

## Die hilflosen Helfer – über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie \*

Unter günstigen Bedingungen kann Arbeit sehr viel zum seelischen Gleichgewicht und zur Persönlichkeitsentfaltung beitragen, entfremdete Arbeitsbedingungen dagegen tragen zu seelischem Leiden und einer Verkümmern der Persönlichkeit bei. Vor allem für industrielle Tätigkeiten wurde diese Gefahr mit vielen Untersuchungen belegt. Einen guten Einstieg in das Für und Wider dieser Diskussion geben die Sammelbände von Cooper und Payne sowie von Frese, Greif u. Semmer. Im Folgenden geht es um dieses allgemeine Problem am Beispiel der Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen.

Bei Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen führt die Kritik an der mangelhaften Versorgung der psychisch Kranken oft dazu, daß sie sich bei ihrer Arbeit doppelt anstrengen, um dieses Elend etwas zu lindern. Durch dieses bewundernswürdige Engagement ist vielen Patienten schlimmeres erspart geblieben. Aber wie lange kann man sich unter skandalösen Arbeitsbedingungen verausgaben, ohne selbst Schaden zu nehmen? Diese Frage hat eine große Bedeutung für die Gewerkschaftsarbeit. Hier verbergen sich eine Menge berufsbedingter Gesundheitsschäden in einer Grauzone von ungenügendem Forschungsstand und einer professionellen Ideologie, nach der sich „Halbgötter in Weiß“ schon immer für ihre Patienten zu opfern hatten. Dazu kommt die begreifliche Befürchtung der Betroffenen, der Protest gegen seelische Überlastung im Beruf würde am Ende als Zeichen persönlicher Unfähigkeit gegen sie gewendet.

Die meisten Schriften zur Helferrolle betonen die Macht der Helfer über ihre Klienten und die Distanz, die Verwaltungsakte und die Verwahrung in totalen Institutionen zwischen Helfer und Klient schaffen. Deshalb liegt es für engagierte Helfer näher, sich und „ihre“ Institution als potentielle Gefahr für die Klienten zu begreifen; demgegenüber hat die Frage nach der möglichen Gefahr des Helfer-Milieus und des engen Umgangs mit den Klienten für die psychische Verfassung der Helfer etwas Anstößiges. Sie rührt an die Angst, sich „psychisch infizieren“ zu können, die viele Berufsanfänger im stillen Kämmerlein bewältigen lernen mußten und an die gleichlautenden massiven Vorurteile in der Öffentlichkeit.

Die psychischen Störungen von Helfern haben Ursachen auf der Ebene des Arbeitsinhalts und der betrieblichen Arbeitsorganisation, auf

\*Nach einem Vortrag vor Mitgliedern der Abt. Gesundheitswesen im ÖTV-Haus Berlin am 11.12.79

der individuellen Ebene und schließlich auf der Ebene der gesellschaftlichen Bedingungen und Funktionen psychosozialer Dienstleistungen.

Das Thema wurde unter dem Stichwort „burn-out“ (ausbrennen) zuerst von Freudenberg, dann von Maslach, Pine und anderen in den USA untersucht. „Burn-out“ sei die Folge eines engen und langen Umgangs mit schwierigen Menschen; es wird definiert als eine Kombination aus Erschöpfung („ich kann nichts mehr geben“), zynischer und bürokratischer Haltung gegen die Patienten, dem Verlust der mitfühlenden Fürsorge und dem Gefühl des Versagens im Umgang mit Klienten.

Maslach sieht die Ursachen von „burn-out“ vor allem in interaktiven Belastungen durch den dauernden Umgang mit extremen Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen der Patienten. Die psychiatrische Arbeit erfordert ja ständig eine große Offenheit für heftigste Gefühle und Verwirrungen der Patienten, erfordert die Anteilnahme an haarsträubenden familiären oder beruflichen Mißständen. Helfer geraten noch bei anderen Gelegenheiten in interaktiven Streß:

- wenn Patienten die Behandlung ablehnen oder sich ganz anders behandelt sehen wollen als die Helfer für richtig halten.
- wenn Patienten gar nicht zu helfen ist, oder bei Rückfällen,
- wenn Patienten ihren Ärger über die schlechte Institution beim Personal abladen.
- wenn die Beschäftigten den Patienten Zwang oder Einschränkungen auferlegen müssen,
- wenn man keine kollegiale Unterstützung bei den genannten Schwierigkeiten erfährt.

Pines und Maslach (1978) fanden durch eine Befragung von 76 Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bei San Francisco heraus, daß mit der Anzahl der Dienstjahre die Anzeichen des „burn-out“ zunahmen: je länger jemand in der Psychiatrie gearbeitet hatte, desto weniger mochte er die Arbeit mit Patienten, desto weniger erfolgreich fühlte er sich dabei und seine Einstellung zu psychischen Krankheiten war eher kustodial als humanistisch. Er sucht nicht mehr Erfüllung in der Arbeit, fühlte sich dabei sehr selten wohl und empfand nur noch die materiellen Bedingungen des Jobs als lohnend.

In der Befragung von Maslach und Jackson zeigte sich bei verschiedenen sozialen Berufen eine mittelstarke Korrelation zwischen einigen Aspekten des „burn-out“ und Arbeitsbedingungen wie der Zahl der zu betreuenden Klienten, der Autonomie und der Informiertheit über die Ergebnisse der eigenen Tätigkeit – der Zusammenhang von „burn-out“ mit der Häufigkeit zwischenmenschlicher Kontakte bei der Arbeit hingegen war erstaunlich schwach ausgeprägt. Aus den genannten Untersuchungen geht hervor, daß „burn-out“ zu Spannungen mit der Familie

oder den Kollegen und zum Wechseln des Berufes führt sowie Depressionen, Alkoholismus oder Medikamentenmißbrauch auslösen kann. Als Erklärung kämen nach Maslach weniger Persönlichkeitsmängel der Helfer in Frage als vielmehr schlechte Arbeitsbedingungen, unter denen auch sehr gute Kräfte versagen müßten.

Neben zermürenden Interaktionen mit Patienten können noch andere berufliche Belastungen das seelische Gleichgewicht gefährden: Nachtarbeit, Zeitdruck, unvorhersehbarer Arbeitsanfall, häufige Störungen des Arbeitsablaufes, zuwenig Personal, ungenügende Qualifikation, Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, hohe Verantwortung, unklare oder widersprüchliche Handlungsanweisungen.

Um diese Mehrfachbelastung anschaulich zu machen, möchte ich ein Beispiel aus einem Nachtdienst schildern: Ich werde morgens um zwei Uhr geweckt, weil ein Patient zu einem erneuten Selbstmordversuch die Rettungsstelle verlassen will. Ich versuche aus meiner Müdigkeit heraus verständnisvoll auf seinen verzweifelten Liebeskummer einzugehen; das fällt mir schwer, weil er angetrunken ist. Ich stehe unter Druck: Bei seiner akuten Suicidalität muß ich ihn zum Hierbleiben bewegen, sonst ist eine Unterbringung notwendig. Dabei finde ich die in Frage kommende Großklinik schrecklich, außerdem sind Unterbringungen oft abscheuliche Szenen, im Team verpönt. Auf dem Flur lärmt während des Gesprächs ein Betrunkener. Plötzlich werde ich zu einem Unfallopfer herausgerufen; der Patient liegt auf dem Röntgentisch, von Tropfständern und Weißkitteln umringt. Ich soll bei dem mehrfachverletzten Bewußtlosen eine cerebrale Blutung ausschließen – zwischendurch wird geröntgt; in der Neurologie fühle ich mich nicht so fit, die Folgen einer Fehlentscheidung könnten für den Mann fatal werden.

Hinterher gibts noch Krach mit den Schwestern, weil „die Tablette“ – wie die Opfer von Suicidversuchen mit Medikamenten leider zynisch benannt werden, weggelaufen ist. Wegen mehrerer Neuaufnahmen konnte sich niemand um ihn kümmern.

Es gibt keinerlei Beweise, daß solche Mehrfachbelastungen im Krankenhaus über die Dauer des Berufslebens hinweg schadlos vertragen werden. Das Gegenteil ist viel wahrscheinlicher. Dafür spricht z.B. ein Erfahrungsbericht eines französischen Psychiaters. Gaujard, Personalarzt von Krankenhäusern in Lyon, behauptet, bereits für Menschen mit leichter psychischer Labilität habe das Krankenhausmilieu eine psychopathogene Wirkung. Vor allem die Hilfsschwester besäßen nicht die fachlichen Kenntnisse, um die Konfrontation mit dem Leiden der Patienten objektivierend bewältigen zu können. Zudem habe die Rationalisierung des Krankenhausbetriebs die informelle Kommunikation des Personals als Mittel der Streß-Bewältigung weitgehend gelähmt.

In angloamerikanischen Untersuchungen ist eine beunruhigende

Häufung von psychischen Störungen bei Ärzten und Krankenschwestern nachgewiesen worden (Vgl. auch Gutachten für die ÖTV). Als Beispiel seien hier nur zwei Studien erwähnt: Colligan u.a. haben 1977 in Tennessee die Erstaufnahmen psychiatrischer Krankenhäuser nach Berufen geordnet; unter den 22 Berufen mit den höchsten Aufnahmezeiten waren 6 aus dem Gesundheitswesen, besonders Krankenschwestern. Rose und Rosow (1973) untersuchten die Totenscheinkartei von Kalifornien. Die Suicidrate unter Ärzten war fast doppelt so hoch, wie in der Bevölkerung oder unter allen Akademikern; dieser Unterschied wurde im höheren Alter noch krasser.

Von konservativer Seite werden solche Ergebnisse nicht dem Arbeitsstreß angelastet, sondern dem Einzelnen, der infolge ererbter oder erworbener Schwäche zusammenbricht, wo noch die meisten „gesund“ bleiben. Jedoch sind die Beweise, die z.B. Vaillant u.a. oder Waring für ein starkes Überwiegen von individuellen Ursachen psychischer Störungen bei Ärzten vorbringen, nicht sehr stichhaltig – zumal mögliche berufliche Ursachen gar nicht genau analysiert wurden.

Eine derartige Tendenz zur Psychologisierung des Problems überwiegt auch in dem vielgelesenen Buch von Schmidbauer „Die hilflosen Helfer“. Der Autor reduziert die Ursachen der Hilflosigkeit auf einen Mangel an elterlicher Liebe in der Kindheit der späteren Helfer. Sie erlitten so eine Störung des Selbstgefühls, identifizierten sich zur eigenen Rettung mit dem aggressiven Überich der Eltern, entwickelten eine verborgene narzisstische Unersättlichkeit, vermieden später gleichberechtigte Beziehungen zu Nicht-Hilfsbedürftigen und blockierten so die außerberufliche Erfüllung ihres unersättlichen Verlangens nach Liebe und Anerkennung, das sich nur in ständiger, bis zur Selbstschädigung gesteigerter Tätigkeit äußern könne.

Derart vorgeschädigte Helfer würden dann ihren Klienten die Liebe zu geben versuchen, die sie unbewußt selbst empfangen möchten – ein zum häufigen Scheitern verurteiltes neurotisches Arrangement. Schmidbauer schätzt, daß durch dieses Scheitern ein Drittel der gesamten Arbeitszeit von Helfern verloren gehe. Andererseits könnten die sozialen Dienste in unserem Lande gar nicht mehr funktionieren, wenn sich durch die Mechanismen des „Helfersyndroms“, wie er es nennt, nicht immer wieder Menschen fänden, die bereit seien, sich selbstschädigend aufzureiben. Schmidbauer beschränkt sich auf eine tiefenpsychologische Sicht des Problems; die Einseitigkeit dieses Ansatzes wird da ganz klar, wo er sogar die totale Institution der psychiatrischen Großklinik als Äußerungsform des skizzierten „Helfersyndroms“ deutet oder in seinen Fallbeispielen die betrieblichen Arbeitsbedingungen nie ernsthaft als Anlaß für „Hilflosigkeit“ in Erwägung zieht.

Die Einschränkung Richters von den psychischen Problemen in helfenden Berufen erscheint mir vergleichsweise angemessener zu sein. Er behauptet zwar auch, daß besonders Menschen mit Isolationskonflikten in der Kindheit in soziale Berufe gingen, um in dieser Arbeit mehr Kontakt zu finden; dagegen stellt er aber die Beobachtung, daß diese legitimen Kontaktwünsche in der Ausbildung tabuisiert werden, so daß ein Bereich möglicher beruflicher Konflikte geradezu der rationalen und kollektiven Bewältigung entzogen bleibt. Richter beschreibt verschiedene Formen, wie neurotische Betreuer ihre Klienten zur eigenen Stabilisierung mißbrauchen. Ihm ist aber genauso wichtig, darauf hinzuweisen, daß neben frühkindlichen Konfliktpotentialen die aktuelle soziale Wirklichkeit für emotionale Störungen von Betreuern verantwortlich ist: Die berufliche Abhängigkeit von manipulierenden Autoritätspersonen dränge manchen Betreuer in eine „partielle Reinfantilisierung“; die gesellschaftliche Verleugnung des Todes und die Verlagerung des Sterbens in die Kliniken lasse die Sterbenden und ihre Betreuer allein in einer schwer erträglichen Situation.

Selbstverständlich gibt es bei „Helfern“ wie bei anderen Berufstätigen psychische Störungen, zu denen berufliche Belastungen gar nicht beigetragen haben. Aber im Gegensatz zu Schmidbauer und Maslach sehe ich als Hauptquelle der weitverbreiteten Hilflosigkeit von Mitgliedern helfender Berufe weder individuelle noch betriebliche Mängel an, sondern die zwiespältige gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie.

Es ist also von einer institutionalisierten Hilflosigkeit die Rede. Das bezieht sich erstens auf die sehr gefährliche Tendenz, soziale Probleme als medizinische Angelegenheit des Einzelnen in ärztliche und pflegerische Obhut zu geben und so zu tun, als wäre diese psychiatrische, internistische etc. Verwaltung sozialen Elends bereits eine zivilisatorische Glanzleistung. Die Autoren Belardi und Glinka haben diesen gesamtgesellschaftlichen Aspekt der Hilflosigkeit für Sozialarbeiter herausgestellt: Wenn sie den Alkoholismus eines jugendlichen Arbeitslosen oder die kriminelle Karriere eines Heimkindes günstig beeinflussen sollen, dann versetzt sie ihr beruflicher Auftrag objektiv in eine hilflose Situation – sie müßten schon an den Schalthebeln der gesellschaftlichen Macht sitzen, um an den wirklichen Ursachen dieser Probleme etwas ändern zu können.

Es fehlen also therapeutische und präventive Einwirkungsmöglichkeiten auf überindividuelle pathogene Bedingungen in Familie, Wohnbereich, Schule oder Beruf. Angesichts der zahlreichen sozialen Bedingungen seelischer Leiden ist die vorwiegend praktizierte individuelle Diagnostik und Therapie eine Quelle ständigen Irrtums und Versagens.

Eine weitere soziale Bedingung von Hilflosigkeit stellt der Rollenkonflikt von Helfern zwischen der Solidarität mit den Patienten und

den Verpflichtungen als Vertreter einer gesellschaftlichen Kontrollinstanz dar. Ein Beispiel liefert das Problem der Psychotherapie in geschlossenen Anstalten.

Es sind also strukturelle Mängel des psychiatrischen Versorgungssystems, die die Helfer objektiv hilflos machen. Dazu rechne ich noch Folgendes:

- Die skandalöse Verweigerung ausreichender Finanzmittel für die Psychiatrie, die eine Ursache darstellt für den Mangel an ausgebildetem Personal, an modernen Behandlungseinrichtungen und beschützten Wohn- und Arbeitsplätzen.
- Die Kontinuität der Behandlung über verschiedene Einrichtungen und verschiedene Berufsgruppen hinweg ist meist nicht herzustellen.
- Die massiven Vorurteile der Bevölkerung gegen psychisch Kranke erschweren die Rehabilitation enorm.
- Der wissenschaftliche Kenntnisstand über die Entstehung, die Verhütung oder Behandlung großer psychiatrischer Krankheitsgruppen ist sehr lückenhaft, sodaß in diesen Bereichen die psychiatrische Praxis mehr Kunst als Wissenschaft ist. Man bedenke nur, wie wir bei der Behandlung der Suchtkranken mit leeren Händen vor den drängendsten Problemen stehen.

Zusammenfassend muß der dringende Verdacht geäußert werden, daß im Rahmen der Misere des psychiatrischen Versorgungssystems eine Vielzahl belastender Arbeitsbedingungen die individuell je verschiedene Bewältigungskapazität der Beschäftigten in einem unzumutbaren Ausmaß überfordert. Zwar stecken die empirischen Untersuchungen dieses Gebiets noch in den Kinderschuhen, dennoch ist die Alltagserfahrung der Betroffenen im Verein mit den vorläufigen Forschungsergebnissen so schlüssig, daß praktische Konsequenzen ergriffen werden sollten.

Entsprechend den oben dargestellten drei Ursachenbündeln bieten sich zur Verhütung des „burn-out“ folgende Schritte an:

1. Auf der individuellen Ebene: Psychotherapieausbildung, Balintgruppe, Selbsterfahrungsgruppe, eventuell eigene Psychotherapie. Das stärkt die Kompetenz als Helfer, auch bei der Bewältigung von objektiver Hilflosigkeit in dieser Rolle. Allerdings sollten alle Berufsgruppen, die intensiv mit psychiatrischen Patienten arbeiten, in der Ausbildung oder in der Arbeitszeit solche Qualifikation auf Staatskosten erhalten können.

2. Soziale Ursachen von psychischen Störungen zu beseitigen kann nur das Ergebnis langfristiger sozialpolitischer Prozesse sein; gemeint ist beispielsweise die Schaffung menschengerechter sicherer Arbeitsplätze, die Kontrolle wirtschaftlichen Machtmißbrauchs, die Bekämpfung des Patriarchats und der Armut. Das sind zugleich gewerkschafts-

politische Ziele, für die sich jeder Helfer – z. B. in der ÖTV – einsetzen kann. Das Beispiel der „Demokratischen Psychiatrie“ in Italien könnte ebenfalls einen politischen Ausweg aus der Hilflosigkeit von Helfern zeigen (vgl. Zenker & Zenker 1979).

3. Etwas ausführlicher möchte ich hier nur die präventiven Möglichkeiten auf der betrieblichen Ebene ausführen:

- Verringerung der Arbeitsbelastung durch Verkürzung der Arbeitszeit, Verlängerung von Pausen und Urlaub, Verbesserung der Stellen-schlüssel.

- Einführung von Teambesprechungen zur gegenseitigen Unterstützung bei der Arbeit mit schwierigen Patienten. Das erfordert neutrale außenstehende Supervisoren und unbedingt

- einen Abbau der hierarchischen Beziehungen in den Einrichtungen. Ein Schritt in diese Richtung ist die paritätische Mitbestimmung am Arbeitsplatz und im Betrieb.

- Rotation der Beschäftigten, sodaß die Arbeitsaufgaben (akute oder chronische Patienten, stationäre oder ambulante Behandlung z. B.) sich abwechseln.

- Die Ideologie von der Selbstaufopferung der Therapeuten für die Patienten muß entschieden zurückgewiesen werden. Diese überhöhten Leitwerte verführen die Patienten zu passiven Riesenerwartungen, das Personal zu Allmachtsphantasien. Vielmehr sollten die Helfer durch Ausbildung und anschließende Supervision zu einem Engagement befähigt werden, das in der Regel im Rahmen der eigenen Dauerbelastbarkeit bleibt.

Der Hauptvorstand der ÖTV hat im Dezember 1978 in seinen Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus eindeutig erklärt: Eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung ist nur zu erreichen, wenn die Arbeitsbedingungen des Personals genau so ernst genommen werden wie die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten. Die Mitglieder helfender Berufe würden nur ihr selbstverständliches Recht fordern, wenn sie an die Zumutbarkeit ihrer Arbeitsbedingungen dieselben fortschrittlichen Maßstäbe anlegten, wie an die Behandlungsbedingungen ihrer Patienten.

## Literaturverzeichnis

- N. Belardi, B. Glinka: Die verzweifelte Omnipotenz. Sozialmagazin Juni 1979, S. 30–33.
- M. J. Colligan, M. J. Smith, J. J. Hurrell: Occupational Incidence Rates Of Mental Health Disorders. *Journal of Human Stress* 3, 1977, 34–39.
- C. Cooper, R. Payne (Eds.): *Stress at work*, Wiley, New York 1978.
- H. J. Freudenberger: Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, 1974, 159–65.

- M. Frese, S. Greif, N. Semmer (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie, Huber, Bern 1978.
- M. Gaujard: Pathologie psychiatrique du personnel hospitalier. Arch. Mal. Prof. 1973, 34/12, 710-711.
- Gutachten für die ÖTV-Berlin: „Belastung und Beanspruchung im Krankenhaus durch überlange Dienste und Schichtarbeit“, in Vorbereitung.
- Hauptvorstand der ÖTV: Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus, Stuttgart 1978.
- Ch. Maslach, S. E. Jackson: The Measurement of Experienced Burnout. Manuskript, Berkeley, Californien, o.J.
- Ch. Maslach: The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, Vol. 34, 1978, 111-124.
- A. Pines, Ch. Maslach: Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. Hospital & Community Psychiatry Vol. 29, 1978, 233-237.
- H. E. Richter: Flüchten oder Standhalten? Rowohlt, Hamburg 1976
- K. D. Rose, I. Rosow: Physicians Who Kill Themselves. Archives of general psychiatry, Vol 29, 1973, 00-805.
- W. Schmidbauer: Die hilflosen Helfer, Rowohlt, Hamburg 1977.
- G. E. Vaillant, N. C. Sobowale, Ch. McArthur: Some psychologic vulnerabilities of physicians. The New England Journal of Medicine Vol 287, 1972, 372-375.
- E. M. Waring: Psychiatric Illness in Physicians: A Review. Comprehensive Psychiatry Vol. 15, 1974, 519-530.
- Ch. und J. Zenker: Demokratische Psychiatrie in Italien – Alternative zur deutschen Sozialpsychiatrie? Argumente für eine soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband 30, Argument-Verlag, Berlin (West) 1979.

Hagen Kühn

## Privatisierungstendenzen im Krankenhaus

### 1. Zum Problem

Die wirtschaftliche und politische Situation der letzten Jahre förderte u. a. zwei Entwicklungen, die sich auf Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen förderlich auswirken: Zum einen entsteht gesamtwirtschaftlich ein Geldkapitalüberschuß aus realisierten Gewinnen. Dieser führt zu einem Verdrängungswettbewerb auf der Suche nach rentablen Anlagemöglichkeiten. Wie die Konkursstatistik zeigt, dringt dabei das große Kapital in traditionell „mittelständische“ Sektoren ein. Vom kleinen und mittleren Kapital geht daher wiederum ein verstärkter Druck auf die Privatisierung von – meist im kommunalen Bereich angesiedelten – öffentlichen Dienstleistungen aus.

Parallel dazu hat sich das politisch-soziale Kräfteverhältnis zugunsten jener Interessen verschoben, die auf einen Abbau der erreichten