

Ulrike Kappel

Supervision im psychiatrischen Arbeitsfeld – gestern und heute

Zusammenfassung: Die Autorin arbeitet als pflegerische Leitung einer Behandlungsstation in einer psychiatrischen Klinik und nebenberuflich als Supervisorin. Vor diesem Hintergrund gibt sie differenzierten Einblick in die Wandlungen in diesem Arbeitsfeld, vor allem im Bereich der Pflege. Die Veränderungen haben Auswirkungen auf den Einsatz von, die Themen in und die Erwartungen an Supervision. Die folgenden Ausführungen geben nicht nur die Erfahrungen und Sichtweisen der Autorin wieder. Sie beruhen zusätzlich auf (nicht empirisch angelegten) Fragen der Autorin an verschiedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik zum Thema. Eine Zusammenfassung von Befürchtungen und Wünschen in bezug auf Supervision beschließt diesen Artikel.

Ach ja, heute ist Supervision. Eigentlich sollte keine Aufnahme kommen, aber wenn die Betten leer sind, gibt es Probleme mit dem Halten der Belegungsquote, darum kommen heute doch zwei neue Patienten. Wir müssen uns beeilen. Dann ein Anruf, es wird noch ein Patient mit PsychKG (Psychisch Kranken Gesetz – Zwangsunterbringung von Menschen, die akut, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung, sich selbst oder andere gefährden) kommen, das Mittagessen wird auch etwas später geliefert – ausgerechnet heute. Die Visite ist gerade erst beendet, muss noch ausgearbeitet werden, Medikamente müssen gestellt und verteilt werden. Es ist bereits 12:30 Uhr – noch 30 Min. bis zum Beginn der Supervision, und immer noch keine Pause gemacht. Die ersten Mitarbeiter kommen „aus dem Frei“ zur Supervision (Supervision ist Dienstzeit, auch wer nicht im Dienst ist, muss kommen und teilnehmen). Auch sie packen schnell noch hier und da mit an. Die Ärztin teilt mit, dass sie später oder überhaupt nicht zur Supervision kommt, weil erst die neuen Patienten aufgenommen werden müssen. Rasch muss noch eine Infusion gewechselt und die Schülerin instruiert werden, die während der Sitzungszeit die Station ‚hütet‘, dann kann es mit der Supervision losgehen – fast pünktlich. Was war beim letzten Mal Thema? Wer war da anwesend? Einige rätseln, jemand anders erinnert sich und nimmt den Faden wieder auf... Nur vier von acht der in der letzten Sitzung Anwesenden sind heute da, die anderen gerade in der Nachtschicht eingeteilt, im Urlaub oder krank. Dabei wollten wir doch heute am Thema der letzten Sitzung weiter arbeiten ...

So oder ähnlich ist es auf psychiatrischen Stationen häufig. Die Zeit reicht nie aus, aufgrund immer umfangreicherer Dokumentationspflichten noch weniger. Die Personaldecke bei den pflegerischen Mitarbeitern ist zu dünn: Auch längere Krankheits-

zeiten müssen von den Kolleginnen und Kollegen ‚irgendwie‘ aufgefangen werden, zusätzliches Vertretungspersonal nicht in Sicht. Die ärztliche Versorgung ist unzureichend: Patienten warten ungeduldig auf das längst versprochene Informationsgespräch mit der Stationsärztin und müssen von den Pflegenden wieder und wieder getröstet werden, weil eine oder zwei Nachbarstationen ärztlich mitversorgt werden müssen. Hinzu kommt ein nicht zu vermeidendes Potential an Unvorhersehbarem: Ein Patient gerät plötzlich in eine Krise und wird aggressiv, eine Patientin wird Notfallmäßig eingeliefert und muss aufgenommen werden usw. usw..

Supervision – insbesondere Teamsupervision – ist in unserer Einrichtung seit Jahren etabliert, wobei der Wunsch nach Supervision bei der Abteilungsleitung angemeldet und ausgehandelt wird. In gut begründeten Fällen wird ausnahmsweise auch Einzelsupervision ermöglicht, z.B. für Stationsleitungen. Die Institution gibt Rahmenbedingungen vor, u.a. die Obergrenze der finanziellen Mittel, die für Supervision zur Verfügung stehen. Die Auswahl der Supervisoren erfolgt sehr unterschiedlich: Manche Pflegedienstleitungen haben bereits Supervisoren in anderen Kliniken kennen gelernt und empfehlen diese, Stationsleitungen nutzen die Suchmaschine der DGSv-Homepage oder fragen ihre Kolleginnen und Kollegen nach Supervisoren, die bereits in der Klinik tätig waren.

An Teamsupervisionen nehmen entweder ausschließlich Pflegekräfte teil, oder therapeutische und pflegerische Mitarbeiter/innen lassen sich gemeinsam supervidieren nach dem früher verbreiteteren Modell des „therapeutischen Teams“. Supervision im Stationskontext ist immer mit der Schwierigkeit der von Sitzung zu Sitzung fluktuierenden Teilnehmerschaft verbunden, lediglich in speziellen Teilerrichtungen wie Tageskliniken und Ambulanzen ist eine höhere Kontinuität gegeben, da dort nicht im Schichtdienst gearbeitet wird. Supervision findet nicht bei allen Mitarbeitenden Zuspruch, obgleich sie von der Institution gewünscht, unterstützt und als notwendig erachtet wird. Einerseits wird Supervision als hilfreich angesehen und fast als luxuriös empfunden: „Endlich mal Zeit haben, um miteinander themenspezifisch zu arbeiten, um Konflikte im Behandlungsteam zu bearbeiten, oder einfach um gemeinsam über die schwierigen Arbeitsbedingungen zu klagen“. Andererseits wird Supervision auch kritisch gesehen oder gar gefürchtet. Es könnten Konflikte zu Tage treten, die zwar bekannt sind, deren Bearbeitung unter den gegebenen Umständen aber eher als zusätzliche Belastung empfunden wird. Es sind auch immer wieder Befürchtungen zu hören, ein Team könne bei Offenlegung eines gravierenden Konfliktes „zusammenbrechen“. Die Angst, in Folge einer Konfrontation in der Supervisionsszene am nächsten Tag isoliert dazustehen oder sich im anstrengenden Alltag nur noch mit großer Anspannung begegnen zu können, ist nicht zu unterschätzen und nicht als unberechtigt von der Hand zu weisen: „Was ist, wenn hinterher das Team zerstritten ist? Wir sind ohnehin schon zu wenige, um die Arbeit optimal zu schaffen. Wir sind am Limit.“ In psychiatrischen Teams sind die Mitarbeitenden sehr auf gegenseitige Unterstützung angewiesen. In vielen Teams existiert deshalb auch in bezug auf die Supervisionsszene die un-

ausgesprochene Vereinbarung, ein gewisses Konfliktpotential lieber zu ertragen, zu verdrängen und nicht zu bearbeiten, um die vermeintliche (oder tatsächliche) Arbeitsfähigkeit nicht zu gefährden. Dabei existiert nicht selten die Paradoxie, dass Supervision gerade deshalb beantragt und installiert wurde, damit konflikthafte Themen bearbeitet werden können.

Gründe, die zur Beantragung von Supervision durch die Mitarbeitenden oder zur ‚Empfehlung der Supervision von oben‘ führen, sind z.B.:

- Ärger im Pflorgeteam über Verhaltensweisen und vermutete Arbeitshaltungen von Kolleginnen und Kollegen, enttäuschte Erwartungen aneinander;
- Kompetenz- und Hierarchiegerangel zwischen den Berufsgruppen, teils schon berufsgeschichtlich angelegt und ständig schwelend;
- Konflikte um die Verteilung von Aufgaben: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch den Pflegedienst, angestrebte Delegation von Aufgaben des Pflegedienstes an andere Berufsgruppen wie Stationssekretärin und Pflegehilfskräfte (die es – noch – nicht gibt);
- Änderungen in der Zusammensetzung von Schicht-Teams der Pflegenden;
- Wechsel der Stationsleitung;
- hohe Fluktuation beim therapeutischen Personal, z.B. aufgrund von Rotation der ärztlichen Kräfte im Zuge der Facharztausbildungen, Mitzuständigkeit für andere Stationen etc.

In den vergangenen Jahren wurden sukzessiv Stellen im Pflegedienst abgebaut, in dem ‚durch normale Fluktuation‘ frei werdende Stellen nicht neu besetzt wurden. Auf dem Land finden wechselwillige Mitarbeiter nur schwer eine neue Anstellung, deshalb bedeutet ‚durch normale Fluktuation‘ meistens: durch Berentung. Werden die so frei gewordenen Stellen nicht neu besetzt, führt das zur Überalterung vieler Teams (das Durchschnittsalter der Pflgeteams in unserer Klinik liegt bei 44 Jahren). Durch die Überalterung der Teams verläuft die Veränderung von Konzepten, die Einführung neuer Arbeitsabläufe und die Entwicklung neuer Denkweisen nur schwerfällig. Wer 15 bis 20 Jahre – zwar nicht völlig ohne, aber eher mit schleichenden Veränderungen – gearbeitet hat, öffnet sich nur langsam für Neues. Der Schwung, den neue Ideen junger Kollegen/innen ins Team bringen können, fehlt, da nur wenige eingestellt werden. Geschieht das, dann handelt es sich um ausgesucht gute junge Mitarbeiter/innen, die vom Team gerne aufgenommen werden. Allerdings sind diese neuen Arbeitsverhältnisse fast immer mit befristeten Verträgen verbunden. Die Bereicherung durch junge kommt also in Begleitung der Unsicherheit für die neuen und ‚alten‘ Mitarbeiter, ob die Zeitverträge verlängert werden oder die Stelle wieder wegfällt. Die politische Lage bezüglich der Finanzierung von Krankenhäusern ist derzeit so unklar, dass sich die Institutionen keine finanziellen Risiken leisten wollen. Sie ziehen sich auf Zeitverträge zurück, um bei Eintritt von Finanzknappheit keine konfliktträchtigen betriebsbedingten Kündigungsverfahren einleiten zu müssen.

Eine noch größere Belastung bewirkt der häufige Wechsel von Ärzten und Therapeuten, die jeweils ihre eigenen Ideen von therapeutischem Wirken mitbringen und entsprechende Konzeptänderungen verlangen. Immer neue Anpassungsleistungen sind somit besonders bei pflegerischen Mitarbeitern gefordert. Diese häufigen Änderungen führen zur Verunsicherung der Teams – was gestern galt, ist heute nicht mehr erwünscht. Der neue Behandlungsansatz erfordert weitere Fortbildung der pflegerischen Mitarbeiter/innen und führt in der Folge wieder zu zeitweise schlechter Besetzung ‚auf Station‘.

Die Struktur der Station ändert sich, die traditionell bekannten und ‚gelernten‘ Krankheitsbilder ändern sich ebenfalls, und dann werden noch zunehmend Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern auf einer Station zusammengelegt, um die Belegung der Gesamtklinik zu sichern. Bei so wenig Kontinuität ist zumindest ständig zu befürchten, dass bei seelisch verwirrten und verunsicherten Patienten deren Verwirrtheit und Verunsicherung eher verstärkt als abgebaut wird. Andererseits gibt es die manchmal sarkastisch vorgetragene, manchmal ernsthaft begründete Vermutung, dass die mit innerem Chaos bestens vertrauten Patienten an dieser Situation weniger leiden als das Personal.

Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientenschaft sind in den letzten Jahren entstanden durch alternative stationäre und ambulante Behandlungsangebote. Waren früher unterschiedlich schwer erkrankte Patienten auf einer Station, so sind es heute oft nur noch die schwersten Krankheitsbilder, die wir in den psychiatrischen Krankenhäusern finden. Sicherlich ist das größer werdende Angebot an Betreuungen ein Vorteil für psychisch Kranke, gleichzeitig wird dadurch die Arbeitssituation auf den Stationen jedoch immer problematischer, denn Patienten, die in anderen Einrichtungen nicht, bzw. zeitweise nicht tragbar sind, werden dann wieder ins psychiatrische Krankenhaus verlegt.

Gerade im psychiatrischen Krankenhaus gab es früher eine durchschnittlich lange Verweildauer der Patienten, so dass die Mitarbeiter/innen sich gut auf das Klientel einstellen konnten. Heute sind es unter dem Druck der Krankenkassen kurze Aufenthalte, und damit ständig wechselnde Patientengruppen. Was für beide Seiten ein Problem der Stabilisierung darstellt und den Verwaltungsaufwand erhöht: Es müssen von den ärztlichen Kräften ausführlichere und häufigere Behandlungsanträge und -begründungen geschrieben werden, Aufnahme- und Entlassungsvorgänge erfolgen immer häufiger.

Die Belastbarkeit der Teams gerät fachlich und persönlich an Grenzen angesichts der konzentrierter auftretenden schweren Störungsbilder. Schwierigere Patienten und weniger Mitarbeiter/innen bedeuten, es gibt keine Zeit, keine Möglichkeit sich vorübergehend ‚Nischen‘ zu suchen, in die man sich zurückziehen kann. Außerhalb der regulären Pause, die häufig auch nicht wirklich als Pause genutzt wird – der Sozialraum ist offen für die Patienten – ist es kaum möglich, sich kurze Zeit aus dem direkten Stationsgeschehen ‚auszuklinken und durchzuatmen‘.

So ergibt sich eine Vielfalt an schwierigen Arbeitsbedingungen für die Teams in psychiatrischen Kliniken:

- Die Anzahl der Mitarbeiter ist zum Teil drastisch gesunken.
- Kürzere Verweildauer der Patienten (durch bessere Medikamente, differenziertere Angebote, Druck der Krankenkassen) führt zu vermehrten Aufnahmen und damit erhöhter Arbeitsdichte.
- Der Zeitaufwand für Dokumentation und administrative Aufgaben ist gestiegen.
- Patientenferne Tätigkeiten haben zugenommen: Qualitätsmanagement und Zertifizierungsaufgaben führen die ‚Hitliste‘ an.
- Ärztliche Aufgaben müssen vermehrt von Pflegenden übernommen werden (z.B. Blutentnahmen).
- Pflegende erhalten neue therapeutische Aufgaben, z.B. das Angebot pflegetherapeutischer Gruppenarbeit mit den Patienten (Genussgruppe, Psychoedukation u.ä.).
- Konzepte und Arbeitsweisen verändern sich ständig durch häufige Therapeutenwechsel.
- Konzepte orientieren sich vorrangig an den vorhandenen personellen Ressourcen anstatt am Behandlungsbedarf.

In unserer Klinik wurde besonders in den letzten 15 Jahren ein Schwerpunkt auf die Erweiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter gelegt. Das umfassende Fort- und Weiterbildungsangebot ist für viele Mitarbeiter eine gute Möglichkeit, sich den neuen Konzepten anzupassen und Grundlagen für pflegetherapeutische Gruppen zu erlernen. Teilweise sind dies jedoch Kurzveranstaltungen, die Einblicke gewähren, aber für eine fundiert gelernte Anwendung des Gehörten nicht ausreichen. Die Mitarbeiter/innen versuchen sich an dem Neuen, merken aber sehr schnell, dass ihnen Grundlagen fehlen. Hat die Fortbildung angeregt und Lust geweckt, Neues auszuprobieren, so fehlt oft die Zeit zur Umsetzung. So entstehen aus dem Erleben vermeintlicher oder tatsächlicher Unzulänglichkeit Scham- und Überforderungsgefühle an Stelle von Entlastung und Motivation. Dies sind klassische Quellen von Frustration und Resignation. Hinzu kommt, dass es nicht leicht ist, dies zuzugeben – schließlich stellt Leitung Erwartungen an die Mitarbeiter/innen, die an Fortbildungen teilgenommen haben. Erfahren die Mitarbeitenden – vermeintlich oder tatsächlich – zu wenig Lob und Anerkennung durch die Leitung, fühlen sie sich alleine und unzulänglich, ziehen sich innerlich zurück.

Die meisten Mitarbeitenden fühlen sich zur Erhaltung ihrer Arbeitsplätze durchaus verantwortlich für die Existenzsicherung der Einrichtung. Sie wissen: Nicht belegte Betten bringen kein Geld und mittelfristig weiteren Personalabbau. Die dadurch entstehende Spirale ist leicht vorstellbar. So kämpfen alle für eine hohe Qualität der Arbeit, belegte Betten und ein gutes therapeutisches Angebot – das verbindet und bringt vorwärts, schafft andererseits hohe Ideale und birgt damit die Quelle von Enttäuschung.

Was heißt all dies für Supervision in der Psychiatrie? Betrachte ich die Entwicklung der Psychiatrie in den vergangenen 25 Jahren, so ist heute Supervision wichtiger denn je, aber auch schwieriger. Bis vor ca. 20 Jahren ging es eher darum, arbeitsfähig zu werden – Therapeuten und pflegerische Mitarbeiter auf der Suche nach einem gemeinsamen Weg zu unterstützen. Die Themen in der Supervision zielten auf Professionalisierung, Reflexion der Arbeit, Entwicklung von Behandlungskonzepten bei relativ guter personeller Ausstattung. Es ging um Klärung von Kompetenzen und Hierarchien innerhalb des Teams, um Grenzziehung, um das Definieren von Schnittstellen und Verantwortungsbereichen. Supervision wurde als „Organisations“-Supervision erlebt, wodurch Konfliktpotentiale von vorn herein gemindert wurden. Die Supervisanden waren relativ offen für die Auseinandersetzung mit sich und mit der Entwicklung ihrer Arbeit. Vielerorts ging es um Teamentwicklung und -konsolidierung, und so gestärkt war es möglich, in die Fallsupervision einzusteigen. Im großen Team war es auch im Alltag eher möglich Konflikte zu besprechen – so gab es ja meistens ‚Den Dritten‘, die Kollegin, den Kollegen, der eingreifen und regulieren konnte. Konflikte in der Supervision anzusprechen war zwar unangenehm, aber nicht beängstigend, das Team groß und stabil genug, um Sicherheit zu bieten und auch außerhalb der Supervision aufgefangen zu werden.

Heute stellen sich die Themen in der Supervision anders dar: Es geht darum arbeitsfähig zu bleiben. Wie können wir der Forderung nach mehr pflegerischen Angeboten für Patienten nachkommen, ohne unsere zeitaufwändige Dokumentationspflicht zu vernachlässigen? Kann ich dem Patienten noch gerecht werden? Wer stellt welchen Anspruch an die Arbeit, und wie schaffe ich es, meine eigenen Ansprüche an meine Arbeit aufrecht zu erhalten? Wie kann mit weniger Personal die gleiche Arbeit geschafft werden? Wie kann die Anpassung der Konzepte mit den vorhandenen personellen Ressourcen gelingen? Wie ist zu vermeiden, dass ich unterschwellig Klienten ablehne, weil ich mit Patientengruppen und Krankheitsbildern konfrontiert werde, die ich nie behandeln wollte?

Supervision wird überwiegend als Überlebenshilfe angesehen und angefordert, der Wunsch nach Klärung von Strukturen und Unterstützung dominiert. Es soll nicht darum gehen, interne Konflikte zu bearbeiten, sondern die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Nur schwer ist es möglich, Teamkonflikte anzusprechen und zu bearbeiten, während die Teams sich mit den strukturellen Gegebenheiten beschäftigen. Die Atmosphäre ist angespannt, das Nervenkostüm anfällig, Konflikte drohen bei Offenlegung zu eskalieren. Manchmal wird bei Konflikten nicht gemeinsam auf Klärung in der Supervision gehofft, sondern damit ‚gedroht‘, die Sache in der Supervision anzusprechen, was nicht selten dazu führt, dass mindestens ein Konfliktpartner sich am Tag der nächsten Sitzung krank meldet.

Hintersolchen Teamkonflikten stehen vielfach Ohnmachtsgefühle gegenüber der Fülle an Arbeit und den veränderten institutionellen Gegebenheiten. Bei der Arbeit mit psychisch Kranken stehen die eigenen Ansprüche im krassen Gegensatz zum Gefühlten und tatsächlich Machbaren. In der Psychiatrie ist die Beziehungsarbeit

das wichtigste Instrument der Behandlung. Aber für diese Beziehungsarbeit bleibt – besonders in Aufnahmestationen – nur wenig Zeit. Hier gilt es eher zu funktionieren, um die tägliche Arbeit zu schaffen: Aufnahmen, Entlassungen Verlegungen etc.. Die therapeutische Arbeit bleibt dabei häufig auf der Strecke. In der Konsequenz bleibt für den einzelnen Mitarbeiter kein Raum, die eigenen Gefühle wahrzunehmen oder zu bearbeiten. Wut, Aggressionen und Verzweiflung werden nicht offen angesprochen und suchen sich folglich destruktive Ventile.

Für die Stabilisierung der Teams ist kontinuierliche Supervision hilfreich. Wünschenswert ist daher langfristig angelegte Supervision, ohne häufigen Wechsel der Supervisorin/des Supervisors, um wenigstens hier einen verlässlichen Ruhepol zu schaffen. Gebraucht werden Supervisorinnen und Supervisoren, die geduldig, zugewandt, verständnisvoll die Langsamkeit des Entwicklungsprozesses ertragen und begleiten. Hilfreich wäre zunächst die Station und die Organisation in den Blick zu nehmen, die Klärung der Strukturen zu forcieren, die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und Pflegenden, die Klärung von Kompetenzen und Verantwortung im Setting der Station zu reflektieren.

Pflegende fühlen sich oft unverstanden, und es passiert leicht, dass sie als ewig jammernd und wenig veränderungs- oder entwicklungsbereit erscheinen. Darum werden Supervisoren und Supervisorinnen in vielen Teams auf eine ‚harte Probe‘ gestellt. Es bedarf viel Fingerspitzengefühls, eines guten Austarierens unterschiedlicher Sichtweisen und Interessen und es gilt zudem, das richtige Maß an Konfrontation zu finden. Zu progressives Vorgehen bei erkennbaren Konflikten führt schnell zur Verweigerungshaltung in der Supervision. Wichtig scheint auch das Anerkennen der problematischen Arbeitssituation, die nur schwer veränderbar ist, das Akzeptieren der Langsamkeit im Prozess, der Abbau von Misstrauen gegenüber Supervision und das Ernstnehmen der Angst davor, durch eine zu frühe Bearbeitung von verborgenen Konflikten mehr zu zerstören als zu entwickeln.

Viele Teams ergehen sich zu Anfang in lange anhaltendes Klagen über die Arbeitsbedingungen, und nur schwer ist es möglich, den eigenen Anteil, den eigenen Gestaltungsspielraum zu erkennen. Die Ablenkung auf den Feind von außen – auf die Leitung, die Institution, die Politik – ist einfacher, als die Sicht nach innen. Der Blick nach innen auf die Strukturen der Station, auf die Kompetenzen der Mitarbeiter/innen und deren Fähigkeiten und Möglichkeiten der Gestaltung des Arbeitsumfeldes sollte am Anfang der Supervision stehen. Hilfreich ist immer der Blick auf und das Benennen der Dinge, die gut funktionieren! Ist es dem Supervisor mit viel Geduld gelungen, dem Team attraktive Wege aus der Phase des Klagens heraus zu eröffnen, ihm die eigenen Gestaltungsspielräume gut zu spiegeln und die Mitarbeitenden zu stärken, wird es möglich, an der Teamentwicklung zu arbeiten.

Ein Focus von Teamentwicklung kann auf der Differenzierung von Arbeitsaufgaben und Entscheidungsabläufen liegen. Viele Jahre wurde in psychiatrischen Kliniken ein Klima der scheinbaren Gleichheit von Pflegenden und therapeutischen Fachkräften gepflegt, sowohl im Hinblick auf die therapeutischen Aufgaben als

auch in bezug auf das Zustandekommen von Behandlungsentscheidungen. Allein aus zeitlichen Gründen ist dies nicht mehr im früheren Umfang möglich. Die wesentlich eingeschränkten Zeitressourcen erfordern eine klare Strukturierung der Behandlungsabläufe und eine deutlichere Spezialisierung der Teammitglieder. Eine stärkere Differenzierung im Team ist außerdem erforderlich, weil nicht alle für alle Aufgaben gleichermaßen ausgebildet und befähigt sind. Differenzierung bedeutet nicht unbedingt mehr Distanz zueinander, sondern ein gutes Zusammenspiel verschiedenen Kompetenzen zur Stärkung des Gesamten.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Supervision sollte die vorsichtige Entwicklung einer Streitkultur sein, in der Konflikte nicht mehr unter den Teppich gekehrt und verleugnet werden müssen, sondern als unvermeidlich und ‚normal‘ betrachtet werden, als notwendig und weiterführend. Dem Phänomen, in Konfliktlagen zur eigenen Entlastung damit zu ‚drohen‘, diese in der Supervision anzusprechen, sollte humorvoll und mit Verständnis begegnet werden, verbunden mit der Annahme, dass Mitarbeitende zunehmend daran interessiert seien, nicht nur situativ Konfliktlösungen zu erarbeiten, sondern ein grundsätzlich konstruktives Konfliktverhalten zu lernen. Supervision soll auch dazu verhelfen, Neues zu integrieren: neue Konzepte ebenso wie neue Mitarbeiter. Denn der gravierendste Wechsel in jüngster Zeit geschieht im Arbeitsbereich von Ärzten, Therapeuten und Stationsleitungen, die neu in ein Team kommen, das oft schon viele Jahre zusammen arbeitet. Ein weiterer Personalwechsel wird durch strukturelle Veränderungen in der Klinik – wie z.B. durch Zusammenlegung von Stationen – verursacht. Weiterhin sollten Supervisorinnen und Supervisoren darauf achten, gerade die eher stillen Teilnehmer in den supervisorischen Prozess einzubeziehen, indem nach ihren Meinungen und Standpunkten gefragt wird; auch dadurch kann die so notwendige Wertschätzung zum Ausdruck gebracht werden. Zunehmend gefragt ist auch der ‚flexible‘ Supervisor, der nicht nur an großen Auftragspaketen interessiert ist, sondern im Bedarfsfall kürzere Supervisionssequenzen anbietet.

Zusammenfassend sei betont, dass Supervision im psychiatrischen Arbeitsfeld notwendiger denn je ist, um die Dynamik zwischen Team, Patienten und Organisation zu verstehen und dieses Verstehen für die Behandlung diagnostisch-konstruktiv zu nutzen. So verstanden dient Supervision automatisch auch der Psychohygiene der Mitarbeiter/innen.

Vieles hat sich in den vergangenen Jahren verändert und die Rahmenbedingungen machen die Arbeit nicht einfacher. Gleichzeitig ist eine hohe Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Institution und ihrer Arbeit zu spüren. Stabilisierung und Psychohygiene durch Supervision sollte meines Erachtens dazu führen, dass Supervision in Zukunft wieder mehr als die tägliche Arbeit begleitender Bildungsprozess erlebt werden kann und nicht nur den Charakter des ‚Feuerwehreinsatzes in Krisensituationen‘ tragen muss. Dazu bedarf es aber eines neuen Vertrauens der Supervisanden in die Supervision als stabilisierendes Element.

An dieser Stelle möchte ich den vielen Mitarbeitern aus dieser Einrichtung dafür danken, dass sie offen über ihre Situation und Einstellung zu ihren Supervisionserfahrungen berichtet haben. Sie alle sind überzeugt, dass Supervision hilfreich und unterstützend ist.

Anschrift der Autorin:

Ulrike Kappel, Am Tannenbusch 1, 59510 Lippetal

Kristof Wachsmuth | Hans Paukens

Menschen machen Medien – Leben und Arbeiten in den Medien – 10 Thesen

Zusammenfassung: Der folgende Artikel gibt Leserinnen und Lesern einen Einblick in ein für die Supervisionsszene recht unvertrautes Feld: In das der Medien. Die beiden Autoren entschlüsseln das breite Spektrum, das sich hinter diesem Begriff verbirgt, zeigen auf, welchem Wandel es unterliegt und welche Probleme sich daraus ergeben, auch an Beispielen. Sie praktizieren Beratung – ein weiterer Markt öffnet sich.

Veränderung und Dynamik der Medien

Der Medienbranche (Print, Hörfunk, Fernsehen, Internet) wird eine ungemeine Dynamik und damit andauernde und schnelle Veränderung attestiert. Die digitale Revolution hat vorhandene Produktions- und Nutzergewohnheiten grundlegend verändert. Sowohl die Konkurrenz zwischen gleichartigen Medien (Zeitungen oder Radiosender) als auch zwischen verschiedenen Medien (Fernsehen und Internet oder Radio und MP3-Player) verschärft sich kontinuierlich. Die Digitalisierung liefert die technologische Basis, den gesellschaftlichen Trend zur Individualisierung durch differenzierte und segmentierte Medienangebote zu befördern. Werfen wir einen Blick in den Bahnhofskiosk, sehen wir eine bunt schillernde Angebotspalette von Zeitschriften. Es gibt mehr als 6.000 Publikums- und Fachzeitschriften, zwischen 1998 und 2006 hat sich der Zeitschriftenmarkt um mehr als 800 Exemplare erhöht. Für jedes Hobby, jedes Interessengebiet gibt es eine oder mehrere Fachzeitschriften. Ähnliche Tendenzen lassen sich in der Zwischenzeit auch auf dem Fernsehmarkt ausmachen, neben den allenthalben bekannten großen öffentlich-rechtlichen Sendern und den privaten Anbietern RTL, PRO 7, SAT 1, VOX gibt es eine Unzahl regionaler Fernsehanbieter aber auch Spartenkanäle wie etwa Bibel TV, Bahn TV, Beate Uhse TV, Gute Laune TV, Gusto TV. Insgesamt senden in Deutschland 226 private Fernsehsender. Das Internet hat sich ebenfalls zu einem Massenmedium in Deutschland entwickelt – 66 % der deutschen Bevölkerung sind Online. Beflügelt wird die rasante Entwicklung des Internets insbesondere durch die steigende Nachfrage nach multimedialen Anwendungen im Netz: 55 Prozent rufen Videos über Videoportale oder Mediatheken ab und schauen live oder zeitversetzt Fernsehsendungen im Internet. Audiofiles wie Musikdateien, Podcasts und Radiosendungen im Netz werden von 35 Prozent genutzt.

Das Beispiel Radio: Das Radio wird als Nebenbeimedium definiert. Niemand ändert oder unterbricht seinen Alltag aus Ehrfurcht vor dem Radioprogramm, weil