierte Fall- und Teamsupervision durchführe. An ihr nimmt sehr regelmäßig nicht nur der Sicherheitsbeauftragte, sondern auch der Leitende Arzt der Klinik teil, der auf dieser Station zugleich die Oberarztfunktion ausfüllt. Er ist ein engagierter, tiefenpsychologisch orientierter Sozialpsychiater, der mich bei einem Vortrag über verschiedene Aspekte der Destruktivität von Professionellen im Maßregelvollzug kennenlernte und mich anschließend als Supervisor für seine Klinik anwarb.

Ihm lag und liegt sehr viel an einem humanen, reflektierten, beziehungsorientierten Behandlungsklima in der Klinik, was auf der Aufnahmestation über längere Zeit nur ansatzweise und mühsam zu erreichen war: Das Pflegepersonal verschanzte sich im Dienstzimmer und gestaltete die Kontakte zu den Patienten eher distanziert. Die Grundhaltung der meisten Pfleger und Schwestern war von Angst, Misstrauen und kaum unterdrückter Aggressivität den Patienten gegenüber gekennzeichnet, und manche akademischen Therapeuten vertraten in der Arbeit eine eher zynische Einstellung – alles Facetten einer rigiden psychosozialen Abwehrkonstellation. Das war einerseits nachvollziehbar, da es sich bei den Patienten dieser Station bis heute um schwer gestörte, zu Gewalt oder sexuellem Missbrauch neigende Männer handelt. Oftmals lassen sie jede Einsicht in ihre Taten vermissen, geschweige denn, dass sie Mitgefühl und moralische Verantwortung ihren Opfern gegenüber empfinden können. Andererseits braucht es in den Behandlungen *gerade dieser* Klientel eine sicher zugewandte, belastbare, aktiv beziehungsfördernde Haltung. So war es für den Chef wie für mich bedrückend zu erleben, dass sich das Behandlungsklima nur äußerst langsam und nur in kleinsten Schritten zum Positiven hin verändern ließ.

In jahrelanger, geduldiger Arbeit, zu der auch die wiederholte, vertrauensbildende Bearbeitung ernsthafter Konflikte im Team und zwischen Team und Leitung gehörte, gelang es aber schließlich doch, eine bemerkenswerte Haltungsmodifikation zu erreichen. In den letzten Jahren hatte sich gerade dieses Team eine beachtliche Kompetenz in der umsichtigen, sensiblen Beziehungsarbeit mit schwer kontaktgestörten Patienten erarbeitet. Dies wurde mit Stolz vermerkt und war mit großer Anerkennung durch die Leitung verbunden. Bezugspflege wurde fest etabliert, und die akademischen Therapeuten gestalteten die Kontaktaufnahmen und Beziehungen zu den misstrauischen und ablehnenden Patienten sehr engagiert und geduldig. Trotz der rechtlichen Vorgaben konnte die Behandlung als im Grundtenor „offen“, wertschätzend und beziehungsfördernd angesehen werden. Das nötigte mir immer wieder großen Respekt ab. Nun wird diese erfreuliche und für alle befriedigende Entwicklung durch aktuelle Trends ernsthaft gefährdet.

Diese Wende kann ich hier wie folgt skizzieren: Die ursprünglich landeseigene Klinik wurde verkauft und ging in eine komplexe kommunale Klinik-Holding über, die – wie inzwischen ein Drittel aller Kliniken in diesem Bundesland – Verluste schreibt. Die

ernste Schieflage mit dem Damoklesschwert der drohenden Insolvenz hat drastische Auswirkungen auf die Budgetsituation und damit auf Stellenbesetzungen, auf Urlaubspläne und Bereitschaftsdienste. In der Konsequenz steigt der Druck für alle Beschäftigten massiv an. Viele reagieren mit Erschöpfung, Krankheit und ernsthaften Überlegungen sich beruflich zu verändern – nicht zuletzt, weil Freizeiten ständig durch Noteinsätze unterbrochen werden müssen und insgesamt nicht mehr verlässlich planbar sind. Auch die Stabilsten unter ihnen sind mittlerweile von „Burnout“ bedroht.

Andere Faktoren kommen hinzu: In der Folge der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. März 2011 können schwer kranke (und im Kontakt sehr schwierige) Patienten die medikamentöse Zwangsbehandlung dauerhaft ablehnen, so dass Gruppen von teils schwer wahnhaften, teils manisch agitierten, teils stark denk- und kommunikationsgestörten Patienten die Stationsatmosphäre entscheidend prägen. Weder sind die personellen Ressourcen vorhanden, um dieser komplexen Herausforderung gerecht werden zu können, noch sind die Räumlichkeiten geeignet, einzelne Patienten fokussiert und fachlich begründet zu behandeln. Der inzwischen fast überall spürbare Mangel an Fachkräften (Ärzte und Pflege) bedingt ein weiteres. Alle diese Belastungsfaktoren bündeln sich an der Basis. In der Summe resultieren aggressiv hoch aufgeladene Alltagskonstellationen, die ein erhebliches Sicherheitsrisiko und ein ernsthaftes Gefährdungspotenzial sowohl für Patienten, als auch für Personal mit sich bringen. In den zurückliegenden Jahren haben sich verschiedene solcher „besonderen Vorkommnisse“, wie es im forensischen Fachjargon heißt, auf der Station oder in benachbarten Arbeitsfeldern ereignet, oder sie konnten gerade noch abgewendet werden. Manches davon war eindeutig traumatisierend. In Kombination mit den oben genannten Verschärfungen der Rahmenbedingungen führen Entwicklungen dieser Art fast zwangsläufig zum erneuten Rückzug aus persönlichen Kontakten mit den Patienten, zur Vernachlässigung der ruhigeren Patienten auf der Station, zur Rücknahme offener Arbeitsformen, zur Verstärkung sicherheitsorientierten Denkens und in der Folge – bei den Patienten und unter dem Personal – zu einer brisanten Mixtur aus Wut, Empörung, Verzweiflung und Resignation angesichts dieser als unerträglich erlebten Rückwärtsbewegung in der therapeutischen Praxis.

In der letzten Supervisionssitzung äußerten fast alle Mitarbeitenden der Pflege, dass sie die Arbeit unter diesen Bedingungen nicht länger fortsetzen könnten. Der persönliche Kontakt zum Patienten und die inzwischen erreichte Beziehungsebene in der Arbeit mit den Patienten bleibe notgedrungen auf der Strecke. Das alles sei extrem frustrierend und mehr als belastend...

Dieses nur wenige Wochen zurückliegende Beispiel einer Supervisionssitzung veranschaulicht, was Supervisanden aktuell drangsaliert und quält, was ihnen zusetzt: Es ist dies vor allem der *Terror der Ökonomisierung* beziehungsorientierter Arbeit, wie er in den letzten Jahren in der einen oder anderen Form nahezu überall wirksam geworden ist (Heltzel 2012a). Dieser Terror geht natürlich nicht auf einzelne kalte Geschäftsführer, auf bornierte Gesundheitspolitiker, oder auf gierige Aktionäre gewinnorientierter Klinikkonzerne zurück. Er ist vielmehr *systembedingt*: Der ökonomische Druck etwa auf die Krankenhäuser ist politisch gewollt. Er wird durch Gesetzgebung und zugehörige Verwaltungsbestimmungen vor Ort aufgebaut und von Krankenkassen, vom MDK und anderen Institutionen in rigide Formen gegossen. Die daraus resultierenden Zwangskorsette machen nicht nur professionelle Helfer, sondern auch Protagonisten des Systems wie etwa Controller, Personalvorstände, Chefärzte, Casemanager der Kassen und andere zu Opfern einer Entwicklung, deren Tiefpunkt noch längst nicht erreicht sein dürfte. An meinen Coaching-Gruppen nehmen etliche Vertreter dieser Berufsgruppen teil. Auch sie sehen die skizzierte Entwicklung mehr als kritisch.

Wie mein Beispiel erzählt, werden Supervisanden aber nicht nur durch betriebswirtschaftliche Zwänge (die politisch beabsichtigt sind) unter Druck gesetzt, sondern auch durch weitere Faktoren: Der dramatische Mangel an Fachärzten hat (wie der künftige Mangel an Pflegekräften) eine Reihe von Ursachen: Die schlechte Bezahlung mancher Arbeiten, ihr sinkender Ruf und andere Gründe mehr. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsbehandlung psychisch Kranker ist in ihrer tiefgreifenden Bedeutung für die Arbeitsbelastung der verschiedenen Berufsgruppen (und damit für die Patientenversorgung) bisher noch nicht annähernd diskutiert. Die Schwere und Komplexität der zu behandelnden Klientel in der Psychiatrie scheint generell zuzunehmen, wovon Fallsupervisionen Zeugnis ablegen. Die Fallzahl steigt und damit auch das Gefährdungspotenzial in den Behandlungen und am-

bulanten Nachbetreuungen forensischer Patienten. – Der Chefarzt aus meiner Kasuistik erlebt diese Lage als sehr ernst. Er reagiert mit großer Besorgnis und überlegt gemeinsam mit dem Sicherheitsbeauftragten und der Pflegedienstleitung (PDL), wie fachlich begründete Gegenwehr zu formulieren wäre: In anderen Bundesländern sei bereits der allabendliche Einzeleinschluss der Patienten eingeführt worden: Sicherung *an Stelle von Therapie*, „wie im Knast“ – das sei ein Horrorszenario, das unbedingt verhindert werden müsse!

In dieser zugespitzten Situation der grundlegenden Gefährdung fachlich begründeter Arbeit sollte sich – aus meiner Sicht – auch die Grundhaltung gruppenanalytischer Supervision und Organisationsberatung ändern: Klassische „Neutralität“ kann nicht mehr länger die Richtschnur unserer Arbeit sein. Vielleicht war sie ein passendes Konzept für Supervision in fetten Jahren. Heute, wo alle den Gürtel enger schnallen müssen, sollten wir uns in Identifikation und Loyalität mit der Organisation und deren primärer Aufgabe an die Verantwortung erinnern, die wir in unserer Rolle als Berater wahrzunehmen haben (Weigand 2006). Postklassische Supervisoren sollten ihre Supervisanden parteilich im Sinne einer gesellschaftlich und ethisch zu legitimierenden Zielsetzung unterstützen. Das lässt sich – in Anlehnung an Ross Lazar – als „*Freundschaft im Kampf*“ verstehen (Heltzel 2012b). Supervision in diesem Sinne thematisiert Angriffe auf Kontinuität und Inhalte beziehungsorientierter Arbeit. Sie unterstützt Supervisanden in ihrem Bemühen, die beruflichen Identitäten zu sichern und sich Bewältigungskompetenzen und Krisenfestigkeit anzueignen. Und sie eröffnet Räume für die Artikulation, die Erforschung und die Umsetzung begründeter Widerständigkeit im Sinne der fachlich-politischen Gegenwehr. Postklassische Supervision ist demnach *reflektiert parteilich*. Gruppenanalytische Supervision und Beratung ist in besonderer Weise geeignet, die erforderlichen Reflexionsräume zur Verfügung zu stellen und zu sichern.

Unter den heutigen Bedingungen sollte sich aber nicht nur unsere *Haltung* in der gruppenanalytischen Supervision und Organisationsberatung, sondern auch unser *Interventionsrepertoire* verändern. Das kann ich am besten begründen, indem ich auf die aktuelle Situation in der *Allgemeinpsychiatrie* und in der *Reha-Behandlung von Abhängigkeitskranken* eingehe.

Im Vergleich zur Forensik sind die Rahmenbedingungen in der *Allgemeinpsychiatrie* oft noch schwieriger: Die Fallzahlen sind höher, die Behandlungszeiten kürzer, und Komplexität wie Schweregrad der Störungsbilder steigen. Die Legitimationszwänge werden massiver (MDK) und dominieren inzwischen den Charakter der Arbeit. Zertifizierungsexzesse und bürokratische Abrechnungsbestimmungen bedingen ständig steigende, in großen Teilen absurde Dokumentationspflichten, wobei das gesetzlich gegen alle fachlichen Widerstände beschlossene, ab 2015 gültige neue Abrechnungssystem alle diese Belastungsfaktoren massiv verstärken wird. An vielen Orten sind die Arbeitsbedingungen bereits heute unerträglich, von verbliebener Behandlungsqualität ganz zu schweigen. Die resultierenden Belastungen und Gefährdungspotenziale für Patienten und Personal sind hoch und an manchen Orten so dramatisch, dass tatsächlich von Traumatisierungen der beteiligten Gruppen gesprochen werden muss. Das betrifft insbesondere die Organisationen, denen es an funktionaler Führung mangelt (Heltzel 2012c, 2012d).

In der *Reha-Behandlung von Abhängigkeitskranken* wiederum werden die zu realisierenden („modularen“) Behandlungskonzepte inklusive aller Details ihrer Umsetzung von den Rentenversicherungsanstalten diktatorisch vorgegeben. Die Belegung von Behandlungseinrichtungen erfolgt nur bei Akzeptanz aller Bedingungen, was in der Folge regelmäßig überprüft und imperativ eingefordert wird. Daraus resultieren verkürzte, in „Module“ zerhackte und enorm verdichtete Behandlungsprozesse, deren Integration die Beteiligten oftmals hoffnungslos überfordert – das ist jedenfalls mein Eindruck aus Supervisionen. Sind die Einrichtungsträger an Renditen interessiert, dann ergeben sich zusätzliche massive, oftmals traumatisierende Belastungskonstellationen, die von zahlreichen Professionellen als berufliche Identitätsvernichtung erlebt werden. Dies darzustellen wäre einen eigenen Vortrag wert (siehe dazu: Heltzel 2007).

In dem Sammelband „Trauma and Organizations“ (Hopper (Ed.) 2012) stellt Earl Hopper seine Theorie der vierten Grundannahme als eine Reaktion auf die von der Gruppe erlebte *Angst vor Vernichtung* dar. Mehr als die Hälfte der dreizehn weiteren Beiträge des Bandes behandeln die *Psychiatrie und verwandte psychosoziale Felder*. Sie beschreiben Organisationen, die nach Einschätzung der Autoren kumulative Traumatisierungen erlitten – etwa durch ideologische Kämpfe, die auf dem Rücken

der Professionellen ausgetragen wurden, oder durch endlose Schleifen immer neuer Umstrukturierungen, oder durch ständige massive Überforderungen in der Arbeit. Gerhard Wilke erinnert in seinem Beitrag daran, dass traumatische Prozesse die Kapazität zu denken und zu verbinden zerstören, so dass die Bedeutung des Containments und des Connectings in der Beratung noch einmal anwachsen (Wilke 2012). Das ist klassische gruppenanalytische Haltung und ganz unstrittig.

Aus meiner Sicht kommt heute ein weiterer Aspekt hinzu, um den die klassische gruppenanalytische Haltung in der organisationsbezogenen Supervision erweitert werden sollte. Zur Erläuterung berichte ich in Auszügen von einer *Großgruppensupervision*: Sie fand im Vierteljahresabstand in einer Reha-Klinik für Abhängigkeitskrankheit statt, die früher von einem überschaubaren Trägerverein betrieben wurde, nun jedoch einer an Renditen interessierten Klinikette angehört. In Zeiten des Trägervereins hatte die Abteilung jahrelang um ihre Existenz gekämpft, und diesen Überlebenskampf hatte die von mir geleitete Großgruppe hilfreich begleitet. Jetzt kam es – unter dem Druck der neuen Verhältnisse – zu heftigen Konflikten zwischen dem Chefarzt (CA) und der Therapeutischen Leitung (TL), da sich der CA um den Erhalt der tiefenpsychologisch ausgerichteten Arbeit sorgte, während die TL Überlegungen anstellte, wie man den Vorgaben der Rentenversicherung und den neuen Konzernstrukturen gerecht werden könne. Augenscheinlich lagen *beide* richtig in ihrer je unterschiedlichen Besorgnis, aber sie waren sich persönlich fremd und standen sich zunehmend feindselig gegenüber. Sie trugen die Spaltungsdynamik auch in die Großgruppe hinein, so dass es weder mir als Leiter noch den Teilnehmern der Großgruppe möglich war, einen integrativen Weg der Auseinandersetzung zu finden. In Verteidigung der „gerechten Sache“ und unterstützt durch therapeutische Weggefährten ging der CA die TL in der Gruppe schließlich so massiv an, dass diese sich schwer verletzt fühlte und sichtlich „angezählt“ wirkte. Viele Gruppenteilnehmer reagierten tief erschrocken, ja schockiert und forderten vehement das vorzeitige Ende der Sitzung. Andere setzten nach und griffen weiter an. Um die erkennbar „kampffähige“ TL und die Gruppe als ganze zu schützen, unterbrach ich die heftige Auseinandersetzung und regte den Versuch einer Klärung des Leitungskonfliktes an anderer Stelle an. Ich ließ dabei auch erkennen, dass ich weitere Verletzungen der TL nicht tolerieren könne, und dass Auseinandersetzungen dieser Art den Rahmen der Großgruppensupervision sprengen würden. Diese Intervention wurde von vielen

Gruppenmitgliedern mit Erleichterung aufgenommen und schließlich von allen respektiert. Auch der CA selbst reagierte betroffen angesichts seines heftigen Affektdurchbruchs und bat um Leitungsberatung (wie dies später auch die TL wünschte).

In der folgenden Großgruppensitzung, an der noch mehr Personen teilnahmen als ohnehin, kommentierte ein Kritiker der TL meine Intervention, mit der ich diese vor weiteren Angriffen geschützt hatte, so: „Ich habe Sie zum ersten Mal nicht neutral erlebt! Sie waren eindeutig parteilich und haben den Gruppenaustausch stark beeinflusst!“ Ich bestätigte alle diese Eindrücke und sagte: „Mein Eindruck war, dass eine Person ernsthaft Schaden nehmen könnte. Mir schien auch, dass die Gruppe als ganze in ihrem Zusammenhalt gefährdet war, wenn wir diese Auseinandersetzung in der Leitung hier weiter vertieft hätten. Es mag sein, dass mich mein Eindruck täuschte. Aber mein Gefühl war so, dass ich den freien Austausch unterbrechen und eine Klärung an anderer Stelle anregen musste. Für mich ist das auch heute noch stimmig, aber lassen Sie uns schauen, wie dies hier in der Gruppe gesehen wird...“.

Ich kann den weiteren Verlauf des Großgruppenprozesses und der Leitungsberatung hier nicht detailliert ausführen. Letztlich trugen *alle* Beteiligten engagiert dazu bei, dass die Entwicklung einen konstruktiven Verlauf nehmen konnte. Was ich deutlich machen möchte ist dies: Unter dem Druck der Verhältnisse kommt es heute häufiger zu *regressiv-destruktiven Gruppendynamiken*, in die schnell auch die Führung einbezogen wird. Dies kann zur Traumatisierung der Organisation als ganzer, von Teams oder von Einzelnen beitragen. Gruppenanalytische Supervisorinnen und Berater sind daher zu besonderer Präsenz und Achtsamkeit verpflichtet: Auch hier sollte die Grundhaltung nicht in „Neutralität“ bestehen, sondern – analog zur psychodynamischen Traumatherapie – in „*parteilicher Abstinenz*“ (Fischer/Riedesser 1999, S. 187). Diese enthält sich moralischer Bewertungen, beinhaltet aber menschliche Solidarität und fachlich begründete Anteilnahme, also *selektive (reflektierte) Selbstenthüllung*. Zum Schutz Einzelner oder zum Schutz der Gruppe kann es dabei erforderlich sein, aktiv zu intervenieren und – gegebenenfalls – den freien Gruppenaustausch begründet zu unterbrechen. Aus meiner Sicht trägt dieses Vorgehen des Supervisors zum Containment bei, da es der Destruktivität in der Gruppe Grenzen setzte. Mich interessiert sehr, wie dies heute hier unter uns diskutiert wird.

Literaturangaben

- Fischer, G., Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. München, Basel. Ernst Reinhardt Verlag.
- Heltzel, R. (2007): Thesen zum Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Versorgungsauftrag und Ethik in der Suchtkrankenversorgung (www.rudolf-heltzel.de/resources/Ökonomie/pdf)
- Heltzel, R. (2012a): Die Ökonomisierung psychosozialer Arbeit und ihre Folgen. Zehn kritische Thesen aus der Sicht des Supervisors. In: Weigand, W. (Hg.): Philosophie und Handwerk der Supervision. Giessen, Psychosozial-Verlag, 203-223.
- Heltzel, R. (2012b): Supervision als „Freundschaft im Kampf“ (www.rudolf-heltzel.de/resources/Freundschaft/pdf)
- Heltzel, R. (2012c): Supervision in Organisationen, die mit Borderlinepatienten arbeiten (unveröff. Manuskript)
- Heltzel, R. (2012d): Wie reagiert der Therapeut auf die Veränderungen der Arbeitswelt? (unveröff. Manuskript)
- Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. London. Karnac Books.
- Weigand, W. (2006): Paradigmenwechsel: Der Supervisor in der Verantwortung für die Organisation. Supervision Heft 2/2006, 3-4.
- Wilke, G. (2012): Leaders and Groups in traumatized und traumatizing organisations: a matter of everyday survival. In: Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. London. Karnac Books, 195-214.

Dr. Rudolf Heltzel, Außer der Schleifmühle 56, 28203 Bremen. Tel. 0421 – 33 99 383

www.rudolf-heltzel.de ; Email: praxis@rudolf-heltzel.de