

Da vicino nessuno é normale
Aus der Nähe ist keiner normal



In der Gemeinde. Mit der Gemeinde!

Ein praktisch-theoretisches Handbuch



0	
7	Vorwort
9	Einleitung
I	Subjekte? Ihre Geschichten müssen erzählt werden ...
19	Krise, die Einweisung ins Krankenhaus, unfreiwillige Behandlung. Die dunkle, eintönige Seite der Störung und der Benachteiligung
27	Eine berufliche Autobiographie
33	Das Omelett
37	Subjekte? Ihre Geschichten müssen erzählt werden
II	Zusammen arbeiten? Warum und wie ...
41	Warum Teamarbeit in der gemeindeorientierten Versorgung notwendig ist ...
51	Der Kreis der Verrückten
III	Handeln. Zusammen handeln. Selbstbeobachtungen.
57	Praxis und das Konzept von „Dem Schultern der Last“
61	„Pflege und/oder Heilung: Die Rolle der Dienste und der Professionellen“
71	Aus der Entfernung
IV	Die Rolle der Dienste und der MitarbeiterInnen. Die Suche.
79	Sie das Eine, ich das Andere
85	Was wäre, wenn es keine Zwangsbehandlung gäbe?
89	Ein Tag im Leben des Antonio Coslovich, Krankenpfleger im Zentrum für geistige Gesundheit
97	Der Weg ist noch lang und offen...
103	Nachwort
V	Anhang
107	Vergleich der psychiatrischen Versorgungssysteme in Trieste, Nord-Birmingham und Bremen
123	Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in England, Italien und Deutschland
135	Modelle und Theorien der Pflege
142	Impressum

0 Jörg Utschakowski Vorwort

(Die Beiträge der italienischen KollegInnen sind z.T. gekürzt. Die Originaltexte und das gesamte „Triestiner Experiment“ ist in dem Buch „Harmful to oneself and others: asylum practices and how to avoid them“ (Trieste 2004) dargestellt.

Ambulante, gemeindeorientierte psychiatrische Versorgung und ambulante, gemeindeorientierte psychiatrische Krankenpflege sind Bereiche, die in den vergangenen 30 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Sie werden in Europa vermehrt die Krankenhausversorgung ablösen. Dies erfordert immer mehr kreative praktische Lösungen, um den ehemals gesellschaftlich ausgegrenzten psychisch leidenden Menschen angemessene Angebote außerhalb von Anstalten bieten zu können. Das setzt eine intensive Auseinandersetzung mit der Bedeutung von seelischer Gesundheit in der Gemeinde und der angemessenen Qualifizierung für die Tätigkeit in der Gemeinde voraus.

Um diese Fragen zu klären, haben psychiatrische Fachkräfte und Psychiatrieerfahrene aus Birmingham, Bremen und Trieste im Rahmen eines EU-geförderten Leonardo da Vinci Pilot-Projektes drei Jahre zusammengearbeitet, um gemeinsam eine Weiterbildung für ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln.

Das vorliegende Buch zeigt einen Ausschnitt dieser trinationalen Kooperation. Im Hauptteil des Buches sind die Ergebnisse einer Forschung dargestellt, die die italienischen KollegInnen im Rahmen des Projektes durchgeführt haben. Ziel war es, ein Handbuch zu entwickeln, in dem praktische Erfahrungen der Gemeindearbeit zusammengetragen und extrahiert werden, um auf dieser Grundlage Indikatoren für eine Theorie der Gemeindepsychiatrie zu benennen.

Im zweiten Teil (Anhang) sind Informationen über die Versorgungssysteme in den drei Ländern und über die Grundlagen der psychiatrischen Pflege dargestellt.

Dies ist ein Handbuch für die Praxis. Eine Praxis zur Veränderung von Institutionen, eine Praxis außerhalb von Anstalten, eine Praxis in der Gemeinde. Gleichzeitig bieten die Texte aufgrund der sehr unterschiedlichen Sichtweisen hervorragendes Material für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gemeindepsychiatrie.

Bremen, Oktober 2004



Maurizio Costantino

Einleitung

Wir gehen von der Hypothese aus, dass jeder und jede in der Psychiatrie oder im Bereich geistige Gesundheit und ebenso im allgemeinen Gesundheitsbereich Arbeitende auf eine sehr persönliche, spezielle Art merkt, wenn ein Moment des gegenseitigen Verstehens, Erkennens entsteht oder wenn eine echte Begegnung mit einer anderen Person, mit dem Patienten stattfindet, wie klein sie auch immer sein mag. Aus dem gleichen Grunde merkt er, wenn diese Begegnung nicht stattfindet. Wir waren distanziert voneinander und bleiben distanziert zueinander.

An dieser Stelle brauchen wir nur darüber nachzudenken was passiert, wenn jemand denkt, dass er oder sie vielleicht zu einem Arzt gehen sollte. Nachdem ich zuvor eine Aspirin ausprobiert habe, Massage bekommen und mich mit den mir Nahestehendsten beraten habe, entscheide ich schließlich, einen Termin zu machen, in der Hoffnung, nicht nur herauszufinden, was mein Problem ist, sondern auch eine Medizin, eine Lösung zu bekommen. Außerdem hoffe ich, dass der Arzt

nicht nur freundlich und aufmerksam ist, sondern, dass er wahrhaft versteht, menschlich ist.

Sehr schnell soll die Distanz zwischen uns geringer werden, ich will, dass sie abnimmt:

Durch das Kennenlernen, durch professionelle Methoden und durch menschliche Präsenz. Ich brauche jemanden, der mir hilft!

Wenn es nur um ein Rezept geht oder darum, eine Krankschreibung für eine Woche zu erhalten, dann erhoffe ich mir vielleicht das Gegenteil: Ich hoffe, jemand gibt sie mir ohne große Umstände ...

Aber es gibt Situationen ... in denen ich unbedingt die Gegenwart eines Menschen brauche, jemanden der (mich) versteht.

Vor einiger Zeit habe ich meinen Vater für eine Woche zu verschiedenen Untersuchungen ins Krankenhaus begleitet. Ich bin schon oft dort gewesen, ich kenne die Ärzte. Die Diagnose war eindeutig und unzweifelhaft: Krebs. Ebenso die Prognose: noch ein paar Monate zu leben. Eine Ärztin bestand auf eine dauerhafte

Krankenhausbehandlung. Mein Vater, der insbesondere nach seiner Gefängniserfahrung im 2. Weltkrieg keine Form gemeinschaftlichen Schlafens ertragen konnte, war ebenso klar in seiner Ablehnung dieses Ansinnens. Er hatte dies bereits zuvor niedergeschrieben und liess es uns lesen. Es gab keine Möglichkeit die Situation zu verändern, der Schmerz konnte lediglich gemildert werden. Er akzeptierte diesen Umstand. Ich brachte ihn nach Hause.

Wie auch immer, ich konnte nicht anders, als noch einmal mit dem Oberarzt zu reden, mit dem ich während des Krankenhausaufenthaltes meines Vaters schon einmal gesprochen hatte. Ich wartete auf ihn in einem großen Raum mit vielen Türen, von denen eine seine war. Als er heraus kam, sah er mich. Ich stand auf. Wir gingen aufeinander zu und mit Worten, dem Klang seiner Stimme und seiner Art mich anzuschauen, half er mir zu verstehen.

In Situationen, in denen ich als Bürger ein Nutzer/Klient/Patient werde, und ich unbedingt einen Arzt, Lehrer, Richter, Hausmeister, Postbeamten oder Polizisten aufsuchen muss dann ... (hier kommt die zweite Hypothese) ...

Wer in der Psychiatrie, wer für seelische Gesundheit oder in der allgemeinen Gesundheitsversorgung arbeitet, weiß sehr genau, dass gegenseitiges Verstehen stattfindet, wenn eine Geste, ein Wort, wenn irgendetwas ausgetauscht wird, von dem beide Seiten profitieren.

Therapeutisches Handeln entsteht, ist präsent - vor allem anderen - in der Normalität des gegenseitigen Verstehens. Und manchmal müssen wir akzeptieren, nicht

zu wissen was zu tun ist und wie wir mit dem anderen in Kontakt kommen.

Wer in der Psychiatrie, wer für seelische Gesundheit oder in der allgemeinen Gesundheitsversorgung arbeitet, weiß, dass diese Momente der Begegnung - die mit Sicherheit subjektiv, aber gleichzeitig unmissverständlich sind - immer in Gefahr sind, in den regulierten Abläufen der Institution verloren zu gehen.

Denn die Institution ist oft nur daran interessiert, oder besser, ist nur daran interessiert, dass das Bett in x Sekunden gemacht ist, und dass der Patient in x Minuten gewaschen ist und nicht daran, was zwischen mir als Professionellem/Person /Bürger und dem /der Anderen als NutzerIn /Person /BürgerIn passiert. Auch weil Institutionen - die ja von uns geschaffene Objekte sind, um in einer Situation so zivilisiert wie möglich zusammenzuleben - die Macht haben zu entscheiden, dass die wichtigen Momente nur diejenigen sind, die sich an vorgeschriebenem Ort zu vorgeschriebener Zeit ereignen, unter Anwendung der vorgegebenen Methoden, organisiert und durchgeführt von ganz bestimmten Berufsgruppen und nur von ihnen allein.

Der Grund für das alles? Nun es gibt viele Gründe, starke Gründe, einige sind privater Natur, einige organisatorischer, der Hauptgrund ist jedoch Stabilität. Und je komplexer die Formen menschlichen Zusammenlebens sind, desto mehr wird Stabilität der Hauptfaktor.

Stabilität bedeutet eine Adresse, Telefonnummer, website, Öffnungszeiten, Verantwortlichkeit mit Respekt für und vor den NutzerInnen - und eine Hierarchie, die sich auf Verantwortung begründet. Stabilität/Verantwortung. Kurz

gesagt, dass alle Bürger wissen, dass eine Institution da ist, präzise vorhanden ist, dass sie das Recht haben (und manchmal die Pflicht), sich an sie zu wenden und dort zu finden, was sie nicht aus sich selbst heraus finden können.

Und wenn die Person dir gegenüber nicht bloß nicht in der Lage ist, etwas aus sich selbst heraus zu finden, sondern allein ist, dann - und dies ist die dritte Hypothese - kann kein professionell Handelnder, männlich oder weiblich, diese Situation allein bewältigen.

Und das begründet sich, wenn nicht auf andere Dinge, auf meine eigene Stabilität, die Tatsache, dass ich nur für eine bestimmte Anzahl an Stunden jeden Tag da bin, dass ich krank werde, dass ich in Urlaub fahre. Aber auch, und das ist wesentlich wichtiger, weil das, was ich mit dem/der NutzerIn teile, wie ich die Situation betrachte, wie ich sie beschreibe, nur eine Teilansicht ist.

Es ist nur wie ich sehe; es ist nur was ich sehe. Seltsamerweise ist das absolut wahr und nicht ganz wahr. In jeder Geschichte, in jeder Begegnung sehe ich nur was meine Augen, meine eigene Geschichte, meine Kultur, Religion, mein Geschlecht und Alter mir erlauben zu sehen.

Was ich wirklich habe, ist eine Hypothese von der Wahrheit, die für mich wahr ist !

Was ich nötig habe, ist, von zwei, drei oder mehr Blickwinkeln auszugehen. Ich brauche weitere Hypothesen, die wahr sind. Ich brauche ein Team!

Das ist es, warum wir uns mit anderen in der Kaffeepause unterhalten, auf Korridoren oder während wir zu irgendjemand fahren.

Für Institutionen, innerhalb von Institutionen bildet dies die gerade noch tolerierten Hintergrundgeräusche.

Ein zurückhaltendes und kontrolliertes Geplapper, das gewöhnlich mit dem Verdacht verbunden ist, dass hier ein Mangel an Professionalität besteht.

Die Personen, die dafür bestimmt sind, die wahren Informationen auszutauschen und die Orte, an denen dies stattfindet, sind anderswo, sind eindeutig etwas anderes. Sie erklären sich selbst zu den einzigen Inhabern der wahren Interpretation des „Anderen“.

Aber therapeutisch wirksame Zeiten und Orte können nicht (so rigide) definiert werden. Sie erscheinen mit der Kraft der Realität überall und zu jeder Zeit: mit der Möglichkeit für eine Begegnung.

Beispiel. In einer Tagesklinik 1988

Europa. Eine Küstenstadt, ein berühmter und sehr exklusiver Badeort, mit Casinos, Rennbahnen, Dünen, Literatursalons und Atmosphäre.

Die Bürgermeister dieser Stadt haben immer deutlich gemacht, dass in den Strassen Störungen unerwünscht sind.

Der Tagesklinik- Pavillon auf dem Gelände des Allgemeinkrankenhauses mit einem prächtigen, verglasten Aufenthaltsraum mit Blick auf die Grünanlage. Die Küche ist extrem gut ausgestattet und einmal in der Woche können die NutzerInnen auch kochen. Zusätzlich gibt es eine Tischlerwerkstatt, die hervorragend für Arbeitstherapie ausgestattet ist. Alles ist hell und sehr gepflegt. Die MitarbeiterInnen, jung und alles andere als unflexibel, beklagen sich, dass, trotz aller Bemühungen, die NutzerInnen kaum an den „Aktivitäten“ teilnehmen.

Am Ende des Mittagessens für die PatientInnen, das Team und eine Abordnung der Leitung vom Chefarzt gefragt, was er über die Tagesklinik denkt, in der er aufgenommen ist, unterbricht Herr A. das Auf- und Ablaufen im Raum und antwortet folgendermaßen:

„Nun ich komme um 9.00 Uhr an (wie in den Regelungen vereinbart, die es der Tagesklinik ermöglichen für den Aufenthalt des Patienten abzurechnen), ich esse und um 5.00 Uhr nachmittags (s.o.) bin ich frei.“

Die öffentliche Unterhaltung mit Herrn A. endet hier, und auch für die MitarbeiterInnen und die Leitung geht alles weiter wie bisher.

Einer könnte fragen: „Frei ? Um was zu tun?“

Möglicherweise sollte jemand diese Frage stellen. Nun, lasst uns fragen!

Frei, wie mir eine Krankenpflegerin nach dem Essen und einem Treffen erzählt, um zurück in sein Kabuff unter dem Dach zu gehen und mit seinen Freunden zu trinken. Gemäßigt, wie auch immer so, dass er fast immer pünktlich da ist, wenn die Tagesklinik morgens öffnet. Und so, dass er in der Lage ist, sich allein zu bewegen und in Kontakt zu gehen und sein Leben zwischen 5.00 Uhr nachmittags und 9.00 Uhr am nächsten Morgen in den Griff zu bekommen.

Bei „Bedarf“ kommt es zu einer vollstationären Unterbringung im 70 Kilometer entfernten psychiatrischen Krankenhaus, wo anderes Personal versucht, ihn vom Trinken zu heilen, um dann wieder in die Tagesklinik zurückzukehren ... wo das Personal nicht in der Lage ist, irgendeine Beschäftigung zu finden, die ihn interessiert.

Diese dritte Hypothese strukturiert sich selbst eher im Zusammenhang. Deshalb muss ich nicht nur fortfahren, über „Arbeit zu plaudern“, sondern auch über einen Weg, sich mit anderen KollegInnen zu begegnen - mit allen, mit den unterschiedlichsten Qualifikationen - so dass das, was wir an Wichtigem miteinander erleben, Gegenstand für Vergleiche werden kann, für die Entdeckung anderer Visionen und Sichtweisen. Begegnungen in denen unsere Erfahrungen und unser jeweiliges Fachwissen und unsere Kompetenzen sich systematisch gegenseitig befruchten, zufällig anstoßen und voneinander abprallen, beeinflussen und verändern und bereichern in unendlicher Vielfalt.... Was ich nicht brauche, ist ein „multidisziplinäres“ Team, in dem jede Person in ihrer eigenen professionellen Sprache spricht, als ob der/ die andere besser definiert wäre durch die Summe von psychiatrischen, psychologischen und soziologischen Definitionen. Definitionen, die niemals jemanden berühren, sondern Individuen in den Kategorien des professionellen Wissens erstarren lassen.

Was ich brauche, ist ein Team, ich muss Teil eines Teams sein. Genauso wie im Sport, wo letztendlich der Unterschied zwischen zwei Fußballteams, die technisch mehr oder weniger gleich gut sind, darin zu finden ist, wie sie als Team zusammenspielen, so dass die Fähigkeiten jedes einzelnen Spielers geradezu untrennbar mit denen der anderen Spieler verbunden sind. Sie sind untrennbar miteinander verbunden und der Ball landet ein paar Meter vor dem Stürmer, wo der Mittelfeldspieler ihn hingepasst hat, ganz spontan, mit einem halben Rückwärtssalto, wobei er intuitiv wusste, wo der

Stürmer sein würde und ihn gleichzeitig dahin lenkte, wo er sein müsste, um ein Tor zu schießen!

Oder ein Streichquartett. Oder eine Jazz-Band. Wo sich die Musiker mit jedem Stück gegenseitig mehr beflügeln. Und dabei etwas Neues schaffen.

Individuelle Mitglieder, die unweigerlich irgendwann aneinander geraten werden und sich trennen. Es gibt immer jemanden mit dem Ball am Fuß, der schreit „meiner, meiner, meiner“ und so konzentriert darauf ist, den Ball für sich zu behalten, dass er, ohne es zu merken, in die Arme der Verteidiger läuft... Wie einmal eine Frau sagte: „Wir sind alle wie Zombies, wir wollen alle der Überlegene sein.“

Und dann sind da die „Unparteiischen“. All die, die daran interessiert sind, dass die Unternehmung ein gutes Ende nimmt. Wir müssen nach ihnen Ausschau halten, sie finden, sie willkommen heißen, mit ihnen zusammensein. Wir müssen dafür sorgen, dass sie uns akzeptieren, und wir müssen ihnen zeigen, praktisch zeigen, dass wir sie nicht allein lassen. Die „anderen“, die Nachbarn, die Familien, Freunde und Feinde, die falschen Freunde und Konkurrenten, die Kirchenpriester, ein alter Grundschullehrer und der Richter, die Polizei, der Hausarzt, Bürgermeister, Kollegen, Ladenbesitzer und Händler.

Wir haben noch eine Reihe weiterer Hypothesen. Jetzt wollen wir sie nicht darstellen, denn dies hier ist nur die Einleitung für reale, fühlbare Erfahrungen, sowohl persönliche als auch gemeinsame, und die Einleitung zu den Reflexionen über das, was wir hauptsächlich tun.

Wir haben gelernt, was die Praxis in Anstalten ist und insbesondere was die organisatorischen Grundlagen sind, die diese Praxis unterstützen. Wir haben auch gelernt, dass Dinge ganz anders gemacht werden können, wenn wir bestimmte Bedingungen haben, aber die, um es noch einmal zu sagen, haben in erster Linie mit der Organisation von Arbeit zu tun. Wir, jeder von uns kann dazu beitragen, sie herzustellen.

Die Anstalt und die Wissenschaft, die sie hervorgebracht und gefördert hat, als das einzige oder wesentliche therapeutische Instrument der Psychiatrie, sind in der Krise – überall auf der Welt. Seit mehr als 25 Jahren garantiert ein Gesetz in Italien den Tod der Anstalt, zumindest bis jetzt.

Nicht tot sind allerdings: bestimmte anstaltsartige Institutionen und Verhaltensweisen, Angst, Macht und alte, unnütze und schädliche Interpretationen von Rollen. Ein neues Paradigma entwickelt sich von selbst. Und noch einmal – es scheint keine Alternative zu geben – Stabilität behält die Oberhand über Flexibilität und Transparenz der Institution.

Wie auch immer, immer wenn ich einen Hausbesuch oder ein Bett mache, kann ich mich selbst dabei entdecken, wie ich eine Extraminute mit dem Gegenüber, mit der anderen Person verbringe.

Jeder kann in diesem Moment wahrnehmen, dass er nicht nur das tut, was natürlich und richtig für ein tieferes menschliches Verständnis ist, sondern etwas mehr: Er erweckt die Institution zum Leben. Er stellt etwas her was, möglicherweise wirksam wird. Er übt nicht nur seine Pflicht aus, da zu sein, sondern auch sein Recht,

da zu sein. In diesem Moment ist er gleichzeitig autonom und verantwortlich. Dabei entsteht Wissen: Material für eine mögliche Veränderung.

Antonio Coslovich, Pfleger in einem Zentrum für geistige Gesundheit vertritt uns hier.

Er arbeitet und kennt den Zusammenhang in dem er arbeitet sehr gut (sehen Sie seine Aufzeichnungen).

Er spricht von Trieste. Was er sagt, ist ebenso wahr für eine ganze Gruppe von psycho-sozialen Rehabilitationsarbeitern, Pflegekräften und Sozialarbeitern, wie auch für Ärzte, Schriftsteller und auch für einen Psychologen, die alle einen Forschungsprozess im Rahmen des Europäischen Leonardo Projektes gemeinsam mit den Freunden und Kollegen aus Bremen und Birmingham durchgeführt oder unterstützt haben.

Über Trieste zu sprechen, ist eine große Verantwortung. Es bedeutet für alle, die uns nicht kennen, über neue und praktizierbare Formen des menschlichen Zusammenlebens, die Organisation unserer Dienste und ein neues Bewusstsein von der Auslegung unserer Rollen als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Diensten zu sprechen. Es bedeutet, über eine Stadt zu sprechen, die seit nahezu 30 Jahren ohne Anstalt und ohne ihre häufigsten Begleiterscheinungen (Zwangmaßnahmen, Schocktherapie, Zellen, Rechtlosigkeit, Schlösser und Schlüssel...) lebt. Und das, nachdem ihre Anstalt zwischen 1904-1974 tausende Menschen verschlungen hat, um sie vom Leben abzuschneiden und das Leben von ihnen. Tausende.

Über Trieste zu sprechen, bedeutet, dass du dich nur selbst zum Narren machst, wenn du Unsinn erzählst.

Darum, mit Respekt vor der weltweiten Verbreitung dieser Arbeit, haben wir eine Methode entwickelt, mit der alle, die an diesem Projekt mitgearbeitet haben sich sowohl als Bürger als auch als Professionelle in diesem Buch zur Verfügung stellen, mit dem was sie tun und was sie verstehen von dem was sie tun.

Das ist unsere Wahl im Feld der Wissenschaft. Es gibt zwei Typen von Phänomenen auf der Welt: solche mit einer begrenzten und begrenzbaren Anzahl von Faktoren, von Elementen, die unter bestimmten Bedingungen aufeinander bezogen sind, gemäß bestimmten Gesetzen der Mathematik. Geschwindigkeit entspricht Entfernung geteilt durch Zeit. Und dann gibt es Phänomene, in denen die Elemente nicht begrenzt werden können, für die kein Gesetz aufgestellt werden kann und Zufall und Wahrscheinlichkeit sich ausgleichen. Die Position eines Elektrons z.B. und die Geschwindigkeit mit der es sich bewegt. Bei diesen Phänomenen bleibt mir nichts anderes übrig, wenn ich wissen möchte, wohin das Elektron sich bewegt, als hinzugehen und nachzusehen und dabei ganz genau zu wissen, dass nachzusehen bedeutet, seine Position und seine Geschwindigkeit zu verändern.

Menschliche Bewegung scheint besser in diese zweite Kategorie von Phänomenen zu passen. Wenn man sie studieren möchte, muss man an ihr teilhaben, wohl wissend und wahrnehmend, dass allein sie zu beobachten Veränderung schafft. Anstatt nach einem gemeingültigen Gesetz zu suchen, ist es nötig zu forschen und eine Hypothese zu riskieren über die Position und die Richtung der Beteiligten.

Damit haben wir uns auch schon für eine Methode entschieden. Wir müssen uns anschauen, was Menschen in Institutionen tun. Jede Handlung offenbart auch ihre Position und ihre Zielrichtung. Jede Handlung offenbart die getroffene Wahl, die Entscheidung wie man seine Macht benutzt, welches Wissen hinter den Handlungen steckt und wie man sich damit auseinandersetzt. Du selbst, bewusst oder nicht, auch wenn du nur beobachtest, bist Teil davon, du bist ein Teil des Phänomens!

Daher haben wir Menschen, die in den letzten 30 Jahren am Leben der Institutionen beteiligt waren und immer noch beteiligt sind, gefragt, was sie getan haben, um die Institution zu verändern und welche Erfahrungen ihnen davon besonders im Gedächtnis geblieben sind. Wir haben sie gebeten, uns ihr praktisches Wissen zu vermitteln und ihr Verständnis davon, wie man aus Erfahrung lernt und, unvermeidbar, haben sie auch ihre Gefühle, Spannungen und ihre Subjektivität vermittelt.

Eine letzte grundlegende Überlegung: meine professionelle Rolle ist vorgegeben, definiert (wie es schon seit Jahren und Jahrhunderten der Fall ist) durch Auswahlverfahren, die ich erfolgreich bestehen musste, um diese Rolle einnehmen zu können. Aber die Welt, die Institution, all diejenigen, die sie nutzen und die in ihr arbeiten, ich selbst, wir müssen lernen, dass ich das Recht und die Pflicht habe, meine Rolle meinen Sichtweisen und meinem Kontext entsprechend zu interpretieren.

Entweder man interpretiert seine Rolle persönlich (mit dem Risiko dabei ertappt zu werden) oder man re-

produziert einfach die normierte Erwartung an die Rolle (das ist mit keinem Risiko verbunden). Aber was wir in unserem Leben brauchen ist Risiko.

In jedem Fall habe ich das Recht und die Pflicht zu wissen wo ich stehe: welche Werte, Gesetze, welcher Organisationsrahmen mich in meiner Arbeit leiten, mir erlauben zu handeln, mich fördern oder behindern.

Ich habe das Bedürfnis, das Recht, die Pflicht drei sehr banale Fragen aufzuwerfen:

Was mache ich hier ?

Was machen wir hier ?

Was machen die hier ?

Und um auf diese Fragen zu antworten - die sich auch wieder auf die Frage nach Position und Ausrichtung der Elemente richten - ich habe eine vorrangige Verpflichtung: Beteiligung. Oder besser, das Bewusstsein, dass ich in jedem Fall durch meine Handlungen beteiligt bin. Es gibt noch eine weitere Verpflichtung: die Reaktionen mitzuteilen, die ich/wir/sie in den gemeinsamen Erlebnissen wahrnehmen. Und die vielleicht neuen Fragen, die sich daraus ergeben.

Das ist also das Buch, das Sie in den Händen halten.

„Der psychiatrisch Tätige von heute scheint plötzlich entdeckt zu haben, dass der erste Schritt zur Heilung eines Patienten ist, zu der Freiheit zurückzukehren, die der psychiatrisch Tätige selbst ihm genommen hat.

Der Verlust der eigenen Pläne, der Verlust der Zukunft, permanent in Gewalt von anderen zu sein, ohne den geringsten eigenen Einfluss und den ganzen Tag nach einem Rhythmus abzustimmen, der allein von organisatorischen Anforderungen bestimmt ist - die, wie

sie nun einmal sind – individuellen oder besonderen Erfordernissen nicht Rechnung tragen können: das ist Institutionalisierung, so offenbart sich das Leben in der Anstalt. Das ist, wie auch immer, der Rhythmus auf den sich die Gesellschaft gründet. Der Patient – entfremdet vom Leben, leidend an dem Verlust von Beziehungen zu anderen und zu sich selbst – endet in der Welt der Psychiatrie. Statt sich von den Belastungen befreien zu können, seine eigene persönliche Welt wieder aufbauen zu können, findet er neue Regeln, neue Strukturen, die dazu beitragen, dass er sich noch mehr verliert und er mehr und mehr zum Objekt gemacht wird, bis er sich selbst damit identifiziert.

(...) Es ist wahr, dass die Entdeckung der Freiheit das Naheliegendste war, was die Psychiatrie finden konnte. So naheliegend, dass keine Diskussionen oder Probleme aufkommen sollten. Aber erfahrungsgemäß ist das Naheliegende immer die schwierigste Sache, der man gegenübersteht, denn es bringt einen in eine Situation, in der man ohne Schutz mit seinen eigenen grundlegenden Problemen konfrontiert ist.

(...) Aber die naheliegende Entdeckung der Freiheit, die die Psychiater gemacht zu haben scheinen, setzt voraus, dass sie die Notwendigkeit der eigenen Freiheit erkennen. Dies bedeutet die Überwindung einer objektivierenden Beziehung mit dem Patienten, in dem er nicht länger als isoliertes Objekt von Studien und Analysen in einer entfremdeten Beziehung des Sklaven zu seinem Herren betrachtet wird, in der der Patient sich selbst überlassen bleibt, sondern als ein Subjekt, in dem er ihre eigene Subjektivität und Freiheit anerkennen.“

Dies sind Auszüge eines Textes von Franco Basaglia, den er 1964 in London auf dem 1. Weltkongress für soziale Psychiatrie vorgetragen hat: „The Destruction of the Mental Hospital as a Place of Institutionalisation. Thoughts caused by personal experience with the open door system - Mortification and freedom in closed spaces -“. Wir müssen nur das Wort „Psychiater“ mit „psychiatrisch Tätige(r)“ ersetzen, um die Kühnheit des Gedankens offen zu legen.

Ich kann nicht für die Freiheit eines anderen sorgen, wenn ich nicht Sorge für meine eigene trage!

Eine Institution zu öffnen, bedeutet, den eigenen Geist zu öffnen, erklärt, argumentiert, empfiehlt Basaglia in zwei Sitzungen/Gesprächen 1979 mit triestiner Krankenpflegekräften. Den Geist und Türen öffnen. Die Institution zu öffnen ist hartnäckiges, akribisches, geduldiges und ungeduldiges Handeln, die Praktizierung von Freiheit und Verantwortung.

In erster Linie die Freiheit und Verantwortung der psychiatrisch Tätigen. Und je mehr sie sie praktizieren, je mehr wir sie praktizieren – zusammen – desto mehr verändert sich die Institution selbst, in ihrer Beziehung zur Gemeinde, zu dem Kontext, den Menschen, den Gemeindemitgliedern und zur Welt, für die die Institution errichtet (institutionalisiert) wurde und sich fortwährend selbst errichtet.

Poggibonsi , August 2004, (dank Cristina)

Subjekte?
Ihre Geschichten müssen erzählt werden ...



Antonio Catania

Krise, die Einweisung ins Krankenhaus, unfreiwillige Behandlung Die dunkle, eintönige Seite der Störung und der Benachteiligung

1. Was ich hier aufgeschrieben habe, ist durch meine Erfahrungen inspiriert. Aber ich werde mich bemühen, nicht autobiographisch zu schreiben. Stattdessen möchte ich einige Überlegungen anstellen, die vielleicht von allgemeinem Nutzen sein könnten. Praktische Gedanken, die vielleicht beim Verstehen und Handeln helfen könnten. Es ist ein Versuch, die frustrierende Dichotomie zwischen Verstehen und Handeln zu überwinden: ein gedanklicher Prozess, der zugleich eine Handlung ist. Es ist sowohl von Vorteil als auch von Nachteil, dass dieser Text nicht von einem Experten geschrieben wurde. Ein bisschen Rhetorik und eine starke Prise Logik und gesunder Menschenverstand, aber mit dem Risiko, nicht immer konsequent oder systematisch zu sein.

Diese Gedanken sind beeinflusst von der Diagnose (oder Stigmatisierung) des Autors, einer bipolaren Störung (Psychose?) mit depressiven Zyklen, gefolgt von manischen Zuständen. Eine weitere Rolle spielen die Beziehungen zu Menschen mit denselben psychischen Leiden, allerdings mit anderen Aspekten. Diese Gedanken sind auch verbunden mit

einem sturen Gedächtnis, mit einem beständigen roten Faden und einem beinahe immer klaren Geist.

2. Der Schmerz und die psychische Störung bilden den Kern der psychiatrischen Erfahrung, aber sie sind nicht das Wesentliche. Das Wesentliche ist das sozial und kulturell unakzeptable Verhalten. „Sozial“ bedeutet in erster Linie jene soziale Einheit, die den Grundstein aller sozialer Strukturen bildet: die Familie (da aber jedes Verhalten ein Ausdruck von Beziehung ist, bildet bereits die Unverträglichkeit zweier Individuen an sich eine soziale und kulturelle Tatsache).

Schmerz ist ein Teil des menschlichen Lebens und er wird zu einer psychiatrischen Störung, wenn die Schmerzgrenze überschritten wird (wie sie für jedes individuelle Leben definiert sein mag), eine Krise beginnt, ein Moment, in dem das Selbst nicht reguliert oder beherrscht werden kann. Ich möchte mich hier nicht auf die Ursachen von Krisen konzentrieren. Mich interessieren viel mehr die Formen der Krisen, vor allem: Selbstmord.

Genauso wie Mord den Grundstein im Strafkodex bildet, bildet auch der Selbstmord (oder der versuchte Selbstmord) die Basis der Psychiatrie (mehrheitlich). Es gibt viele Arten zu sterben - nicht immer durch Gewalt. Die Depression ist zum Beispiel eine Ablehnung des Lebens in Beziehungen, wie es vor der Krise existierte. Sie ist eine Metapher für den Selbstmord und geht ihm häufig voraus. Das Bröckeln der Werte und die Unfähigkeit des Leidenden, im Leben zurechtzukommen, wird zum Gegenstand des Leidens. Das Gefühl des Scheiterns und die von der Krise verursachte Enttäuschung werden als Mängel angesehen, als ein persönliches Scheitern. Diese Krise ist sehr oft die Krise der Person, die Krise seiner Selbstachtung (das, was sozial als Selbstachtung definiert wird) oder der persönlichen Selbststeuerungsfähigkeiten.

Aber es gibt auch eine andere Betrachtungsweise, die ich, um genau zu sein, als die 'irrgläubige' Betrachtungsweise bezeichne. Wie das Wort andeutet, bezeichnet der Irrglaube eine Abweichung von den sozial akzeptierten Verhaltensformen. Es ist die heroische Erlösung des Selbstmords. Ein Held, der plötzlich seine eigene Angst vergisst, aber in jedem Moment einer großen Gefahr gegenübersteht. Ein Held, der von falschen Siegen zehrt. Ein Held, der Enttäuschung, Scheitern und Terror vergisst, um einen Weg zu finden, durch den er seine Energien vermehren und auf jedes Ziel richten kann - und gleichzeitig ist er auch ziellos, wahllos, ehrgeizig und sinnlos zugleich.

Die Krise ist die Zeit der Wegkreuzungen. Es kann eine depressive Phase oder eine Phase der Zwangsvorstel-

lungen vorausgehen. Aber diese unvermeidliche Sprache zu akzeptieren und die Kategorien, auf die sie sich bezieht, wie auch ihre Dichotomie bedeutet, auch die vorab definierte Logik zu akzeptieren, die ein Ende vorwegnimmt und jeden anderen Ausgang verhindert.

Der Moment der Krise ist entscheidend. Denn sie eröffnet ein Feld jenseits des Wissens. Ein Feld der Verwirrung und Machtlosigkeit, auf dem die Person zugleich Opfer und Subjekt ihrer Umgebung ist. Ein kausaler Teufelskreis wird aktiviert, in dem die Verantwortung verloren und versteckt wird. Nur wenn die Krise als die Eröffnung einer fruchtbaren Ungewissheit verstanden wird und nicht als der Beginn einer eindeutigen Reihe von Symptomen, die unweigerlich zu der Einweisung ins Krankenhaus führen; nur dann können wir die Krise als ein Moment der Freiheit und Möglichkeiten akzeptieren, theoretisch als ein neues Element der Unterschiedlichkeit, als ein Gesundheitsproblem, nicht als der typische Ausdruck des Verrücktseins.

Aber die Krise, mit Ungewissheit gleichgesetzt, impliziert Ärger und Angst; es ist dann viel einfacher, sie mit Routine anzugehen, sowohl für die, die sie behandeln als auch für die Behandelten. Passivität und Faulheit, sowie das mangelnde Vorstellungsvermögen spielen eine konservative Rolle „zum Vorteil“ der Störung.

3. Heute wird die Unterbringung nach Zeit definiert und eingegrenzt; es ist noch immer das Erbe der Zwangseinweisung. Anders als in ‚normalen‘ Beziehungen gibt es in dieser Situation keine Möglichkeit zur Verhandlung, sie ist schon per Definition ausgeschlossen.

Restriktionen und Freiheitsentzug (darauf kommt es an) sind die Reaktionen von den Menschen, die nicht über Freiheit nachdenken (oder die Freiheit nicht aushalten können). Nicht mal die Schwierigkeit eine Diagnose festzustellen, kann als Argument gelten. Die Interaktion mit dem „geschlossenen System“ des Krankenhauses (andere Patienten, das Personal, die Struktur) verändert den geistigen Zustand des Patienten radikal. Der Patient findet sich in einer Umwelt wieder, wo sein Kontext, seine Realität auf eine sehr künstliche und erschreckende Art entzogen werden.

Die Einweisung bedeutet Trauma, auch dann, wenn sie – wie häufig – von den Patienten selbst beantragt wird. Die erste Einweisung ist die traumatischste und kann sich auf das gesamte Leben gravierend auswirken. Sie ist ein tiefer Riss in der Erfahrung und in der Existenz, wie ein Abgrund teilt sie das Leben entzwei. Kein vorhergehendes Erlebnis kann einen Menschen auf diesen Entzug von Raum, Zeit und Sinn vorbereiten. Der Raum wird fast absurd eingegrenzt. Mehr als überall sonst wird das erzwungene Zusammenleben, das zuerst in der Schule und im Militärdienst erlebt wird, zu einer deprimierenden Erfahrung – auch wenn es irgendwie aufregend sein kann. Das Individuum wird in ein bedeutungsloses, kleines Universum hinein projiziert, wo schweigende Gespenster wüten und sich umeinander winden: schrille Schreie, dreckige Körper, gewalttätige Ausbrüche, an Betten gebundene Arme. Von einer in sich gekehrten Stille zu einer rasenden, verzweifelten Bewegung wird das Individuum in ein sich verschärfendes Chaos hineingeführt, wobei die Tatsache,

dass diese Erlebnisse unter dem Einfluss von Beruhigungsmitteln erlebt werden, sie nicht weniger grotesk oder tragisch macht.

Eine totale Abhängigkeit den Pflegern gegenüber tritt ein. Sie sind die einzigen Menschen, die eine Bedeutung haben, denn sie kommen von der Außenwelt und kehren auch dorthin zurück. Sie regeln alles: Geld, Zigaretten, Essen, Schlaf, Putzen, Medikamente und ihre Gesellschaft – ein Privileg. Davor gibt es noch ein subtiles und kompliziertes Netzwerk der Verbrüderung und der Hierarchie, eine Art der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen den Patienten.

Die Zeit dehnt sich aus und alles ist gezeichnet von der unüberwindlichen Grenze der Tür zur Außenwelt, wo Wille und Gewalt aufeinanderprallen. Durch diese Tür zu gehen, zu einer Messe oder in eine Bar, wird zu dem alle gute Absichten vereinenden Ziel. Ein oft frustrierendes Ziel, denn die Logik des Krankenhauses ist fast unverständlich für jene Menschen, die sich in diesem unbekanntem und ungewöhnlichen Territorium verlaufen, dort wo es nötig ist, die physischen und psychischen Karten neu zeichnen, werden die Fluchtrouten und die Ausgänge ständig durcheinander gebracht. Raus zu kommen, wird zum einzigen Gedanken. Die Individuen vergessen die Gründe für ihre Einweisung, sowie die damit verbundenen Geschehnisse in einem Wirrwarr von Fäden, die man unmöglich wieder entwirren kann.

Die geschlossene Tür und die verbundenen Arme scheinen unvermeidlich und absolut in diesem Kontext. Aber sie könnten vielleicht auch abgeschafft wer-

den und durch eine wirksame therapeutische Vereinbarung ersetzt werden, basierend auf einer freiwilligen Einweisung und Freizügigkeit während des Krankenhausaufenthalts. Flexible Unterbringung unter der Bedingung, dass der Patient sich nicht gezwungen fühlt (es verschlimmert nur alles und verändert seinen Zustand) und über seine Spaziergänge und die Zeit an der frische Luft 'verhandeln' kann, mit Unterhaltungsmöglichkeiten, auf den Stationen (Freizeit, Kurse, Schauspielnächte, Kino etc.) und alles, was das Gefühl der „Einkerkerung“ unterbinden könnte.

Das Szenario nach dem Prinzip des "der außer Kontrolle geratene Wahnsinnige muss eingesperrt werden" muss unbedingt vermieden werden, weil dies nur seinen Zustand zuspitzen würde. Ein paar einfache Dinge reichen schon aus: wie zum Beispiel die Gelegenheit, Zigaretten oder Kaffee kaufen gehen zu können. Die Station ist nur für ernsthafte soziale Notfälle da. Die Patienten sind nicht wegen der besonderen Wirksamkeit da, oder für den Seelenfrieden des Personals.

4. Die medikamentöse Behandlung ist das letzte Mittel zur Begegnung einer Krise. Betrachten wir mal das Krankenhaus. Schon nach den ersten Momenten gibt es ein Etikett. Ein Erstgespräch und vielleicht auch das Ausfüllen eines Formulars reichen, um den Patient in einer Kategorie unterzubringen. Zu diesem Zeitpunkt werden die Einlieferungsmedikamente auch schon verabreicht. Keine Frage. Und die Patienten wissen nichts von diesen Medikamenten, müssen sie aber ohne Widerspruch einnehmen. Auf der Station schneidet das Skalpell tief in die Psyche

hinein. Die Persönlichkeit wird in die Diagnose verlagert, alles, was der Patient tun kann, ist Widerstand leisten, sich winden, krabbeln und heulen (wörtlich), aber eins ist sicher: der eingewiesene Patient hat keine Chance, dies durchzustehen. Wenn er raus kommt muss er 'anders' sein, akzeptabel. Wenn die Medikamente nicht greifen, stehen die Gurte bereit. Die Anwendung von Zwangsmitteln, die Erniedrigung wird zum Bezugspunkt für die innere und äußere Wut, zum Ausgangspunkt.

Ich würde auch gern die Menschen berücksichtigen, die an die Grenze des Verstehens und der Toleranz stoßen und ihre Position einnehmen. Die Position des Familienangehörigen, der vielleicht alleine und schwach dasteht, ohne die Mittel und die physische und psychologische Stärke, um diese Reisen in die Zwangsvorstellungen und die Depressionen zu unterstützen. Die Position des Therapeuten, der vielleicht sogar die Mittel besitzt (der vielleicht zu viel in den Augen seines Patienten liest und vielleicht deshalb nicht verstehen kann, was vor sich geht, wenn er seine beruhigenden Maßnahmen nicht einsetzt). In die Position des Pflegers und des Krankenhauspersonals, die ein Stück vom Leben des Patienten mitbekommen, manchmal überschreiten sie die Grenzen des Niemandslandes, der psychischen Störung. In die Position der Freunde, die immer wieder versuchen, dem irrsinnigen Weg des Patienten zu folgen, aber fast immer nach den ersten Enttäuschungen und Illusionen aufgeben. Ich weiß, dass ich besser in diese Rolle schlüpfen kann als viele Menschen. Aber dieses eine Mal, zum ersten Mal, werde ich es nicht tun. Ich werde auf meiner Seite bleiben. An diesem dunklen, eintönigen

Ort, bei der Unordnung und Benachteiligung. Ich werde mir selbst eine Stimme geben. Die auf der anderen Seite haben niemals ihre Stimme oder das Licht verloren (ich fühle mich unwohl, wenn ich so rede. Arrogant. Ich möchte keine auf den Schmerz basierende Unterscheidung zwischen euch und uns machen, es geht lediglich um die totale Vermittlung dieses Zustandes).

Wie immer hat das alles mit Demokratie und Machtbeziehungen zu tun. Es ist die richtige Anwendung der Macht des Wissens von den Menschen, die das Spiel kontrollieren (nur das es kein Spiel ist). Jene Menschen, die die Werkzeuge/Instrumente besitzen, die die Stärke besitzen, um sie anzuwenden und die juristische und wissenschaftliche Beweggründe haben, um das zu tun. Jene, die manchmal vergessen, dass dem Patienten eine relative Würde gebührt und dass er als Bürger auch Rechte besitzt. Dass der Patient 'gleich' ist und nicht 'weniger', nur weil er leidet. Geistige Störungen hindern nicht den Willen, wie so oft angenommen wird. Der Wille des Patienten ist eine Ressource, er muss anerkannt werden, aufgesucht, respektiert werden. Dies ist eine Voraussetzung, selbst dann, wenn die Beeinträchtigungen und Nachteile enorm sind. Das Spielfeld ist nicht nur der Respekt vor der Menschenwürde, denn dies ist ein grundlegender Faktor. Es ist nicht genug, über die Menschenwürde und Respekt zu reden, auch Garantien und Bürgen werden benötigt; eindeutige Regeln und Menschen – vielleicht ausgesucht 'unter den' oder 'durch die' Patienten oder Mitarbeitern – mit der spezifischen Aufgabe sicherzustellen, dass die Patienten und nicht das Personal im Mittelpunkt stehen. Die Gestörten und die Benachteilig-

ten brauchen uneingeschränkte Unterstützung: gegen ihre Familien und gegen die Umgebung.

5. Zu diesem Zeitpunkt muss der Krise ihr Reiz entzogen werden. Weil sie auf der Kategorie der geistigen Störung basiert, muss der Mythos zerbröckeln. So unvorhersehbar wie es erscheint, die Krise kündigt sich immer an. Es gibt eine Vorbereitung und sie entsteht bereits im Ausklang der vorhergehenden Krise. Die Krise ist immer eine Krise der Werte, Bezugspunkte, des Denkvermögens und der emotionalen Kontrolle (Angst). Das Individuum weiß nicht mehr, wie diese Dinge in seinem Leben einzuordnen sind. Krise bedeutet nicht nur Unterbringung. Die medikamentöse Behandlung, mit all ihren zerstörerischen Auswirkungen ist die Hauptherangehensweise. Aus einem Vulkan wird ein Schatten, ein Geist, ein Roboter. Medikamente machen ein anderes Selbst (eines, das der Patient sogar wollen könnte). Ein Selbst, das das gegenwärtige Ich ersetzen möchte. Es ist ein Versprechen (der Genesung) und eine Bedrohung (der Veränderung). Medikamente sind ein Unterschlupf, für die Familie eine Beruhigung, für die Patienten ein Dämon. Die Nebenwirkungen können verwirrend oder vernichtend sein. Auch langfristig.

Krankenhauseinweisungen sind keine seltenen Phänomene, sie werden oft wiederholt. Sie werden zu einer der Alternativen (das letzte Mittel) in einer Reihe von therapeutischen Möglichkeiten. Das hängt natürlich davon ab, dass die Krisen sich wiederholen. Vielleicht geschehen sie außerhalb der Gemeinde, dann kennt das Personal den Patienten nicht und es gibt keine andere Möglichkeit

mit der Krise umzugehen, als die der Einweisung. Das Trauma wiederholt sich. Die Erfahrung lehrt einen die logischen Tricks und Verhaltenstaktiken, die zum Leben auf der Station nötig sind, auch angesichts der grundlegenden Tatsache, dass die Station nicht menschlich ist (es ist nicht genug damit zu argumentieren, dass heute nichts menschlich ist), sondern ein Ort, dem der Entzug der Menschenwürde immanent ist.

Ich hielt eben kurz inne, um zu überlegen, ob meine Aussagen 'aufgeladen' sind. Aber wenn ich an frühere Zeiten zurückdenke, sehe ich, dass dies nicht so ist. Man kann die Negativität der Zeit mit der Negativität des Ortes verwechseln. Aber so schwierig es auch sein mag, die Einweisung in ein Krankenhaus ist niemals der Ausweg. Es ist der Weg für jene, die sich eines Notfalls entledigen. Medikamentöse Behandlungen werden über Jahre hinweg wiederholt, vielleicht sogar mit immer denselben Medikamenten (die die Patienten tatsächlich hassen), mit der Gefahr, dass ein chronischer Zustand eintritt.

6. Für die Gemeindezentren für geistige Gesundheit (GfgG) stellt die Einweisung ein Scheitern dar. Es ist das Scheitern der gemeindebezogenen Strategie im Umgang mit der psychischen Störung. In diesem Kontext ist die Gemeinde nicht nur ein Ort, sondern bildet zudem ein Beziehungsgeflecht um das Individuum herum, ein Netzwerk, das auch ein Teil des Individuums ist, genau wie die Störung. Die Störung taucht innerhalb eines Kontextes auf, der zugleich einen Teil der Ursachen darstellt. Man kann die Störung nicht verstehen ohne

den Kontext. Das Symptom kann nicht vom Körper isoliert werden. Besonders dann nicht, wenn dies zu einer Marginalisierung, Ausgrenzung und einem Verstecken führt. Es ist klar, dass die Einweisung etwas Vielschichtiges und Komplexes ist, etwas, das als Ganzes nicht erfasst werden kann. Besonders heute gibt es nur wenig Strukturen, die es den GfgG erlauben, eine Krise Tag und Nacht zu betreuen. Darum ist es sehr wichtig, dass die GfgG 24 Stunden am Tag geöffnet haben, sieben Tage die Woche, einschließlich einer Nachtunterkunft. Lücken in den Diensten können Krisen verstärken.

Vielleicht ist es jetzt auch an der Zeit zu erwähnen, dass es neben der schwerwiegenden Krise auch eine ganze Reihe von (ebenso wichtigen) „kleinen Krisen“ gibt: Die Krisen, die in der Bewältigung des alltäglichen Lebens entstehen, insbesondere wenn man finanzielle Probleme hat, oder (auf einer höheren Ebene) arbeitslos ist, oder eine Leerzeit im beruflichen Leben erlebt oder einfach nicht ausreichend Geld hat, um die individuellen Bedürfnisse zu befriedigen (ob nun primäre Bedürfnisse oder sonstige).

Das „finanzielle“ Argument ist lebenswichtig, denn oft führen Verhaltensstörungen zu einer Verweigerung der Eigenverantwortung und der Selbstständigkeit in der Befriedigung persönlicher Bedürfnisse. Diese Menschen sind im Übermaß auf ihre Angehörigen und/oder das Sozialsystem (Rente) angewiesen. Der Schmerz führt zur Aufgabe von (und verhindert zudem den Zugang zu) einer wichtigen Ebene der sozialen Beziehungen – dem Arbeitsleben, welches die Basis der Autonomie, aber auch die Basis des Konsums und der notwendigen Umwelt,

des sozialen Lebens ist. Das Arbeitsleben ist die Quelle der Bürgerrechte, die ansonsten auf der sehr wertvollen Annahme einer universellen Menschenwürde beruhen – aber die Menschenwürde ist nicht der Grundstein, die ‘Richtlinie’. In einer auf Konsum (und dem Konsumpotenzial) basierenden Gesellschaft ist es wichtig, die Verbindung zwischen Arbeitsleben und Geld (und somit zwischen Arbeitsleben, Einkommen und von daher auch Konsum) als das Grundelement der politischen Unabhängigkeit der Bürger zu unterstreichen. Aber die Staatsbürgerschaft, die politische Würde, ist nicht begrenzt auf (und basiert nicht allein auf) ökonomische Unabhängigkeit. Die Staatsbürgerschaft ist die Verbindung zwischen dem Menschen und der Gesellschaft. Es ist die Rolle, die von den Benachteiligten aktiv anerkannt und ausgeführt werden muss.

Staatsbürgerschaft und Würde sind keine festgelegten Kategorien. Sie müssen gelebt werden. Es besteht die Notwendigkeit für kreative und praktische Versuche, um der Realität für jene Menschen, die so lange aus der Realität heraus gehalten wurden (es ist nur 30 Jahre her) und noch immer an den Rändern leben, neue Räume zu eröffnen. - Das GfgG mit all seinen Varianten (Tageszentren, soziale Kooperativen, aber auch Selbsthilfegruppen) ist ein praktisches Feld, um den Menschen, die von der Realität abgeschnitten sind, einen Kontext für ihre persönlichen Sorgen zu geben. Dort sollen sie Zugang zu einem Weg des Dialogs und des praktischen Austausches in Anbetracht ihrer Ängste und ihrer täglichen oder metaphysischen Gespenster finden, die Dimension des sinnvollen und gemein-

samen Handelns. Es können Gespräche sein, zwischen Gleichen - Patienten und Personal – um die Möglichkeiten des Gesprächs und des Hörens als gemeinsames Projekt und mit einem gemeinsamen Sinn wiederzuentdecken. Gespräche, in denen der gemeinsame Sinn gemeinsam hergestellt wird.



Lorenzo Decarli

Eine berufliche Autobiographie

Der erste Eindruck unterscheidet sich nicht sehr von den vielen Stationen, die ich in meiner dreijährigen Pflegeausbildung sehr schnell, eine nach der anderen kennen gelernt habe. Es gibt andere Gerüche, die Station ist ein bisschen weniger heruntergekommen und die pastellfarbenen Möbel zeugen von dem Versuch, der Umgebung einen pädiatrischen Anschein zu vermitteln und die grundsätzliche Unveränderlichkeit der Behandlungssituation zu vertuschen. Es gibt nicht die abstoßende, spürbare Unsicherheit von medizinischen oder chirurgischen Stationen, der ich an jenem ersten Morgen begegne, wie einer offenen Baustelle.

Der Standort ist auch nicht typisch: das Gelände eines ehemaligen psychiatrischen Krankenhauses, das, obwohl verlassen und heruntergekommen, immer noch seine Faszination hat.

Meine ersten Klienten als Krankenpfleger mit den hypothetischen blauen Streifen auf der weißen Uniform sind die unglaublichste Ansammlung junger Freaks, die man sich vorstellen kann. Die missgebildeten Körper

sind über Betten vertret, mit Ausnahme einiger Stunden, die sie in Stühlen verbringen, in grotesken und unnatürlichen Positionen fixiert. Die wenigen, die laufen können oder besser wanken (mit den ungewöhnlichsten Gangarten und Gesten, die als bizarr kaum richtig beschrieben wären), scheinen einem Buch von Victor Hugo entsprungen oder einem Film von Tod Browning. Sie sammeln sich um mich und meine Kollegen, die gerade ankommen, wie in einer Kuriositäten-Show. Sie tragen Jogginganzüge und Overalls und manche tragen eigenartige Handschuhe oder Waschhandschuhe, die mit dickem Pflaster oder Klebeband an ihren Handgelenken befestigt sind, um zu verhindern, dass sie nuckeln, sich beißen oder sich selbst an den Händen verletzen. Sie haben missgebildete Körper und missgebildete Gesichter und einige haben Narben von alten Verbrennungen (der klassische Topf mit kochendem Wasser) während andere frühzeitig ihre Zähne verloren haben. Manche sabbern permanent und hinterlassen einen unangenehmen Geruch.

Die Wirkung ist – ich kann es nicht leugnen – traumatisch. Die Erwartung, eine irgendwie antiseptische Spezialstation zu betreten, der Traum von vielen gerade examinierten Krankenpflegekräften, ist mit einem lauten Knall zerplatzt.

Das Personal besteht aus beförderten Reinigungskräften, die (nicht immer freiwillig) nun den Rang eines Pflegeassistenten bekleiden. Die Älteren sind alle, in bester Anstaltstradition, ein bisschen korpulent, während die Stationschwester eine Frau mittleren Alters ist, die sehr auf Zack ist. Aber die bemerkenswertesten Exemplare sind die beiden Doktoren: der Oberarzt, sich dem Rentenalter nähernd und sein Nachfolger, ebenso in fortgeschrittenem Alter. Ersterer ist eine schlanke, drahtige, arrogante Figur, stets mit einem um den Hals geknoteten Seidenschal. Er trägt selten einen Arztkittel, er ist praktisch nie zu sehen, so dass ich glaube, dass er die jungen Patienten niemals untersucht oder auch nur Kontakt mit ihnen gehabt hat. Der zweite ist ein kleiner alter Kerl, kahl, immer im weißen Kittel (böse Zungen auf der Station behaupten, er tue dies nur, um darin die Quittungen der Trockenreinigung aufzubewahren) und immer eingeschlossen in seinem Arztzimmer.

Der Arbeitsrhythmus dreht sich um die Reinigung der Patienten, das Servieren der Mahlzeiten (ein extrem delikater Moment), das Beaufsichtigen und das zu Bett bringen. Und hier erlebe ich ein zweites Trauma, schlimmer als das erste. Direkt nach dem Abendessen (das, wie es Usus in Krankenhäusern ist, sehr, sehr früh ist) beginnt die „Bekleidungsprozedur“. Die Zeremonie, die insgesamt eine Stunde erfordert, besteht da-

rin, den Patienten übergroße Hemden, versehen mit kräftigen Riemen (in Wirklichkeit eine Art Zwangsjacke), überzuziehen, um sie dann in einer grotesken Prozession, die eine armselige Kopie einiger Zeichnungen von Goya sein könnte, zu ihren Betten zu geleiten, in denen sie für die Nacht gesichert werden. Nahezu jeder erfährt diese Behandlung, z.B. alle mit selbstverletzendem Verhalten, oder alle, die Unfälle hatten, auch von der harmlosen oder unfreiwilligen Variante, wie in Fenster oder gegen die riesigen Heizkörper zu laufen. Und so liegen sie, aufs Beste verschnürt und festgebunden, in ihren Hemden, mit Lumpen als Windeln, weil es, mit Ausnahme von Notfällen, niemandem erlaubt ist, die Nacht über auf zu sein. Und jeden Donnerstag einen Einlauf für alle.

Unser anfängliches Erstaunen bewältigt, fangen wir an, die Patienten kennen zu lernen, ihre Marotten and Eigenheiten. Die schwierigen Situationen sind momentan eher selten. Nur Marco beunruhigt mich ein wenig: er ist groß, fast ein Erwachsener, autonom in seinen Bewegungen, extrem schnell und mit der Neigung zu plötzlichen Versuchen, sich selbst zu verletzen. Eines Abends musste ich ein „Krawatten“-Manöver durchführen, um ihn daran zu hindern, seine Zähne und seinen Kopf gegen den Türrahmen zu schlagen. Er singt oft, hat eine gute Stimme und kennt eine Reihe der Standardwerke von Battisti auswendig, wahrscheinlich aufgeschnappt bei den seltenen Ausflügen mit einer Gruppe von Ehrenamtlichen. Was mich am meisten berührt, ist die verzweifelte Wiederholung bestimmter Verhaltensweisen bei allen Patienten. Möglicherweise ist das

auf die schweren psychiatrischen Störungen zurückzuführen, aber ebenso, nehme ich an, auf das unglaublich monotone Leben, das sie führen. Die Station ist L-förmig, mit einem langen Korridor, wo die abendliche, oben beschriebene Prozession stattfindet, mit dem großen Schlafsaal und dem großen Raum, in dem die Patienten essen und eine bestimmte Zeit des Tages auf zwei Beinen verbringen. Gegenüber der Halle, hinter einer enormen Glastür, ist das große, ruhige Zimmer des Arztes. Immer wenn ich an seiner Tür vorbeikomme, während ich meinen Pflichten nachgehe, sehe ich aus den Augenwinkeln den älteren Doktor dort sitzen, angestrengt vor sich hin schauend; wenn ich eine halbe Stunde später wieder vorbeikomme, sehe ich ihn in exakt der gleichen Haltung.

Die Einführung für Neuankömmlinge ist sehr langsam und bedächtig, ein bisschen lächerlich. Ich bin nicht sicher, ob es auf Grund der großen Erwartungen an uns ist, ob es nur ein magisches Ritual der Rechtfertigung ist, dass professionell ausgebildete Kräfte in einer solchen Situation arbeiten müssen, oder vielleicht die Bekräftigung des Rechtes auf Bevormundung Untergebener. In jedem Fall beginnen die Neuankömmlinge mit der Nachtschicht, die von einer eigenartigen Aura umgeben ist, ungefähr wie in einem Horrorfilm. Ich bin der erste, der diese neue Aufgabe übernimmt, ich arbeite mit der jüngsten und am besten ausgebildeten Pflegeassistentin. Ich werde später lernen, dass niemand auf diesem Außenposten wissenschaftlichen Wirkens Interesse hat, die Nachtschicht mit einem Mann zu machen. Alles läuft zunächst ruhig ab, aber dann

nimmt die Nervosität und Intoleranz immer mehr zu, besonders während des „Anziehens“, das ich einfach nur für barbarisch halte.

In dieser unglaublichen, unrealen Atmosphäre hat der Doktor mit dem Kittel die Idee (von der Stationschwester angeregt), den Praktikanten und dem Personal eine Reihe von Unterrichtsstunden zu geben, um uns zu stärken und unseren Handlungen eine Richtung zu geben. „Das Antriebsneuron...“, beginnt er und fährt fort, seinen Zuhörern eine unglaublich akademische Vorlesung aufzubürden. Mir persönlich gelingt es, eine kleine Verbindung zwischen diesen geistlosen Anmerkungen, die die Überreste eines Universitätsstudiums aus längst vergangenen Zeiten zu sein scheinen und nichts mit irgendeiner beruflichen Praxis zu tun haben und der unbegreiflichen Lebendigkeit unserer Patienten herzustellen. Ich denke an Manuela, die in ihrer einsamen Suche nach ein wenig Aufmerksamkeit lachend jedermann mit einer kraftvollen Umarmung an sich reißt. Oder Claudia, die uns nackt hinterher jagt auf ihren spindeldünnen, kurzen Beinen, wütend, weil wir ihr die Fausthandschuhe angezogen haben, um plötzlich auf Armlänge stehen zu bleiben, absolut unfähig zu einer wirklich aggressiven Handlung, bleibt ihr als einzige Rache, uns einen unmöglichen Slalom aufzuzwingen, um der Spucke auszuweichen, mit der sie auf uns zielt. Oder Luigi, hypnotisiert von dem weißen Rauschen des Fernsehers, der auf keinen Kanal eingestellt ist und seine abrupten immer wiederkehrenden Bewegungen, die daraus bestehen, plötzlich nach vorn zu gleiten, so dass sein Gesicht beinahe den Fußboden berührt, um sich dann

ebenso plötzlich wieder aufzurichten und immer so weiter, dutzende Male. Besonders denke ich an das „Bekleidungsritual“. Spreche ich dies an, sind die Reaktionen sehr zögernd und ausweichend, sie provozieren lediglich ein spöttisches Lächeln bei der alten Garde und ein gewisses Unbehagen. Ausweichend, weil niemand juristisch irgendeine der Zwangsmaßnahmen rechtfertigen kann oder will.

Na ja, es hat sich noch nie jemand beschwert ...

Ich diskutiere das mit meinen Kollegen, insbesondere nachts mit der Pflegeassistentin. Die Praxis, die Patienten nachts im Bett festzuschallen, ist nicht nur inhuman, sondern hat auch nie Unfälle, deren Spuren an den Körpern der Patienten deutlich sichtbar sind, verhindert. Sie hat Luisa nicht davon abgehalten, kilometerweise auseinandergerissene Bettlaken zu verschlingen. Es erforderte zwei Operationen, sie wieder aus ihren blockierten Gedärmen herauszubekommen. Diese Praxis ist definitiv verantwortlich für Deformationen und Bewegungseinschränkungen, die für jedermann offensichtlich sind.

Kurz gesagt, sobald das „demokratische“ Lehrvergnügen vorüber ist, kehrt jeder an seinen gewohnten Platz zurück. Oder beinahe.

Ich rufe mir einen frostigen Morgen im Spätfrühling im letzten Jahr in Erinnerung. Ein Demonstrationszug von Pflegeschülern und -schülerinnen marschierte gegen den Verkehrsfluss in der Innenstadt, entgegen den Vorgaben der Polizeibehörde, die die Demonstration zugelassen hatte, ohne zu wissen warum es ging. Der Wind war wahrhaft kalt. „Guck mal, ihre Hände

und Lippen werden blau“, tadelte mich die Direktorin und ihr Mitleid war echt. Ich fühlte mich verantwortlich (tatsächlich war ich auch verantwortlich). Ich saß in einem Auto, das uns von einer der übrig gebliebenen Parteien der extremen Linken geliehen worden war (die später auch ein Honorar für die Organisation der Demonstration einforderte), an der Spitze der Prozession und erläuterte über Lautsprecher die Gründe für den Protest. Es dauerte Monate, ihn zu organisieren. Unzählige Treffen in einer absurden Bar in der Nähe des Krankenhauses, wo die Flaschen das Antlitz von Mussolini auf ihren Etiketten zeigten und der Besitzer uns hinter der Bar wütend anstarrte. Lauter Treffen mit jeder einzelnen Klasse. Auch mit den schockierten Auszubildenden aus dem 1. Lehrjahr. Alles, um den Protest gegen die Ausbeutung der Auszubildenden auf den Stationen deutlich zu machen, diese Form „illegaler Arbeit“. Eigentlich ein unangemessener Begriff, aber präzise und zweckmäßig genug, um den notwendigen Konsens unter den Auszubildenden herzustellen. Am Ende gab uns sogar die Direktorin, eine Art Christdemokratin, bei der es uns gelang, die letzten Reste ihrer sozialen, christlichen Gefühle zu erwecken, ihre Zustimmung. Für sie ist die ideale Krankenpflegekraft eine, die stundenlang minutiös Pflege an einem einzelnen Patienten vornimmt, während der Rest des Personals herumrennt und versucht, den verrückten Anteil der ganzen Arbeit zu erledigen. Kurz gesagt, sie ist ein typisches Beispiel dieser Rechtschaffenheit und Scheinheiligkeit, die Vorgesetzte so hervorbringen, die voller Anregung und Vorschläge für andere sind, insbesondere für Mitarbeiter,

die sie für zynisch und resigniert halten. Ich pfeife auf die Kälte. Heute tanzen wir nach einer anderen Melodie. Ich denke darüber nach und die unmittelbare Erkenntnis ist, dass auch dies zu einer undemokratischen Entscheidung führt. Dinge können sich verändern. Aber nur, wenn ich mit Menschen zusammen arbeite, die mit mir einer Meinung sind.

Den Rücken gestärkt durch die Zustimmung der anderen MitarbeiterInnen der Nachtschicht, teile ich der Stationschwester meine Entscheidung mit, die mich nach Rücksprache mit dem „sitzenden Kittel“ streng ermahnt, solche Aktionen in Zukunft zu unterlassen, da dies eine ernsthafte Störung für die Station sei und dass was weiß ich noch alles passieren könnte. Ich übernehme die Verantwortung für alles, was heute Nacht passiert, aber es muss getan werden. Das Abenteuer beginnt. Die Situation ist richtig lustig: Ich fühl mich wie eine Art Lord Jim unter lauter Freaks. Es versetzt mich in Hochstimmung, als ich zu Beginn meiner Schicht unter den entsetzten Blicken meiner Kollegen in wenigen Sekunden die ganzen Zwangsmittel entferne, für die es mehr als eine Stunde brauchte, sie anzubringen. Die Nachtschicht ist eine sehr wichtige Dimension in unserem Berufsstand. Sag mir wie du nachts arbeitest und ich sag dir, was für eine Krankenpflegekraft du bist. Es herrscht Einsamkeit wie auf der offenen See oder wie bei einem Akrobaten ohne Sicherheitsnetz. Die Schwätzer, die bei Tageslicht lebendig sind, bewegen sich in den Strukturen der Macht wie in einem Spinnennetz. Wenn aber die Rollenaufteilung zwischen Spinne und Fliege nicht von Anfang an klar ist, endet alles in einem sadomaso-

chistischen Spiel, das das eigentliche Wesen unserer billigen Demokratie ist. Es geht alles viel leichter, als ich dachte. Nachdem die erste Verwirrung vorbei ist, klebt diese Truppe komischer Käuze an uns wie Kleister als wir das Abendessen in der Küche vorbereiten. Dann gewinnt aber doch die Müdigkeit Oberhand und wir geleiten sie, einen nach dem anderen in ihre Betten. Wir beobachten sie regelmäßig in ihrem Schlaf und begleiten dann und wann einen seltenen Ausflug zur Toilette. Und das war 's. Am folgenden Morgen sind die, die am Boden zerstörte Mitarbeiter und Höllenszenen erwartet hatten, enttäuscht. Natürlich endet die Geschichte hier noch nicht. Da es nun offensichtlich ist, dass man die Möglichkeit hat, mit Dingen auch anders umzugehen, entwickelt sich sofort eine subtile Form der Gegenreformation. Die kleinsten Probleme, die mit den Patienten entstehen, werden nun auf den hypothetischen Mangel an Schlaf zurückgeführt, der sich ohne Zweifel während dieser wilden Nächte angesammelt haben muss.

Mittlerweile ist eine Reihe neuer Kollegen auf der Station angekommen. Einschließlich eines jungen Mannes, der eindeutig eine andere Vorstellung von seiner Rolle hat. Sein Zugang zu der Gruppe der Pflegerassistenten ist sofort sehr schmeichelhaft und verführerisch und in keiner Weise „kollektiv“. Im Gegenteil. Sein Verhalten förderte hierarchische Strukturen, die sich auf das Geschlecht begründen. Wie auch immer, sein Ansatz ist sehr effektiv. Ich genieße Ansehen bei einigen wenigen Kolleginnen, die auch bereit sind, mit mir zusammen zu arbeiten (in der Regel diejenigen, die am meisten entspannt sind und nicht zur Stationsmafia gehören). Dieses In-

dividium, das ich mal Filippo nenne, legt eine besondere Aufmerksamkeit für die jüngsten und am meisten zu beeindruckenden Kolleginnen an den Tag. Er zeigt sein Talent als Musiker und Entertainer, einmal kommt er sogar mit Castagnetten an und improvisiert eine kleine Show! Solche Leute trifft man sonst eher am Santa Monica Beach, sie sind das direkte Gegenteil von meiner kleinen jakobinischen Ernsthaftigkeit. Eines Morgens, als ich gerade die Nachtschicht mit meiner wunderschönen Pflegeassistentin beende, geraten wir aneinander. Als Filippo gerade dabei ist, widerstrebend den Patienten, die noch im Bett liegen, ihre Kleider zu wechseln, hat die „verrückte Umarmerin“ Manuela den unglücklichen Impuls, ihn plötzlich in ihren Griff zu nehmen. Mit einer schroffen Geste der Ablehnung schleudert er sie gegen die Tür. Sofort ein Aufstand von unserer Seite. Eine hitzige Debatte entbrennt. Nun ist unser Konflikt so offen zu Tage getreten, dass es nicht mehr möglich ist, die Leitung außen vor zu halten. Ein Treffen wird einberufen, an dem auch der medizinische Direktor, eine selbstgefällige, zweifelhafte Person, teilnimmt. Jeder ist auf Kriegspfad und, um die Wahrheit zu sagen, ich glaube meine Gegner haben es darauf angelegt, sofort auf eine andere Station versetzt zu werden. Während des Treffens passiert etwas, dass jedem die Augen öffnen sollte, der bereit ist zu sehen: Eine Reihe dieser „Freaks“ scharrt sich liebevoll um mich und, was etwas peinlich ist, ignoriert alle anderen Personen, die schon viel länger da sind als ich. Unsere kleinen „Bemühungen“ sind erfolgreich.

Nun wird die Strategie der Beförderung/ Versetzung angewendet, am Ende werde ich auf die Reanimations-Station verschoben, wo jeder Patient eine Atemmaske trägt und die Form der Pflege streng vorgeschrieben ist.

(Juni 2003)

Cristina Facco
Das Omelett

**Die auftretenden
Personen:**

Die Krankenpflegerin
Angelo
Angelos Mutter
Der Arzt
Der Nachbar

Erster Akt

Ich kam ins Zimmer. Ich war mir sicher, dich dort zu finden, eingewickelt in deine Laken, mit zersausten Haaren. Aber zu meiner großen Überraschung warst Du nicht da. „Mein Gott,“ dachte ich, „Wo bist Du?“ Mir fielen die fehlenden Fensterverriegelungen und deine Fußabdrücke an der Wand auf.

Im Ausbrechen warst du ein Meister – du gingst unbemerkt in der Morgenstille und es gelang dir schnell und flink, aus dem Fenster zu entkommen.

Endlich bin ich draußen! Verdammt, ich brauche eine Zigarette. Da wartet einer an der Bushaltestelle – „Entschuldigung, haben Sie eine Zigarette?“ – Lass mich einen tiefen Zug nehmen. Ah, und jetzt noch einen Löffel Nescafé unter der Zunge und Guten Morgen! Ich bin weg. Ich bin der Bürgermeister von Berlin und ich werde einen Brief schreiben, um Menschen davon zu erzählen, wie du mich in diesem barackenartigen Gebäude isoliert hältst.

Baracken, Soldaten; ich muss rennen, nach Hause rennen bevor die Polizei kommt, Geheimagenten sind überall. Ich trage meine Turnschuhe, nur noch einen tiefen Zug, ja, das letzte Stück von der Zigarette schmeckt so gut.

Früher oder später werde ich mich entschließen müssen und dieses halbzerstörte Haus verlassen. Verwüstet von diesem Sohn und seinen Phantastereien. Aber ich weiß, dass dieses Haus das einzige ist, was uns noch zusammenhält und schützt, wie als ... wie als ich dich in meinem Schoß trug. Er war nicht alleine, es gab eine Zwillingsschwester – sie waren männlich und weiblich, Tag und Nacht, schwarz und weiß.

Ich höre ein Geräusch vom Dach, er ist zurückgekehrt, ich bin mir sicher – aber was soll ich tun? Soll ich dich hier behalten, wie damals, als du noch ein Kind warst und von der Schule flohst. Soll ich dir ein gutes Mittagessen bereiten, anrufen und bitten, dass sie dich

abholen kommen, bevor du zum hundertsten Mal beginnst, Sachen abzufackeln oder herumzuwühlen zwischen den Tomatenpflanzen in des Nachbars Garten, auf der Suche nach Insekten – was soll ich tun?

Ich kann es nicht glauben, ich habe doch gesagt, dass er noch nicht nach Hause soll! Nicht jetzt! Die Nachbarn haben schon einmal die Polizei informiert und sobald er nach Hause kommt, werden sie die Polizei rufen.

Wir müssen dahin, ihn abholen und hierher zurückbringen. Ich kann nicht glauben, dass er es immer wieder schafft zu entkommen! Warum war keiner an seiner Tür? Fenster? Fenster! Er kann nicht durchs Fenster gegangen sein, die waren doch verriegelt. Jedenfalls werde ich zu ihm hinfahren müssen und ihn wieder mitnehmen, er ist, wie üblich, nach Hause gegangen. Wer kommt mit?

Da ist er, das Arschloch! – Verrückt, du bist verrückt, sie sollten dich wegschließen – Komm nicht her, fass meine Tomaten nicht an, hör mal, ich werde die Polizei rufen, wenn du nicht weggehst.

Dachboden, Haus, Papier, Streichholz, Feuer, Dreck, laufen, hoch, runter, innen, außen, Zigarette, tiefer Zug, Hunger.

Ich bin richtig angepisst – was habe ich dir gestern beim Treffen erzählt? Warst du gestern überhaupt auf dem Treffen? Nein! Offensichtlich warst du dank dei-

ner Schichten nie hier, wenn es mal nötig gewesen wäre. Na ja, ich habe gesagt, dass Angelo eine Woche lang nicht allein nach Hause darf. Wir werden jetzt Zwangsmaßnahmen durchführen müssen, mit all dem üblichen Durcheinander, mit der Polizei und dem ganzen Gerenne und Rumgezerre.

Ich klettere sehr langsam, sehr schnell hinab, kleine Leiter, große Leiter, Fenster. Nein, es ist nicht sicher, ich muss vorsichtig sein, überall sind Spione, pass auf – Polizei!

Ich rieche Essen. Ich habe Hunger. Ich klettere herunter, das Auto, meine Turnschuhe, Socken, Ärger, Straße, Feld, Entführer, Zimmer, die Tür ist verschlossen, Fenster, fliehen, laufen, das Dach, hoch auf das Dach, die Regenrinne runter und fliehen, laufen, das Feld, Schlamm, Schuhe, schnell, fliehen.

Zweiter Akt

Er läuft auf dem Dach. Ich kann ihn hören. Sie müssen hier angekommen sein. Sie kommen, um ihn zurückzuholen. Lass mich nach der Pfanne suchen, Eier, was für ein Durcheinander, es sieht aus wie ein Haus, das vom Krieg verwüstet wurde.

Ich bereite ein Brötchen zu, lege es hier neben die Regenrinne, draußen vors Fenster – du kommst hier meistens vorbei.

Brot, Omelett, Geruch, der Geschmack von Zuhause, zum Mitnehmen auf meiner Flucht. Zum Halten, Riechen, Lecken, Anfassen, Essen, hinter der Mauer am Ende des Feldes, auf der anderen Seite des Grabens, liegend auf dem Gras, es ist Frühling, Zigarette, tiefer Zug, ein tiefer Zug bis zum Ende der Zigarette, und noch mal, es ist bitter, es ist gut.

Schlüssel, Auto, Straße, Stille. Es sieht aus, als würden wir nie ankommen und dabei ist es gar nicht weit von hier.

Wir sind angekommen, lasst uns mal hoffen, dass wir ihn finden. Was für ein Durcheinander. Das brauchten wir wirklich nicht.

Ein zweistöckiges Haus, halb zerstört, das Dach am Einstürzen, die Fenster zerborsten, die Tür aus den Angeln. Wir kommen rein. Es gibt einen miefigen Geruch, einen Geruch nach verbranntem Holz, und was ist das? Der Geruch von Omelett – es scheint unwirklich in diesem Gewühl.

Guten Morgen, ist jemand zu Hause? Maria, bist Du da?

Guten Morgen, Doktor.

Ich sehe wie sie aus der Küche heraus kommt, sie trägt ein graues Sweatshirt, einen wollenen Rock, dicke Socken, zersauste Haare. In ihrer Hand hält sie eine Pfanne mit den Resten eines Omeletts.

Guten Morgen, Maria. Wir wollten schauen, ob Angelo hier ist, er ist geflohen und wir dachten, er könnte hier vorbei gekommen sein. Du weißt, dass es Ärger mit deinen Nachbarn gibt, wenn er nicht im Zentrum bleibt. Weißt du noch, wie sie ihn bei der Polizei gemeldet haben? Wenn es so weiter geht, werde ich Zwangsmaßnahmen ergreifen müssen, verstehst du?

Sie weiß es, sie erinnert sich an die letzte Zwangsbehandlung. Wie er beinahe vom Dach gestürzt ist. Wir hatten alle Angst. Wäre er gefallen, er wäre tot gewesen – und dann die Polizei, die Handschellen, die Schreie. So, als könnte sich irgendwas ändern.

Wenn sich irgendwas ändern könnte, würde ich dir erzählen, wo er ist, aber es hat keinen Sinn – es wiederholt sich nur alles, immer wieder. Kleine Dinge, mit ihm kann man nur die kleinen Dinge ändern, man kann mit ihm durch Gesten, Gewohnheiten, Gerüche und Geschmack reden. Er will auf dem Lande bleiben, denn wir sind ein Landvolk. Nein, Doktor, ich weiß nicht, wo er ist, ich habe ihn nicht gesehen, vielleicht hat er den Bus in die Stadt genommen.

Ich schaue auf die Pfanne. Meine Augen heben sich und treffen auf die von Maria. Ich sehe eine Mutter, die ihrem Kind einen Snack zubereitet hat, ich schaue hinaus, auf das Feld, die Mauer, den Garten und sage nichts. Ich sage nichts. Wir gehen hinaus. Was sollen wir tun? Lasst uns heute Abend abwarten, vielleicht kommt er von sich aus zum Zentrum zurück – manchmal tut er das.

Wir werden später wiederkommen, lasst uns heute Abend abwarten, dann melden wir es der Polizei.

Essen, verschlingen, rauchen, gehen. Sie sind los, verdammt! Fliehen, laufen, die Bushaltestelle, schnell springen, sicher. Stadt, gehen - "Entschuldigung, haben Sie eine Zigarette?"

Über zehn Jahre sind seit dem Tag vergangen. Angelo lebt seit vielen Jahren in einer Wohngemeinschaft im Stadtzentrum. Direkt gegenüber von meinem Zuhause. Ich treffe ihn ziemlich häufig, besonders nachts. Er geht unermüdlich, er wirkt gelassen, 'Zuhause und Tomaten' scheinen seiner Vergangenheit anzugehören. Ich erinnere mich, wie oft ich ihm hinterher gelaufen bin, ihn festgehalten habe - war er damals so anders als jetzt? Er fragt mich regelmäßig, "Entschuldigung, haben Sie eine Zigarette?" Er nimmt einen hungrigen Zug, lächelt mit einer seltsamen Grimasse und fängt wieder an zu gehen.

Franco Rotelli

Subjekte? Ihre Geschichten müssen erzählt werden

Psychiatrisches Wissen wird zunehmend von abstrakten Definitionen von Pathologien, der Katalogisierung von Symptomen und Syndromen sowie der Fortführung der semantischen Ketten des Krankheitsbegriffs bestimmt.

Es vertieft sich in die dunklen Abschnitte des Bewusstseins oder stigmatisiert Verhaltenssequenzen. Es untersucht Störungen, um ihrem Katalog weitere Abnormalitäten oder Pathologien hinzuzufügen.

Lebensgeschichten, also Biographien von Frauen und Männern, sind die einzige glaubwürdige Form von Widerstand gegen die zeitgenössischen Psychologien. Im kulturellen Sinne und wahrscheinlich auch im wissenschaftlichen Sinne liegt ein langer Weg vor uns, wenn wir wieder eine Psychologie etablieren möchten, die auf der Erfahrung, auf den Kontexten, auf den existentiellen Plänen der Individuen und Gruppen, auf den kollektiven und einsamen Momenten, auf ethnischer Identität und anderen Formen der Zugehörigkeit basiert. Dies verbindet die geschichtlichen Gegebenheiten mit einer menschlichen Perspektive - Fort-

schritt und Rückentwicklung, Entwicklung und Regression - auf (makro-) sozialer und (mikro-) kontextueller Ebene.

Unsere Vorstellung von offener Gemeinde (eine Gemeinde, hergestellt aus lokalen Solidaritäten, aber offen für die Freiheit des globalen Austausches) beinhaltet nicht immer realisierte, multiple Identitäten, Scheitern und Erneuerung, Potenzial, das zum Vorschein gebracht und ausgedrückt wird, Szenarien, die in Bewegung sind und die jedem Individuum Möglichkeiten eröffnen (Möglichkeiten, die nicht da sind, sondern in bestimmten glücklichen Umständen entstehen), sowie unendlichen Unterschiedlichkeit und die Würde aller. Anstelle von Definitionen, die die Anderen und das Andere verleugnen und entwerten (sprich: Andersartigkeit, die Fremden, Entfremdung, Ausgrenzung, Auslöschung, Stigmata und Stereotypen, Vorurteil und Urteil), können uns nur Lebensgeschichten, reichhaltige Biographien - ganz bestimmt nicht pathologische Hypostasis - das für die Veränderung notwendige Verständnis geben.

Das Feld der Erzählung wieder eröffnen und Normalität sowie gewöhnliche Verrücktheit einführen und sich mit dem Leben und individuellem Leben beschäftigen, bedeutet nicht, das Recht auf Behandlung abzustreiten. Es bedeutet, das Recht zurückzuverlangen, sich um andere zu sorgen sowie das Recht darauf, dass Andere sich um einen sorgen, ganz egal, wer du bist und wo du dich gerade befindest - eingeschlossen in deinen Schmerz oder innerhalb einer unwandelbaren Vorstellung, innerhalb einer niemals endenden Wiederholung oder eines Deliriums, in einem Zustand der Abtrünnigkeit von der Welt oder einem Abgespaltensein von der sprachlichen Kette, aus der sich die Welt der Zugehörigkeit konstituiert.

Der Andere kann dich immer neu definieren oder dich deiner Sprache berauben. Letzteres ist immer illegitim und niemals wissenschaftlich. Es ist stets ein Akt der Gewalt.

Gibt es - angesichts von Wahnsinn als Loslösung von der Welt, als plötzlichen Ausschlusses, als eine sprachliche Erfindung der Psychiatrie, oder als eine Vereinsamung im eigenen Schweigen - noch eine Sprache oder ein Wort, das es Wert ist, erzählt zu werden, das noch Teil einer Erzählung ist, die als universal, aber auch einzigartig betrachtet werden kann?

Erzählungen von Individuen bewegen sich innerhalb der unendlichen Energie der Welt, ihren richtigen Weg suchend und nicht findend, bewegen sie sich dennoch weiter, vielleicht im Kreis, aber stets weiter. Atome einer Materie, die heute eine Gemeinde konstituiert, die mit unüberwindbaren Beschränkungen und Verbindungen

überflutet ist. Wie viele Formen von Ausschluss existieren innerhalb dieser Gemeinde? Und wie oft wird aktiv der Ausschluss des Anderen gesucht oder gewünscht? Wir müssen Verbindungen, Austausch, Öffnungen und Netzwerke herstellen, damit wir nicht an den Rändern zu beiden Seiten daran arbeiten, uns gegenseitig lebendig zu begraben.

Wie sonst den Wahnsinn verlassen, wenn nicht durch die Wiederentdeckung des Sinnes?

Dieser Beitrag war das Eröffnungsreferat anlässlich des Psychiatriekongresses „Franco Basaglia: la comunità possibile“, Trieste 20.-24. Oktober 1998.



|| Zusammen arbeiten? Warum und wie ...



Bruno Norcio

Warum Teamarbeit in der gemeindeorientierten Versorgung notwendig ist ...

Ich möchte zu Anfang erklären, dass für mich diese Art von Referat, wenn ich von einem Kursleiter um eines gebeten werde, eine wichtige Angelegenheit ist. Denn ich glaube, dass dieses Thema, das in dem Titel definiert wird als: „Warum Teamarbeit in der gemeindeorientierten Arbeit notwendig ist und was mögliche Qualitätsindikatoren hierfür sind“ – eine eingehende Analyse benötigt. Ich glaube nicht, dass dies bisher getan wurde oder zumindest nicht vollständig. Auf jeden Fall handelt es sich um eine Angelegenheit, die sich permanent ändert, und die eine fundamentale Frage aufwirft. Diese Frage lautet: „Was bedeutet es, als ein Team zusammen zu arbeiten?“

Ich habe ein schriftliches Referat vorbereitet, das, um ehrlich zu sein, weder das Thema vollständig erschöpft, noch vollständig entwickelt ist. Ich hatte vorgehabt, dieses Referat noch zu beenden, aber wegen vielen Verpflichtungen fehlte mir hierfür die Zeit... Ich sollte es am besten vortragen, denn andernfalls rede ich einfach zu viel und überschreite unseren Zeitrahmen. Nun,

schauen wir mal, was passiert und nehmen die Bemerkungen des Kursleiters als unseren Ausgangspunkt, der die Redner gebeten hat, sich möglichst kurz zu halten, damit wir uns in die Diskussion begeben können.

Darum werde ich ein kurzes Referat halten, um die Diskussion zu eröffnen und für eine eingehende Analyse ein paar Anregungen zu geben. Okay, als ich mich auf heute vorbereitete, schlug ich als erstes das Wort „équipe“¹ in dem Treccani Wörterbuch nach. Nun, als ich das Wort nachschlug, entdeckte ich, dass „équipe“ sich von dem Verb „equiper“ ableitet, das ursprünglich bedeutete „sich einschiffen“, von dem deutschen „Schiff“.

Dies scheint mir extrem interessant zu sein. Denn es spielt auf das an, was im Laufe meines Referats deutlich wird, nämlich dass es, wenn wir damit beginnen, „in équipe“ zu arbeiten, genauso ist, wie sich zu etwas gänzlich Neuem einzuschiffen.

Was ist die Definition von 'équipe'? Es wird definiert als eine Gruppe von Menschen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen und in demselben Tätigkeitsbe-

reich zusammenarbeiten, einschließlich der intellektuellen Bereiche.

Das Arbeiten in der *équipe* wird von einer Gruppe ausgeführt, zu der Experten verschiedener Disziplinen gehören oder auch verschiedene Fachgruppen ein und derselben Disziplin.

Nun, das ist eine sehr simple, einfache Definition, die eine Synergie zwischen diversen professionellen Fähigkeiten postuliert, die miteinander vereint werden, um eine Synthese zu erreichen. Damit wird eine Intervention produziert, die mehr oder minder der Summe der Fähigkeiten entspricht, aber manchmal auch dem Vielfache dieser individuellen Fähigkeiten.

Bezüglich dieser Definition der *'équipe'* gibt es, meines Erachtens, einen gewissen Unterschied zwischen einem gemeindeorientierten psychiatrischen Team und einem Team, das zum Beispiel in einem Krankenhaus arbeitet.

Ich glaube Sie wissen alle, dass im Krankenhaus innerhalb der Herzchirurgie die Mitarbeiter sehr präzise, klar definierte Aufgaben erfüllen, die allesamt notwendig sind, um das Endergebnis zu erreichen – die Durchführung einer sehr komplexen Operation.

Ich glaube, unsere Teams in der psychiatrischen Gesundheitspflege sind heute, hinsichtlich der beteiligten fachlichen Akteure, weitaus differenzierter als früher.

Es gibt verschiedene Typen von Krankenpflegern, es gibt Fachpfleger, die auf Psychiatrie spezialisiert sind, und die allgemeinen Pfleger. Es gibt Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte, und Rehabilitationsspezialisten. Ich glaube aber, dass es nicht möglich oder nicht erwünscht ist,

die Pflichten und Aufgaben dieses Fachpersonals präzise voneinander abzugrenzen.

Es gibt sehr klare Unterschiede zwischen Leitungskräften und Nicht-Leitungskräften, was viel mit Machtfragen zu tun hat. Wenn wir aber die Ebene des Wissens betrachten, einschließlich Fachwissen oder Wissen im Sinne von Kompetenz, dann wird es komplizierter, professionelle Beziehungen, Kompetenzen und Rollen zu definieren.

Ich werde mich jetzt auf die Vergangenheit beziehen, denn sie bietet uns, so glaube ich, eine Matrix und ein Paradigma für die heutigen Rollen und Kompetenzen in der psychiatrischen Gesundheitspflege.

Um es mit anderen Worten zu sagen, das gesamte professionelle Wissen in der Psychiatrie geht auf das psychiatrische Krankenhaus zurück. Dies sollten wir nie vergessen. Insbesondere entstammt der Unterschied zwischen dem traditionellen medizinischen Wissen und dem traditionellen pflegerischen Wissen in der Psychiatrie der totalen Institution, in der es eine sehr klare Definition von Rollen gab.

Darum kann uns ausgerechnet die Geschichte der De-institutionalisierung helfen, den Übergang von dieser klar definierten Situation zu dem gemeindeorientierten Team zu verstehen.

Nun, die Anstalt, eine geschlossene Situation, sie sind alle mit diesem Szenario vertraut. Viele Pfleger und wenig Ärzte. Gelegentlich weitere Berufsgruppen. Was haben sie verwaltet? Chronizität! Und in den Akutabteilungen /Intensivabteilungen verwalteten sie die gewalttätigen und gefährlichen Verhaltensweisen.

Verwahrung und Pflege, wie es die psychiatrischen Gesetze von 1904 vorschrieben².

Welche Beziehung existierte zwischen den Ärzten und Pflegern in Bezug auf Wissen? Der Arzt besaß ein kulturelles Gepäck, das wir, zumindest was Italien angeht, als primitiv biologistisch beschreiben können.

Wie Sie alle wissen hatte die phänomenologische Kultur, wie sie in einigen deutschen "Kliniken" praktiziert wurde, in Italien gar nicht oder nur minimal Fuß gefasst.

Der Arzt hat seine klinischen Berichte pflichtbewusst verfasst. Ich weiß nicht, wie viele von Ihnen die Gelegenheit hatten, solche Berichte zu lesen, aber im Allgemeinen enthielten sie eine extrem akkurate Beschreibung der somatischen Aspekte und Verhaltensweisen. Eine minuziöse und exakte Beschreibung, die zum größten Teil auf deskriptiven Kategorien basierte. Dazu kam noch ein äußerst detaillierter Kommentar zu den Behandlungen.

Wie Sie wissen, waren diese Therapien bis in die 50er Jahren hauptsächlich physische Therapien, z.B. heiße und kalte Bäder. Dann gab es noch Elektroschocks, Malariatheapie und so weiter.

Was taten die Krankenpfleger in dieser Situation? Sie waren für die Überwachung verantwortlich und es wurde von ihnen erwartet, praktisch alles zu tun, was die Ärzte ihnen befahlen.

Und so wird auch im Allgemeinen der Krankenpfleger definiert. Wie Sie wissen, ist der Krankenpfleger für "Pflege" zuständig und soll helfen, "die Last zu schultern" - in den traditionellen Institutionen war diese Aufgabe eher primitiv, in Gewahrsam nehmend.

In der Realität waren die Beziehungen zwischen Krankenpflegern und Ärzten Beziehungen, die mit den rituellen Formen der Institution verbunden waren.

Darum gab es auch keine direkten oder persönlichen Beziehungen, denn solche Beziehungen neigten dazu, von den institutionellen Ritualen abzuweichen oder sich von diesen zu distanzieren.

Es gab auch den Psychologen. Und die Sozialarbeiter. Aber ihre Funktionen waren minimal und unbedeutend.

In einer Situation dieser Art gab es keine Teamarbeit. Es gab keine Form von kollektiven Bemühungen, wo jede Person seine oder ihre Ideen und ihr Wissen sowie ihre Perspektiven auf eine gegebene Situation einbrachte.

Es gab absolut keine Diskussion über Vorhaben oder Programme. Es war eine Situation der totalen Delegation, die, was Wissen und Macht betraf, sich stets auf den Arzt bezog. Und der wiederum bezog sich, pyramidenartig, auf den Direktor. Dieser war mit solch enormer medizinisch-juristischer Macht ausgestattet, dass das Schicksal der Insassen gänzlich in seinen Händen lag.

Diese stufenartige Wissens- und Machtverteilung war sehr ausgeprägt.

Ich weiß nicht, ob Sie es wissen, aber die Pflegekurse, die früher in den Anstalten stattfanden, vermittelten größtenteils Methoden, durch die die Risiken einer plötzlichen Krise oder unerwarteten Verhaltens der Insassen gemindert werden sollten.

Wir könnten sagen, dass Techniken der Verwahrung, Überwachung und Sicherheit gegenüber etwas Unerwar-

tetem und Unvorhersehbaren unterrichtet wurden. Etwas, was immer hinter der nächsten Ecke lauerte.

Und, wie ich eingangs erwähnte, als die Psychologen und Sozialarbeiter in dieser institutionellen Umgebung erschienen, waren sie unbedeutend. In Bezug auf ihre Macht, aber auch auf ihr Wissen waren sie ohnehin den Ärzten untergeordnet.

Was war der grundsätzlich konzeptionelle Kern von Deinstitutionalisierung wie sie von Basaglia praktiziert und gelehrt wurde? Er setze die Krankheit in Klammerzeichen.

Ich denke, dass wir genau in dieser Redewendung, in diesem Konzept die realen, konkreten Möglichkeiten der Zusammenarbeit und der Allianzen zwischen fachlichen Gruppen finden, sowie die grundlegenden Elemente, die Teamarbeit ermöglichen.

Meiner Meinung nach öffnen sich durch diesen konzeptionellen Vorschlag (die Krankheit in Klammern setzen) die verschiedenen Formen von fachlichem Wissen. Denn an diesem Punkt begründet sich das neue Arbeitsfeld in jeder Handlung, in der Vielzahl von Tausenden von Handlungen, durch die Möglichkeiten einer Handlung und durch die theoretische Aufarbeitung im Verlauf eines therapeutischen Vorhabens. Denn alle anwesenden professionellen Gruppen mussten sich nach Außen in die Gemeinde begeben und diese Realität "ex novo" (aus dem Neuen) gemeinsam erleben, denn in Wirklichkeit wusste keiner, was nach der Anstaltsschließung passieren würde, als die Gemeinden sich allen Problemen gegenüber sahen, die mit dem Gespenst der psychischen Erkrankung verbunden werden. Ein Gespenst der Angst und der Gefahr.

In anderen Worten ... Zu den Patienten nach Hause zu gehen und Beziehungen mit ihren Familien und Nachbarn einzugehen, eröffnete für die Insassen viele neue Möglichkeiten zu arbeiten und soziale Beziehungen aufzubauen. Die Aktivierung der Solidarität von sozialen Initiativen und die Diskussionen über die Stigmata und Vorurteile, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, wurde zu der Basis einer neuen fachlichen Kultur und die wesentliche Voraussetzung für die Neuentwicklung des fachlichen Wissens. Dadurch wurden Wege für eine Heilung innerhalb von sozialen Kontexten geschaffen, – etwas, das wir heute "recovery" (Genesung/ Erholung) nennen.

Ich glaube, die Erfahrungen in Trieste sind einzigartig in Italien, denn es war hier eines der wenigen psychiatrischen Krankenhäuser, wo die Arbeit draußen in der Gemeinde begann und alle existierenden internen Ressourcen der Anstalt genutzt wurden. Andernorts wurde neues Personal mit neuen, erweiterten Ausbildungen und Erfahrungen eingestellt. Ich spreche jetzt hauptsächlich von den Krankenpflegern, denn in Trieste gab es eine lange Phase der "Rekonvertierung" von Krankenpflegern, die in den psychiatrischen Krankenhäusern gearbeitet hatten.

Die persönliche Motivation, nach draußen zu gehen und in den Gemeinden zu arbeiten, war sehr unterschiedlich, besonders unter den Krankenpflegern. Es gab die ursprüngliche Ausbildung, die hauptsächlich eine Ausbildung zur Selbstverteidigung und Kontrollierung war. Dann gab es die Entdeckung dieser neuen Ebenen und neuen Herangehensweisen, die von der Gemeindearbeit gefordert und hervorgebracht wurden.

Während dieser Phase wurde viel Zeit für die Krankenpfleger aufgebracht, die, von einem akademisch und technisch-fachlichen Standpunkt aus gesehen, nicht besonders gut ausgebildet waren. Aber sie waren, was die Öffnung der Anstalt, diesen Befreiungsprozesse betrifft, größtenteils hoch motiviert, und sie waren bereit, sich einzulassen auf unbekannte Situationen oder auf Situationen, die zumindest sehr anders waren als das, was sie vom psychiatrischen Krankenhaus her kannten.

Deswegen bedeutete Teamarbeit zu diesem Zeitpunkt nicht allein das Arbeiten in einer Gruppe, etwas, das unmöglich war innerhalb einer Umgebung, in der die Ideologie und die Beziehung zu dem Patienten/der Patientin dualistischer Natur (du oder ich) waren. Teamarbeit wurde zu einem realen, plastischen Terrain, auf dem die verschiedenen Gruppen sich in einer Art kollektiven Begegnung engagieren und sich an therapeutischen Projekten aktiv beteiligen konnten. Menschen fingen an, neue Aufgaben und Pflichten zu übernehmen. Sie begannen mit Risiken umzugehen. Ein weiterer wichtiger Faktor war die Tatsache, dass die Strategie der ersten Phase³ darauf abzielte, Hierarchien abzubauen. Ferner sollte der professionelle Charakter der Handlungen reduziert werden. Eine Entprofessionalisierung, wenn man so will.

Allerdings müssen wir diesen Begriff mit Vorsicht verwenden, denn "Entprofessionalisierung" könnte auch eine naive Arbeitsweise bedeuten. Dies wäre eine Arbeitsweise, der es an Würde mangelt, sich das Wissen und die Haltungen anzueignen, die in der konkreten Arbeit vermittelt werden.

Stattdessen, gab es während des Prozesses der "Entprofessionalisierung" eine Aneignung neuer professioneller und fachlicher Kategorien.

Was die Funktionen und Aufgaben anging, gab es ohne Zweifel das, was die Engländer als "overlapping of roles" (die Überschneidung von Rollen) bezeichnen. (...)

Ich gebe Ihnen ein Beispiel aus der Praxis, an dem ich persönlich beteiligt war. In diesem Fall wurde ein rehabilitatives Vorhaben im psychiatrischen Krankenhaus begonnen und dann draußen weitergeführt. Es ging um einen Mann, der aufgrund der Diagnose von residualer Schizophrenie Jahre in der Anstalt verbracht hatte. Dieser Mann wünschte sich trotzdem zu leben und gute Beziehungen zu haben. Er besaß ein Haus und einen Weinberg. Als die Erntezeit kam, entschieden wir uns alle hinzugehen und ihm bei der Ernte zu helfen. Hatte diese Entscheidung - zusammen mit Mitgliedern aller professioneller Gruppen - ihm bei der Ernte zu helfen, einen therapeutischen, also fachlichen Wert oder nicht?

Es war eine normale, alltägliche Handlung. Aber in unseren Augen gewann sie durch die Teilnahme der professionellen Akteure, den Status einer professionellen Handlung, die sich auf einen enorm wichtigen Prozess bezog: die Umwandlung von fachlichem Wissen.

Die Handlungen waren weniger spezifisch hinsichtlich der traditionellen Rollen und der damit verbundenen Macht. Gleichzeitig fand aber die Aneignung eines neuen und gemeinsamen Wissens statt. Hierdurch verringerte sich die „Wissenslücke“ zwischen den ver-

schiedenen KollegInnen, während gleichzeitig ein realer und fühlbarer rehabilitativer Akt produziert wurde, in dem man sich auf den Menschen aus Fleisch und Blut mitsamt seiner einzigartigen Geschichte einließ, anstatt sich auf die Diagnose der residualen Schizophrenie zu konzentrieren.

Wir hatten viele Erlebnisse dieser Art. Zum Beispiel die Straßenfeste in verschiedenen Nachbarschaften oder die Aktionen an den Arbeitsplätzen. Ich erinnere mich zum Beispiel an einige Ausstellungen zu psychischen Gesundheitsproblemen, die in unterschiedlichen Fabriken stattfanden. Zu dem Zeitpunkt war das Konzept der Fabrik aufs Engste mit dem Konzept des Arbeiters verknüpft und damit auch mit einer Form von Unterklasse. Die Möglichkeit, diese Diskussion direkt in die Fabrik einzubringen, war damit eine extrem wichtige Form von Prävention.

Alle Beteiligten arbeiteten zusammen, sie entwickelten ein kaum entdecktes Gebiet, auf dem der Arzt oder der Psychologe sicherlich einen Status oder eine Autorität innehatte, die größer war, als die der Krankenpfleger. Dies bedeutete dennoch nicht, dass sie in dem Moment ein exklusives Wissen hatten, aus dem sich Hierarchie ableitete.

Die Zentren für Seelische Gesundheit in Trieste wurden als Experimentierräume für die „Dekonstruktion“ von Krankheit gesehen und als ein Versuch auf die spezifischen, persönlichen Bedürfnisse der Nutzer einzugehen. In dieser Zeit war Teamarbeit ein häufiger und beständiger Bestandteil der Praxis. Teamarbeit, die nicht auf Hierarchie, sondern auf der Beteiligung aller basier-

te, in der die Vorschläge aller Beteiligten respektiert wurden und die verschiedenen, spezifischen Herangehensweisen nicht gegeneinander gestellt wurden.

Das ist mehr oder minder der Eindruck, den ich über die Jahre gewonnen habe. Ich glaube, neben den anderen Erfahrungen, die zu diesem Zeitpunkt in der Sozialpsychiatrie und in anderen Teilen Italiens nach der Reform von 1978 gemacht wurden, ist es dieser Aspekt des Zusammenarbeitens, der uns auszeichnet. (...)

Mittlerweile gibt es auch die akademische fachliche Ausbildung der Pflegekräfte. Die Krankenpfleger werden heute anders ausgebildet, auch im Hinblick auf die Funktion von „Pflege“, (...), die die Pflege als eine unabhängige Wissenschaft legitimiert, anstatt sie als ein von medizinischer Wissenschaft abhängiges Gebiet zu verstehen, wie im traditionellen Verständnis von Pflege.

Dieses neue Verständnis bietet eine hervorragende Rechtfertigung für die Arbeit der Pflege in der Gemeinde, oder auch im Krankenhaus. Und dies ist sehr wichtig.

Nun, möchte ich einige Fragen aufwerfen. Die erste Frage ist: Wie können wir die Arbeit von gemeindeorientierten psychiatrischen Gesundheitsdiensten in einem Kontext definieren, der selbstverständlich voraussetzt (obwohl man dies nicht selbstverständlich voraussetzen sollte), dass die Gemeinde die einzig mögliche und sinnvolle Umgebung für Pflege ist? Warum gibt es unterschiedliche professionelle Ansätze?

(...)

Gestatten Sie mir noch 2 oder 3 Anmerkungen.

Wie sollte man die Kultur und die Organisation eines 24-Stunden geöffneten Zentrums für seelische Gesundheit gestalten, damit es eine verlässliche Struktur und eine deutliche, starke Präsenz in der Gemeinde hat? Ich denke, wir sollten uns hier auf Kriterien beziehen, die sich aus der Konzentration auf den Menschen und seine Geschichte ableiten und nicht aus der Krankheit, eine Aufmerksamkeit, gerichtet auf die persönliche Erfahrung dieses Menschen, seine Familie und seinen sozialen Kontext.

Die grundlegenden Prinzipien sind:

- weitgehende Reduzierung der medizinischen Aspekte und der Hospitalisierung
- eine umfassende Herangehensweise an alle Probleme eines Menschen im Kontext
- Interaktion mit der Familie
- eine koordinierte und konzertierte Vorgehensweise, die die Integration und Zusammenarbeit aller KollegInnen anstrebt, die in den Bereichen sozialer Dienste, der Ausbildung und der Beschäftigung in der Gemeinde tätig sind
- die Übernahme der Verantwortung für die Probleme des Nutzers in all ihren Facetten, einschließlich krimineller Taten, und der möglichen Verwahrung in einem forensischen Krankenhaus
- außerdem natürlich noch die Interaktion mit den dezentralisierten Gemeinde-Gesundheitsdiensten
- die Befähigung/ Ermächtigung von Nutzern
- und so weiter...

Dies sind die Koordinaten, die nach wie vor unsere Vorgehensweise kennzeichnen, es sind die Elemente, mit denen alle Mitglieder unserer Gemeindeteams vertraut sein und umgehen müssen.

Meine Frage lautet: Gibt es bei dieser Art von Arbeit, die entlang dieser Achsen organisiert ist und von daher nicht auf der phänomenologischen Theorie basiert oder nach systemischer Psychotherapie organisiert ist, Spezifika, die nur einer Berufsgruppe zu ordnen sind?

Ich persönlich denke, dass die Antwort hierzu "Nein" lautet. Ich glaube, dass dort, wo die Kriterien für die Übernahme von Verantwortung für den Nutzer zur Anwendung kommen (und entlang all dieser Prinzipien), wo also mehr als nur ein einfach technischer Umgang mit einer Krankheit stattfindet, gibt es für alle Akteure im Team ausreichend sich überschneidendes, sich ergänzendes Wissen.

Wir könnten nun eine Diskussion zu der Entwicklung der letzten Jahre beginnen, in denen wir begonnen haben, innerhalb der Organisationen bestimmte Funktionen zu bestimmen. (...)

Zum Beispiel gibt es Professionelle, die an dem Problem der Beschäftigung arbeiten und sich deswegen viel mehr Erfahrung in diesem Bereich angeeignet haben als andere. Ihre Erfahrung umfasst Wissen und Informationen über Gesetze und Vorschriften, über das Vorgehen unterschiedlicher Behörden, die Charakteristika des Arbeitsmarktes und so weiter und so fort. Dies macht sie letztlich zu größeren Experten auf diesem Gebiet als andere.

Ich denke hier auch an die Kollegen, die in Gefängnissen und forensischen Krankenhäusern arbeiten und die, die mit besonderen Projekten beschäftigt sind.

Ein stets vorhandener Aspekt (einer, der immer gegeben sein muss) ist die Sozialisierung dieses Expertenwissens innerhalb des Teams, sofern ein Kollege mehr Expertenwissen besitzt. Dies bedeutet nicht, dass alle dieses Wissen zum selben Grad, mit all seinen Konsequenzen und in demselben Umfang besitzen müssen. Aber dieses Wissen wird für alle Beteiligten zu einem Teil der Grundlagen für Vergleiche, Analysen, die Diskussion und die Ausarbeitung des Vorgehens mit einem Nutzer oder für Projekte mit einer Gruppe.

Von daher bedeutet es nicht, wenn ein Kollege zu einem Experten innerhalb eines Teams wird, dass diese Person sich ein professionelles Wissen angeeignet hat, dass ihn zugleich für eine andere Position innerhalb einer Hierarchie berechtigt.

Diese Formen des Wissens können gewisse Probleme für die Organisation der Arbeit bereiten, aber das ist eine andere Diskussion, wenn auch eine sehr wichtige.

Meiner Ansicht nach existieren heute in der gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgung unterschiedliche Vorstellungen von Arbeit in einem Team.

Eine Vorstellung ist das kulturelle und organisatorische Modell, das ganz einfach bestimmte „Psy“-Kategorien modernisiert und die Verteilung professioneller Aufgaben nach neuesten Vorgaben organisiert.

Dies wird erreicht, in dem Aufgaben einfach aufgeteilt werden. Der offensichtliche Nachteil bei dieser Vorgehensweise ist, dass die einzelnen Akteure sich dann nur

mit ihrem Bereich der streng psychiatrischen, psychologischen oder psycho-therapeutischen Kompetenz beschäftigen. Und dies mit der Tendenz, bestimmte Bereiche einfach an die sozialen Dienste zu delegieren.

Dann gibt es auch das englische Modell, in dem der Bereich der Sozialen Hilfe gut entwickelt und recht autonom ist. Ihm wird die Aufgabe zugewiesen, sich um die eher sozialen Interventionen zu kümmern.

Innerhalb dieses Modells hat das psychiatrische Team und ganz bestimmt das gemeindeorientierte Team eine wesentlich stärkere Identität, auch hinsichtlich seines spezialisierten Wissens. Aber die vorrangige Kritik an diesem Modell ist wieder, dass die Teams stark hierarchisiert sind. Innerhalb der neuen Rolle als „Psychotherapeuten“ unterwerfen sich die Krankenpfleger immer noch den Ärzten.

Andere Kritikpunkte an diesem Modell sind:

- ❑ Psychologen steuern weiterhin ihre durch Evaluationstests und Fragebögen gewonnenen Diagnosen bei, die oftmals genauso detailliert wie nutzlos sind;
- ❑ Rehabilitationstherapeuten führen Rehabilitationsberichte und Maßnahmen ein, die absurderweise ohne Bezug zur Gemeinde in Tageszentren durchgeführt werden;
- ❑ Die Rolle der pädagogische Spezialisten. Vor einigen Tagen las ich, dass in der Provinz von Syracus in Sizilien das lokale psychiatrische Gesundheitszentrum einen pädagogischen Spezialisten einsetzt, um, wie soll ich es sagen, bereichsspezifische Maßnahmen an Schulen durchzuführen. Nun, dies ist eine

sicherlich nützliche und wichtige Aufgabe, aber sie ist kaum verbunden mit den anderen Interventionen des Zentrums und daher ist sie nicht besonders wirkungsvoll.

- Die Ärzte. Okay, selbst in einem System, das modernisiert wurde und in dem auch die Funktionen neu verteilt und modernisiert worden sind, fungiert der Arzt fast immer als eine Art Manager und daher als jemand, der koordiniert. Diese Funktion könnte sehr leicht gemeinsam organisiert werden.

Ein weiteres Problem, das im Allgemeinen in solchen Modellen auftaucht, ist, dass die Gemeindeteams oft so organisiert sind, als ob sie alle Abläufe beurteilen und steuern könnten, nicht nur innerhalb ihres eigenen Dienstes, sondern alle NutzerInnen und alle Maßnahmen, die zu ihrer Unterstützung nötig sind. Früher oder später entdecken wir, dass so eine Organisation entsteht, die identisch mit der alten Anstalt ist.

Warum geschieht das? Wenn meine Aufgabe von den Aufgaben anderer gänzlich unabhängig ist, so dass ich sagen kann: „Ich mache Psychotherapie und Du arbeitest mit den schweren Fällen“, dann ist es zwangsläufig so, dass der Psychotherapie-Verantwortliche keine große Lust darauf hat, von Nutzern „kontaminiert“ zu werden, die im Grunde genommen eine starke Form des „Festhaltens“, der Versorgung benötigen.

(...) Dies ist also ein kulturelles Modell für den psychiatrischen Gesundheitsdienst und für ein psychiatrisches Gemeindeteam.

In den Zentren für seelische Gesundheit in Trieste haben wir es 30 Jahre lang als unbedingt erforderlich

erachtet, auf jegliche Auswahl von Nutzern zu verzichten. Dies ist ein sehr wichtiges Konzept, denn es beeinflusst die Teamorganisation und damit auch die Arbeit des Teams an sich.

Das kulturelle und organisatorische Modell, das durch eine vollständig gemeindeorientierte Herangehensweise ohne jeglichen Selektionsprozess von Nutzer gekennzeichnet ist (zu dem, glaube ich, wir in Trieste einen wichtigen Beitrag geleistet haben), mündet in einer Situation, in der viele professionelle Rollen sich zwar weiterhin etwas unterscheiden, insbesondere hinsichtlich der Macht (hier müssen wir ehrlich sein, denn die Frage der Macht existiert, und es gibt nun mal Verantwortlichkeiten im juristischen Sinne), aber in Bezug auf die operativen Kriterien für den Umgang mit Problemen und was die Funktionen innerhalb des Dienstes betrifft, einen beträchtlichen Grad an Überschneidung erlauben. In diesem Modell finden wir bei den Teammitgliedern, die mit Organisationsaufgaben betraut sind nicht die Verfestigung der, wie soll ich es sagen, Vormachtsstellung des professionell-fachlichen Wissens. Denn auch die Kollegen, die keine Manager sind, können bezüglich der Bedürfnisse von Nutzern wertvolle und relevante Wissens- und Evaluationselemente produzieren. Davon bin ich absolut überzeugt.

Ich habe persönlich oft sehr wertvolle Analysen, Input und Einsichten von nicht-medizinischen Kollegen erhalten, die denen von Ärzten weit überlegen waren, da diese dazu neigen, ihre therapeutische Distanz zu wahren und nicht auf die Bedürfnisse einzugehen.

Dies ist immer die Stärke unserer Organisation gewesen und sie soll es bleiben.

In dem Titel meiner heutigen Präsentation sind Qualitätsindikatoren erwähnt und ich wurde auch gebeten, einige dieser Indikatoren zu erwähnen. Hinsichtlich der Arbeit unseres Gemeindeteams springen mir 3 Parameter ins Auge, die sich direkt aus unserer Erfahrung der De-institutionalisierung ableiten.

Erstens, dass alle Akteure hinsichtlich der Herangehensweise dieselbe allgemeine Philosophie teilen. Dies bedeutet, auf seelische Gesundheitsprobleme auf die Art einzugehen, die wir über Jahre in Praxis und Theorie definiert und entwickelt haben, mit der grundsätzlichen Folge, dass keine Selektion von Nutzern nach dem Grad der Schwere ihres Zustandes stattfindet.

Ein weiterer Qualitätsindikator ist, meiner Ansicht nach, die Verantwortung aller Akteure zu tun, was jenseits einer rigiden, Vorabdefinition von Arbeitsaufgaben und -pflichten für die Emanzipation der Nutzer notwendig ist, ohne diese Verantwortung an Andere zu delegieren. Dies ist ein sehr wichtiges Konzept.

Das Dritte, und dies steht im Zusammenhang mit dem Vorhergehenden, ist der Indikator für Autonomie. Ich glaube, die Gemeindeteams sollten zunehmend autonome Akteure und Untergruppen haben. Das hängt mit der Verantwortung für individuelle oder gruppenbezogene Maßnahmen zusammen, aber auch mit der Einbeziehung des gesamten Teams in die Entscheidungsprozesse bei der Planung und Ausarbeitung solcher Maßnahmen.

Das sind einige der Indikatoren, die bei der Entwicklung unserer Praxis, betont oder zumindest ange-dacht werden sollten.

Ich möchte gern meine kurze Präsentation mit einigen Fragen abschließen. Fragen, die vielleicht etwas provokativ sind und die wir, oder Sie, zusammen diskutieren könnten. Entspricht diese Vision, die alternativ und vielleicht auch in mancher Hinsicht einzigartig ist, der Arbeit unserer Gemeindeteams ?

Entsprechen die von Individuen und Gruppen durchgeführten Aktivitäten immer diesen Prinzipien und dem erwünschten Vorgehen? Stellt die offensichtliche Zunahme der Professionalität und Kultur der verschiedenen Berufsgruppen einen Faktor dar, der die allgemeine Interventionsfähigkeit des Teams verbessert? Verstärkt es die Verantwortung und Autonomie der Teammitglieder?

Tendieren wir manchmal dazu, mehr technische Rollen zu etablieren oder zu konfigurieren, die, wie ich es in dem ersten Modell beschrieb, die umfassende und nicht-selektive Annahme einer Verantwortung für den Nutzer in Zweifel zieht?

Die Diskussion ist eröffnet und jeder kann jetzt antworten.

Anmerkungen

- 1 In Trieste wird das Wort „equipe“ entsprechend dem im Deutschen eher gebräuchlichen „Team“ benutzt.
- 2 Die erwähnten Gesetze waren die rechtliche Grundlage der psychiatrischen Krankenhausunterbringung, bis 1978 durch das Gesetz 180 eine grundlegende Reform eingeleitet wurde.
- 3 Gemeint ist die erste Phase der Schließung der psychiatrischen Anstalt San Giovanni in Trieste.

Andrea Clarot
Der Kreis der Verrückten

Im ersten Viertel meines Lebens befand ich mich am Fuß eines Hügels. Der Weg hinauf schien mir sehr steil und gewunden. Und genauso war es. Damit beginnt meine Geschichte. Jahre voller Schwierigkeiten, Frustrationen und Irrglauben. Unfähig, den Weg zu finden, der zu einem Leben führen könnte, das irgendwie vorhersehbar wäre.

So stand ich da als Pfleger am 10. Dezember 1984. Vierundzwanzig Jahre alt, auf der Suche nach mir selbst, denn bis dahin war nichts entschieden, alles musste noch geschehen, einschließlich meines Weges, meines Schicksals, meiner Zukunft, meiner Geschichte.

Tja, meine Geschichte. Aber letztlich ist es nur eine kleine Geschichte. Wie vielen Geschichten bin ich begegnet und habe zugesehen wie sie auseinander fielen? Wie viele Stimmungen, traurig, glücklich, manisch, besessen oder leer habe ich mir zueigen gemacht, in meiner Seele festgehalten und nie losgelassen?

Jetzt sitze ich im Zug. Das Mädchen mir gegenüber trägt ein T-Shirt mit einem Namenszug, der mich

irgendwie an den Nachnamen einer älteren Patientin erinnert, aus der Zeit als ich in Via Valussi arbeitete. Dies weckt Erinnerungen an Tragödien, vielleicht die erste: Die arme Frau rief immer „Mamma, Mamma, Mamma“. Wegen einer blöden Scheibe Schinken, die sie immer von ihrer Mutter klauen wollte, erstickte sie irgendwann, als sie versuchte, eine Scheibe auf einmal zu verschlucken. Leben, die wegen nichts zerbrochen werden, schmerzhaft Geschichten, die auch mich gezeichnet haben.

Wer weiß, wenn ich doch zur See gefahren wäre, hätte mich das alles vielleicht nicht berührt. Ich wäre vielleicht betrunken in einer Spelunke in Belem. Oder vielleicht wäre ich einer von ihnen, jemand, der nie die Gelegenheit hatte, sich an einer Kreuzung zu befinden und zu wählen.

Meine Geschichte besteht aus Orten und Menschen. Hauptsächlich Menschen, die einen Eindruck in meinem Leben hinterlassen haben. Ich möchte eine kleine Liste machen, aufs Geratewohl (obwohl für mich jeder seinen Platz

hat): Ezio, Amedo, Erio, Max (wie viel Leid und ich meine physisches Leiden). Aber es gab auch einen Wendepunkt in meinem Leben: unerwartet und überwältigend.

Auf jeden Fall springen mir immer mehr Namen in den Kopf, je mehr ich schreibe. Namen, die stets mit Geschichten und Orten verbunden sind.

Ich erinnere mich an meinen ersten Arbeitstag, als ein Nutzer (das Wort bedeutete mir damals gar nichts, sie waren alle Nutzer, alle gleich) zu mir kam und sagte: halte Dich von dem-und-dem fern, er ist schizophren. Aber stattdessen fühlte ich mich davon angezogen; ich spürte das Bedürfnis zu verstehen, das Bedürfnis, diese Grenze zu überschreiten, vielleicht sogar mehr meinetwillen als für den anderen.

Nach zwanzig Jahren in diesem Beruf habe ich nur ein Jahr Spezialisierung in Psychiatrie hinter mir. Dies war sicherlich auch nützlich, aber mehr auch nicht: Ich habe immer gearbeitet, gearbeitet, gearbeitet. Ohne jemals anzuhalten, um mich zu fragen, ob ich das richtige tue, oder, um mich mit anderen zu vergleichen. Eines Tages sagte mir jemand, dass ich immer alleine arbeite. Sie hatten Recht. Aber vielleicht, weil mir nie jemand die Chance gegeben hatte, es zu verändern.

Ich habe zwanzig Jahre am selben Ort gearbeitet. Ich habe wichtige und tiefe Beziehungen mit anderen unterhalten, aber in letzter Zeit habe ich begonnen, an meiner Arbeitsfähigkeit zu zweifeln. Diese Zweifel stammen von anderen. Aber als ich ging, waren viele bestürzt, mich gehen zu sehen, sie fühlten sich verlassen. Ich fühlte mich auch verlassen. Ich habe Sehnsucht nach manchen Menschen, nach bestimmten Momenten, auch wenn sie schwierig waren.

Mit besonderer Begeisterung erinnere ich mich an die Zeiten, als Dr. Reali Chefspsychiater war. Es war für alle eine goldene Zeit: für PflegerInnen, NutzerInnen und sogar für die Menschen in unserer Nachbarschaft. Es gab große Feste und Treffen, bei denen Menschen im Vordergrund standen. Es gab großartige MitarbeiterInnen, die in der Anstalt gearbeitet hatten, die sie dann dichtgemacht und die 24-Stunden Zentren für seelische Gesundheit gegründet hatten. In dieser Zeit wuchs ich endlich heran, ich bildete mich selbst aus und fand Wege, mein Selbst zum Ausdruck zu bringen. Ich war Teil einer Gruppe; alles war einfach und schön. Zusammen zu sein war das natürlichste der Welt. MitarbeiterInnen wie Piero, Dario, Gloria, Anna, Fulvia, und Luciano hatten einen kämpferischen Geist, tiefgehendes Wissen und die Lust, mehr zu wissen.

Alle waren vereint, wie in einer großen Familie. Es gab auch große Probleme und sogar Todesfälle, aber damals redeten die Menschen über die Dinge und wir arbeiteten wie die Hunde, nicht nur um alles zu schaffen, sondern auch um die Frustration zu teilen und um bestimmte Situationen zu analysieren – nicht allein, um darauf zu reagieren, sondern um unseren Gedanken und Ängsten Leben einzuhauchen. Ja. Jetzt wo ich darüber nachdenke, habe ich nicht nur gearbeitet. Ich bin auch gewachsen und habe mich selber ausgebildet. Es gab eine grundlegende Idee und etwas, das uns das Gefühl vermittelte, Teil von etwas viel größerem zu sein. Eine einzige und unteilbare Identität.

Die Jahre vergehen und solange ich noch Lust habe zu arbeiten, erkenne ich, dass die Dinge sich um mich

herum verändert haben. Möglicherweise ist der Zauber gebrochen. Vielleicht sind wir innen noch dieselben, aber unsere Sprache, unser Zusammensein ist nicht mehr dasselbe. Unsere Angst, unsere Sorgen haben unseren Spiel- und Erfindungsdrang überwunden. Vielleicht haben wir begonnen zu verstehen, dass wir letztlich doch alle gleich sind. Vielleicht macht uns das Angst.

Ich erinnere mich an einen ehemaligen Kollegen von mir, der behauptet hat, mit dem bloßen Willen seiner Gedanken Bilder sprühen zu können, die dem Werk berühmter Künstler ähnelten. Sowas! Aber er war wahrscheinlich der erste, der die Schwierigkeiten unserer Arbeit verstanden hat. Ehrlich gesagt, ich bin unfähig zu schreiben und es wäre mir lieber, diese Geschichte aufzugeben und sie unbeendet zu lassen. Es nur zur Hälfte machen, wie es meine Mutter, meine Exfrau und die Chefspsychiaterin mir früher vorwarfen. Die Chefspsychiaterin, die ich vor kurzem verlassen habe, weil es kaum noch auszuhalten war und mich beinahe verrückt machte.

Ich, der die Verrückten heilen soll. Und am Ende werde ich noch verrückt und vielleicht bin ich schon verrückt, aber ich werde ja dafür bezahlt.

Tatsächlich hat meine ehemalige Chefin eine wichtige Rolle in meinem Wachstumsprozess gespielt. Oder sollte ich Regression sagen. Ich bin immer noch verärgert. Verärgert, weil ich sie nicht dahin bringen konnte, meine Arbeit mit Menschen anzuerkennen. Das hat mich unsicher gemacht und brachte mich zu dem Glauben, dass das, was ich machte, schon immer das Falsche war oder zumindest absolut gleichgültig. Ich hasse sie nicht, denn ich weiß nicht, wie man hasst. Aber wenn ich es könnte...


Vor einigen Jahren hat sie eine Verwandte verloren und alle haben ihr Beileid ausgesprochen. Ich schrieb ihr einige sehr intensive und aufrichtige Zeilen, die sie sehr bewegten. Obwohl ich sie nicht wirklich kannte, schrieb ich ihr diese Zeilen. Vor ein paar Jahren hatte ich ein ernstes physisches Gesundheitsproblem und sie hat mich nicht einmal gefragt, wie es mir ging, oder ob ich etwas brauchte. Aber für andere war sie da, obwohl ich für sie gearbeitet habe wie alle anderen auch.

Vielleicht ist das alles egal. Ich muss nur meine Arbeit verrichten und das ist alles. Produzieren, weiter machen...

Ich habe zehn Jahre meines Lebens mit dieser Frau verbracht und wir hatten immer Probleme, obwohl ich anfangs sehr erfreut über sie war, weil es während der 90er diesen Karrierefrauenboom gab und ich dachte, eine Frau als Chefin könnte uns vielleicht andere Sichtweisen bringen. Ich dachte, diese Veränderung würde Gesundheit, Fantasie und ein besseres Gruppengefühl bringen. Nun, vieles ist für Frauen getan worden, aber den Männern ist auch vieles entzogen worden.

Ich weiß nicht, wie ich diese Aufgabe beenden soll. Ich würde gern von schönen Sachen schreiben, denn ich habe auf jeden Fall viele wunderbare Erlebnisse gehabt und worauf es wirklich ankommt, sind die Beziehungen, die du mit anderen teilst. Wichtig ist nicht, was du bekommst, sondern was du anderen geben kannst. Ich bin sehr froh über das, was ich anderen habe geben können. Wenn ich an manche denke, dann erfüllt es mein Herz mit Wärme. Ich will sie alle umarmen. Ich habe Arme lang und breit genug, um Angelos süße

Augen, Paolos lange Haare, Marios großen Bauch, den Geruch von Roberts Füßen, Robys krummen Rücken und Loredanas Brüste zu umfassen und sie alle zu halten. Denn das, was ich heute bin, verdanke ich am allermeisten ihnen.



Handeln. Zusammen handeln. Selbstbeobachtungen.



Giuseppe Dell'Acqua

Praxis und das Konzept von „Dem Schultern der Last“

Wir müssen eine gemeinsame Basis errichten, durchzogen von pädagogischen Bahnen, die uns ermöglicht, uns unsere Erfahrungen mitzuteilen, als wären wir unwissende Akteure.

Das Ziel ist, Handlungen, Wörter, Beziehungen und Kontexte bewusst wahrzunehmen.

Wenn wir uns mit der Praxis und dem Konzept von „dem Schultern einer Last“ beschäftigen, gibt es einige Begriffe, die uns helfen zu definieren, was es heißt für jemanden „eine Last zu schultern“:

- nehme die Menschen in deinem Dienst freundlich auf
- pflege sie
- übernehme Verantwortung für sie
- erkenne Bedürfnisse und Erfahrung
- das therapeutische Ziel
- persönliche Geschichte
- Kontext
- Mikro-Kontext
- Entinstitutionalisierung

- die Veränderung des Paradigmas, mit dem wir Krankheit interpretieren
- die theoretische Begründung unserer Bezugsmodelle

Über das „Schultern einer Last“ zu sprechen, heißt über Erfahrungen, Bedürfnisse und Kontexte zu sprechen und dies bedeutet, über das kausal-deterministische, biologische Modell von Krankheit hinaus zu gehen.

Die Reflektion über WER-WIE-WO führt uns zu der Definition eines neuen Paradigmas – das Paradigma der Gemeinde.

Gemeindeorientierte psychiatrische Gesundheitsversorgung ist möglich, wenn eine kritische Einstellung gegenüber dem Krankenhaus oder der ambulanten Psychiatrie existiert und die Einsicht, dass wir selbst das Hauptwerkzeug unserer Arbeit sind.

Die Fähigkeiten, eine Person dabei zu unterstützen, Akteur im eigenen Leben zu sein, heißt, dafür zu arbeiten, dass er/sie sich wieder Macht aneignet, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Würde. Das Ziel

ist die grundlegende Erholung des Selbstbilds und bedeutet, den Anderen in den Mittelpunkt unserer Arbeit zu stellen.

„Eine Last zu schultern“ verlangt also Veränderungen. Die erste Veränderung bezieht sich auf die Beziehung zu dem psychiatrischen Anstaltsmodell. Es bedeutet, dieses Modell aufzugeben, und zu kritisieren, während man gleichzeitig versucht, etwas über das Modell selbst zu verstehen (und auch darüber was wir davon mitbringen).

Es bedeutet, auf das Überflüssig-Sein der psychiatrischen Krankenhäuser hin zu arbeiten, so dass die für das Leben der Nutzer notwendigen Angebote in der Gemeinde angesiedelt werden können.

Die Kritik des Anstalts-Modells ist grundlegend für die gemeindeorientierte Arbeit. Es gibt persönliches Leiden, und es gibt eine fachliche ‘Sichtweise’ für die Interpretation dieses Leidens. Krankheit ist die erste Form, mit der das Leiden institutionalisiert wird: sie wird zu einer Diagnose, einem Objekt, das die Institution aufnimmt.

Ein weiteres Modell, das durchgearbeitet werden muss, um bei dem Konzept von dem „Schultern der Last“ anzukommen, ist das Sektor-Modell. Dieses Modell war in der französischen Psychiatrie der 60er und 70er sehr wichtig. Zu diesem Zeitpunkt gab es eine starke Bewegung, die psychiatrischen Krankenhäuser aufzugeben, sich auf das Individuum zu konzentrieren und sich auf die Gemeinde, das Bezugsgebiet und die Bedürfnisse der allgemeinen Bevölkerung zu beziehen. In unserer Arbeit in den Zentren für geistige Gesundheit

beziehen wir uns ebenso auf die Region. Wir erschaffen ein operatives Bild von der Kultur der Menschen in einer bestimmten Gemeinde. Wir überprüfen die existierenden Ressourcen, die genutzt werden könnten.

Wenn wir davon sprechen, „eine Last zu schultern“, sollten wir auch an das Modell der therapeutischen Gemeinschaft (Maxwell Johnson - 1960er) denken. Hier findet man auch den kategorischen Imperativ, die Institution ‘aufzugeben’, in dem man neue Verwaltungs- und Interventionsstrategien in sie einführt: reziprokes Wissen, Beziehungen, eine therapeutische Umgebung und Atmosphäre.

Die Tradition der erweiterten therapeutischen Gemeinschaft findet man auch in der Fähigkeit des Zentrums für geistige Gesundheit, ein breites Spektrum an inter-personellen Beziehungen in sich aufzunehmen und weiterzuführen. Diese Tradition spiegelt sich auch in der Vorstellung von der Gruppe als die Summe miteinander agierender, persönlicher Geschichten, Erzählungen und Erkenntnissen.

Wir müssen auch das psychotherapeutische Modell betrachten, das integriert und innerhalb des de-institutionalisierten Modells umgewandelt werden sollte, d.h. innerhalb des Modells von dem „Schultern der Last“. Das bedeutet, den Menschen einen Wert zu geben, auch ihren Familien, Netzwerken und Beziehungen. Es bedeutet, zuzuhören und fähig zu sein, von den eigenen Erfahrungen zu erzählen.

Wenn man sich mit „dem Schultern einer Last“ beschäftigt, muss man sich auch mit dem Modell der De-Hospitalisierung beschäftigen. Sobald wir die Instituti-

on Krankenhaus aufgeben, und uns in die Gemeinden begeben, stellt sich uns das Problem, Wege zu erschaffen, um der Öffentlichkeit Zugang zu den Diensten zu ermöglichen. Psychiatrische Institutionen repräsentieren das Maximum der Nicht-Kommunikation, der Distanz und das Fehlen von gegenseitiger Anerkennung zwischen Individuen und Institutionen. In der De-hospitalisierung müssen wir Wege erfinden und erschaffen, um der allgemeinen Öffentlichkeit näher zu kommen.

Ein letztes Modell, mit dem wir uns in der Vergangenheit auseinandergesetzt haben, war das von Laing, Cooper und Esterson. Von diesen bedeutenden Theoretikern der radikalen Kritik der Psychiatrie leiten wir unser Bemühen ab, die Notwendigkeit und das Recht des Nutzers auf Ausübung seiner Bürgerrechte anzuerkennen.



Franco Rotelli

„Pflege und/oder Heilung: Die Rolle der Dienste und der Professionellen“

Wenn Streitfragen zu allgemein gehalten sind, besteht das Risiko, dass die Diskussion ebenso allgemein wird. Aber ich hoffe, einige Anregungen beizutragen, die für die Diskussion oder den Vergleich unterschiedlicher Standpunkte nützlich sein können.

Der Ausgangspunkt an sich ist schon provokativ, insofern er „Pflege und/ oder Heilung“ spaltet, gegenüberstellt. Augenblicklich stellt er einen Unterschied zwischen zwei Dingen her, als würde Heilung Pflege ausschließen oder als würde Versorgung nicht die Heilung zum Ziel haben. Tatsächlich weist er auf eine Auseinandersetzung hin. Pflege und Heilung sind in ihren Auswirkungen zwei unterschiedliche Dinge.

Heilung ist etwas, das streng an medizinisches Wissen und an das Konzept der Krankheit geknüpft ist. Sie ist aufs Engste mit der Idee verbunden, dass etwas entfernt werden muss, etwas von dem jemand hoffentlich geheilt werden kann.

Das Wort 'Pflege' bezieht sich weder direkt noch notwendigerweise darauf. In Italien wird das Wort 'cu-

rare' auf unterschiedlichste Art und Weise verwendet: sich um die Erziehung eines Kindes kümmern, sich um seine Familie kümmern, um die eigenen Belange, eine Firma, ein Zuhause. Etymologisch betrachtet, bezieht sich das Wort 'cura' (Pflege) auf: 'die Beschäftigung mit sich selber', 'Verantwortung zu übernehmen', eine positive Auseinandersetzung mit einer Sache und die Um-sorgung und Verpflegung einer Sache.

Es identifiziert also nicht irgendeinen gegenwärtigen Schaden oder eine Wunde, die geheilt werden muss. Es identifiziert eine komplexe und positive Handlung, um den positiven Zustand oder den positiven Aspekt einer Sache zu (re-)produzieren.

In Pflegeeinrichtungen und bei Versorgungsangeboten ist das Konzept der Pflege zu etwas Unverständlichem oder Nichtexistenten geworden. Im Gegenteil, es ist zu einem Element innerhalb eines Prozesses reduziert worden, der als der tatsächliche und eigentliche Zweck der Gesundheitsversorgung verstanden wird, nämlich die Heilung. 'Pflege' wird zu einer Funktion der 'Heilung',

oder sie hat keinerlei Bedeutung innerhalb der Gesundheitsdienste, so wie sie heute, gestern und vermutlich auch morgen strukturiert sein werden.

Deshalb glaube ich, dass diejenigen, die diese Begriffe gewissermaßen antithetisch betonten, die folgende Fragestellung unterstreichen würden; ob wir innerhalb des Gesundheitssystems dem Wort 'Pfleger' wieder seine ganze Bedeutung geben sollten oder ob sie weiterhin ein untergeordnetes Element in dem Konzept der Heilung sein sollte.

Eine untergeordnete Nebenfrage – wie die Frage nach Pflege in Verbindung mit dem medizinischen Wissen – muss erneut untersucht werden. Wenn die 'Pfleger' weiterhin lediglich als 'Kammerzofen' des dominanten Konzepts der 'Heilung' verstanden wird, dann weist dies auf eine Reduzierung von alledem hin, was innerhalb der Pflege geleistet wird: auf den Status von einer Nebenrolle – der tatsächlichen Macht, der medizinischen Macht, untergeordnet.

Wenn also die gesamte Organisation von Pflege dem Leuchtfeuer des medizinischen Wissens untergeordnet ist und unterwürfig und zweckgebunden sein muss, dann wird die Pflege ebenso zu einer untergeordneten Funktion des Heilens – der souveränen Tätigkeit der Ärzte – oder sie wird auf dem Feld der Gesundheitsversorgung keine Existenzberechtigung mehr haben.

Ich glaube, die Organisatoren dieses Kurses wollten etwas sagen wie: „Moment mal. Vielleicht ist es an der Zeit über die Tatsache nachzudenken, dass nicht alles in der Gesundheitspflege notwendigerweise dem medizinischen Wissen/ der Macht untergeordnet sein

muss, es gibt eine Vielzahl von Dingen, die dem medizinischen Wissen/ der Macht nicht untergeordnet sind oder sein müssen.“ Deshalb müssen wir überlegen, was genau nicht notwendigerweise untergeordnet sein muss. Was muss vielleicht oder notwendigerweise dieser Macht/ dem Wissen gegenüber nicht unterwürfig sein?

Offensichtlich führen wir hier ein erwünschtes Konzept ein, von dem wir hoffen, dass die Träger der Gesundheitsversorgung es annehmen werden. Ein Konzept, das es mit sich bringt, dass man sich viel Ärger einbrockt. Mit anderen Worten: Ich glaube, dass wir, wenn wir diesen Weg einschlagen und beginnen, diese Fragen eingehender zu untersuchen, ein Gebiet betreten, das uns möglicherweise viel Ärger bringen wird.

Das erste Problem: Wenn wir das Konzept der Heilung als wichtigstes Ziel aufgeben, den letzten Zweck unseres Tuns, begeben wir uns in die Gefahr, uns zu verlaufen. D.h. wir riskieren, in einen unbegrenzten Raum zu geraten, wo wir die Grenzen unserer Rolle nicht mehr kennen und auch nicht die Grenzen unserer Handlungen, was von uns erwartet wird und wozu wir uns verpflichten. Es ist ein fatales Risiko. Nun, warum sollten wir ein solches Risiko eingehen? Wer will, dass wir so etwas tun? In wessen Namen? Vermutlich im Namen der Interpretation oder des Verständnisses von 'dem was geschieht'. Im Grunde genommen werden wir gebeten, das was um uns herum geschieht, neu zu interpretieren und den Versuch zu unternehmen, das, womit wir es zu tun haben, zu verstehen.

Womit haben wir es zu tun? Wir haben es mit einer Realität zu tun. Nehmen wir zum Beispiel Trieste (es ist repräsentativ für das, was überall geschieht): diese Stadt hat 240-250.000 EinwohnerInnen. Und womit haben wir es in dieser Bevölkerung zu tun? Wir haben es hier mit circa 11.000 Diabetikern zu tun, eine unheilbare Erkrankung. Wir haben es hier mit 1.000 bis 1.500 Menschen zu tun, die von illegalen Substanzen abhängig sind. Wir haben es mit 2-3.000 Menschen mit ernsthaften psychiatrischen Krankheiten zu tun. Wir haben es mit 700 Menschen mit unheilbaren Tumoren zu tun. Wir haben es mit 3.000 Menschen zu tun, die in Heimen leben, von denen die Mehrheit dort ist, weil sie als unselbstständig eingestuft wird. Wir haben es mit jährlichen Kosten von circa 21 Milliarden ITL (10 Millionen Euro) für Menschen zu tun, die im Krankenhaus sterben. In dieser Situation finden jährlich ungefähr 17.000 Krankenhausaufnahmen von über 75jährigen statt. Diese Krankenhausaufnahmen werden bereits zur Zeit der Aufnahme für die Bedürfnisse der Betroffenen als 'unpassend' betrachtet. Ferner haben wir es auch mit einer unbekanntem Zahl von Menschen mit schwerwiegenden Behinderungen zu tun - unbekannt, weil noch kein Register für Menschen mit Behinderungen existiert. Dieses Wort (Behinderung) bedeutet nichts, aber in Ermangelung eines anderen, werden wir es weiterhin benutzen. Nun, auf diese Art und Weise können wir eine Realität beschreiben.

So können wir das Objekt, die Bevölkerung, der wir dienen, definieren, z.B. in Trieste, und so auch das allgemeine Objekt der Gesundheitsversorgung.

Mit anderen Worten: Die so genannten chronisch-degenerativen Erkrankungen, die sich - um es einfach auszudrücken - nicht mit der Herangehensweise von 'Ursache finden, Ursache aufheben' behandeln lassen, Erkrankungen von extremer Komplexität, oder Krankheiten, die nicht schnell behandelt werden können, diese Erkrankungen bilden jetzt die große Mehrheit dessen, womit die Gesundheitsversorgung sich auf irgendeine Art gegenwärtig beschäftigen muss.

Mit dieser Situation konfrontiert, zeigt sich die Ideologie des Heilens deshalb genau als das, was sie ist: eine Ideologie und nicht eine Realität.

Ihrer Definition nach und nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sind die meisten dieser Krankheiten absolut unheilbar. Kurioserweise verweisen die Methoden, die in dieser Situation nach wie vor angewandt werden, weiterhin auf ein nicht existierendes und sogar negiertes Ziel: auf die Heilung.

Die Interventionen richten sich auf ein Ziel, das als Ideologie erhalten bleibt - die Heilung - die sich in der Realität gar nicht verwirklichen lässt. Therapien, Handlungsanweisungen und Interventionsmethoden zielen auf eine Sache ab, von der wir wissen, dass wir sie niemals erreichen können. Das ist erstaunlich und wirft einige Fragen auf.

Ein zentraler Aspekt oder einer der zentralen Unterasspekte dieser Frage ist, dass angesichts der weiten Verbreitung 'chronisch-degenerativer' oder 'chronisch unheilbarer' Erkrankungen nach wie vor eine enorme Diskrepanz zwischen den mit solchen Erkrankungen verbundenen Bedürfnissen und einer Situation zu verzeich-

nen ist, innerhalb der 50% aller Ressourcen den Krankenhäusern zugewiesen werden, die ihrer eigenen Definition nach keine andere Funktion haben, als die Heilung von Erkrankungen anzustreben. Sie haben keine weitere Funktion als die Behandlung akuter Erkrankungen. Sie sind nicht auf die Versorgung 'chronisch-degenerativer' Krankheiten ausgerichtet. Sie sind nicht auf den Umgang mit unheilbaren Erkrankungen oder Erkrankungen, die nicht rückgängig gemacht werden können, ausgerichtet. Und dennoch fließt die Mehrheit der Ressourcen den Krankenhäusern zu.

Dies führt zu einigen Problemen. Es führt zu einer Auseinandersetzung mit der Frage, wie wir als MitarbeiterInnen der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden. Diese Frage stellt sich auf jeder Ebene: vom Geschäftsführer eines städtischen Gesundheitsdienstes bis hin zum Arbeitnehmer in solchen Diensten. Es geht darum, wie wir eingesetzt werden und ob dies auf eine Art geschieht, die dem Objekt unserer Tätigkeit angemessen ist; auf eine Art, die dem Problem, mit dem wir theoretisch oder ideologisch umgehen müssen (und für das wir bezahlt werden), angemessen ist: unsere Aufgabe ist, uns mit Gesundheit zu beschäftigen und unsere Priorität ist, uns den Menschen mit den größten Gesundheitsproblemen zuzuwenden - den Menschen, die am meisten die Unterstützung, Intervention, Hilfe und ‚Pflege‘ der Gesundheitsdienste benötigen.

Die ‚Zuweisung von Ressourcen‘, d.h. die Investitionen, die für die Gesundheitsversorgung auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene vorgenommen werden, müssen neu überdacht werden. Wir müssen uns fragen, ob die

Zuweisung der Ressourcen angesichts des enormen Ausmaßes der aktuellen Bedürfnisse (und der vorherrschenden Not) entsprechend vernünftig orientiert, strukturiert und aufgeteilt ist, oder ob die Verteilung der Ressourcen nicht auf etwas gänzlich anderes gerichtet ist. Wir müssen uns die Frage stellen, ob die Ressourcen nicht stattdessen auf quantitativ und qualitativ sekundäre Gebiete verteilt werden. Auf Gebiete, die allerdings von arroganten, gewalttätigen und totalitären Mächten kontrolliert werden, die deshalb auch in der Lage sind, bedeutende Ressourcen für Zwecke einzusetzen, die von den vorherrschenden Bedürfnissen der Bevölkerung abweichen. Dafür bilden sie Ideologien, Wissen, Macht, Systeme, Mechanismen und Institutionen sowie Regeln für die Form der Gesundheitsversorgung. Sie werden konzipiert und beauftragt, um über marginale Bedürfnisbereiche zu regieren und so die angemessene Verteilung von Ressourcen auf die Gebiete zu negieren, in denen verbreitete und dramatische Bedürfnisse vorhanden sind, dahin also, wo der größere Schmerz ist, die größere und realere Wunde.

Aber wie passt man da als kleiner Krankenpfleger rein? Wie kann ich mich in meiner eigenen Praxis an diesen Auseinandersetzungen irgendwie ‚beteiligen‘? Von mir wird erwartet, gewisse Aufgaben zu erledigen, bestimmten Handlungsvorgaben zu folgen und mich an bestimmten Aktivitäten zu beteiligen. Wie kann ich Einfluss ausüben innerhalb dieses Szenarios, angenommen, es ist alles so, wie Rotelli es behauptet hat und nicht doch irgendwie anders?

Nun, ich habe nicht die geringste Ahnung, denn ich bin kein Krankenpfleger und arbeite auch nicht als

Krankenpfleger. In meiner Rolle als leitender Direktor des Gesundheitsdienstes habe ich auch so genügend Probleme mit diesem Szenario. Denn, wenn man als leitender Direktor anfängt, solche Fragen zu stellen, sieht man sich sofort mit Reaktionen konfrontiert wie: ‚Entschuldigen Sie, Sie behaupten, dass es unfair sei, jährlich 16.000 Menschen im Alter von über 65 Jahren ins Krankenhaus aufzunehmen – aber was soll man sonst mit ihnen machen? Soll man sie gleich zum Friedhof bringen?‘ Ist es möglich, dass wir uns gar keine Alternative zu diesen beiden Optionen vorstellen können? Aber die Alternativen sind nicht realisierbar, sagen uns die Menschen. „Es gibt das Krankenhaus und den Friedhof. Was zum Teufel wollen Sie dazwischen haben?“

Na ja, vermutlich haben sie Recht! Denn wie die Sache jetzt steht, gibt es tatsächlich das Krankenhaus und den Friedhof und sonst nichts dazwischen.

In der Stadt Trieste leben allein 12.000 Menschen über 75. Wenn sie erkranken oder wenn sie sonst Probleme haben, gibt es für sie entweder das Krankenhaus oder den Friedhof.

Dasselbe gilt auch für das Altersheim. Italien ist ein Land, in dem jede Stadt und jedes kleine Dorf stolz ist, ein Altersheim gebaut zu haben. Die wenigen Städte und Dörfer, die kein Altersheim errichtet haben, sind nichts und wieder nichts wert. Die Tatsache, dass jede noch so kleine Stadt ein Altersheim besitzt, ist eine Quelle des Nationalstolzes. Denn wenn es keine Altersheime gibt, wo gehen dann die alte Menschen hin?

Es hat sich gezeigt, dass in einer gut funktionierenden Krankenhausstation der Arzt seine Patienten für je-

weils sechs Minuten am Tag sieht, während die Krankenpfleger täglich vier bis fünf Minuten mit dem Patienten für spezifische therapeutische Maßnahmen verbringen. So erhält der Patient im Verlauf eines Tages im Krankenhaus nicht mehr als elf Minuten Gesundheitspflege und Behandlung. Und dennoch sind wir nach wie vor überzeugt, dass die Einweisung ins Krankenhaus die angemessene Handlung sei. Der Patient verbringt also 24 Stunden an einem Ort um elf Minuten angemessen behandelt zu werden. Und wir sind immer noch überzeugt, dass sich diese elf Minuten nicht irgendwo anders hin transferieren lassen. Wir sind überzeugt, dass sich diese elf Minuten nur an diesem heiligen Ort verbringen lassen. Wir sind überzeugt davon, dass die Messe nur in der Kirche stattfinden kann.

Ausgehend von dieser Auseinandersetzung macht es meiner Meinung nach keinen Sinn, über das gegebene Thema zu sprechen: pflegen oder heilen. Ich denke, das wirkliche Problem ist nicht, ob wir pflegen oder heilen sollen, sondern ob wir weiterhin jene heiligen Riten zelebrieren sollen, die einer Sache zu eigen sind, die so nicht mehr sein muss und so nicht mehr existieren muss – und dennoch zelebrieren wir eben diese Rituale.

Die 11.000 Diabetiker dieser Stadt brauchen offensichtlich etwas anderes. Sie brauchen Unterstützung für die normalen Aktivitäten ihres alltäglichen Lebens, Aktivitäten, die genauso wichtig sind wie Insulin. Jeder weiß das. Aber soweit ich es weiß, wird kein Cent ausgegeben, um sie in diesen normalen Aktivitäten zu unterstützen.

Die notwendigen Ressourcen werden nicht bereitgestellt, um Menschen mit unterschiedlichen Proble-

men zu einer so genannten ‚angemessenen Lebensführung‘ zu verhelfen. Bei solchen unheilbaren Erkrankungen wie Diabetes, können auch Komplikationen auftreten, die bei nicht angemessener Lebensführung zunehmend schwerwiegender werden. Es werden keine angemessenen Ressourcen bereitgestellt, um den Menschen zu helfen, die sich selbst nicht mehr helfen können – denen also die ökonomischen, kulturellen und familiären Mittel fehlen, die ihnen zu einem angemessenen Lebensstil verhelfen könnten. Es gibt nichts, das uns dabei hilft, den Menschen zu helfen, denen es schwer fällt, einen angemessenen Lebensstil zu führen, einen Lebensstil, der ihnen den Umgang mit ihrer Diabetes erleichtern würde. Wir wissen sehr genau wie schwerwiegend Diabetes auf Grund der möglichen Komplikationen, des langfristigen Verlaufs und der Begleitumstände sein kann.

Pflege und Heilung beziehen sich hier also auf eine unmögliche Heilung und dennoch wird Pflege auf das reduziert, was theoretisch und hinsichtlich ihrer Methodik der Heilung zugerechnet wird. So, als würde man sagen: „Ich gebe dir eine Medizin. Etwas, das der Definition nach heilen soll, aber von dem wir genau wissen, dass es nicht heilt, weil es nicht heilen kann. Alles andere ist nicht meine Verantwortung. Alles andere geht mich gar nichts an.“

Einige Hinweise hierzu finden wir in der Psychiatrie. Im Rahmen der Ideologie des Heilens wurde das Krankenhaus errichtet. Es wurde irgendwann deutlich, dass das Krankenhaus niemanden heilte. Die Menschen fingen an zu fragen, ob man zum Heilen nicht vielleicht

etwas anderes tun sollte. Denn die Heilung von Menschen, die seelisches und geistiges Leid erleben, insbesondere schwerwiegendes Leid, benötigt vermutlich eine andere Angebotspalette. Angebote, die weitreichender, vernetzt, reichhaltiger, umfangreicher und vielschichtiger sind. Wir müssen also den Glauben aufgeben, man könne alles auf die Herangehensweise ‚Anamnese-Diagnose-Prognose-Therapie-Heilung‘ reduzieren.

Also sagen wir: „Lasst uns Menschen heilen. Beschäftigen wir uns mit Menschen. Lasst uns Menschen pflegen.“

Aber was heißt, Menschen zu ‚pflegen‘? Offensichtlich bedeutet es, das Netz immer weiter und breiter auszuwerfen. Es bedeutet, andere Akteure in Bewegung zu setzen. Diagnose und Heilung sind Sache des Arztes, aber Pflege ist eine Sache, die von vielen unterschiedlichen Menschen geleistet werden kann. Hier können die medizinischen Dienste einen Beitrag leisten. Sie können sich beteiligen und Rat geben, aber in dieser Situation sind sie eben nicht der König, der den ganzen Prozess leitet.

Aber es schwierig, nicht den König zu spielen, es ist schwierig, nicht zu versuchen, den ganzen Prozess zu leiten. Professionellen jeder Art fällt es schwer zu sagen: „Nein, ich bin nicht der Chef, und ich will nicht der Chef sein. Aber das heißt nicht, dass ich zurücktreten werde oder mich in Auseinandersetzungen zurückhalten werde oder Verantwortung von mir weisen werde. Ich trage Verantwortung, aber ich bin nicht der Chef.“

Jeder professionelle Akteur will auf seinem Feld glänzen. Er will König seines Feldes sein und ein spezifisches

Gebiet dominieren. Der professionelle Akteur lernt, dass er durch die Dominierung eines Feldes sein spezifisches Wissen umsetzt und seinen Beruf ausübt. Dass sich seine Professionalität durch seine Fähigkeit, ein Feld zu dominieren, entfaltet und offenbart.

Wie viele Jahrzehnte wird es dauern, um professionellen Akteuren beizubringen, verantwortlich zu sein, ohne zu befehligen? Um sie dahin zu bringen, sich selbst als Teil einer Kette zu begreifen, innerhalb derer sie einen Beitrag leisten können, aber ohne die Situation zu regieren. Um sie – ganz egal, ob sie Pfleger, Ärzte oder Chefarzte sind – zu dem Verständnis zu führen, dass sie bewusste Komponenten sind, deren Aufgabe darin besteht, einen Beitrag zu leisten und weitere Beiträge zu aktivieren bzw. auszulösen.

Aber Beiträge zu leisten und weitere Beiträge zu aktivieren, darin versteht sich kaum jemand. „Es ist meine Aufgabe oder es ist nicht meine Aufgabe. Es ist meine Verantwortung oder es ist nicht meine Verantwortung.“ Der höchste Grad der Professionalität besteht darin, Verantwortung und Kompetenz zu übernehmen und auszuüben, in dem man einen Teil der notwendigen Arbeit übernimmt und gleichzeitig dafür sorgt, dass andere den Rest der notwendigen Arbeit ausführen. Aber fast niemand wird dazu ausgebildet: nicht in den Schulen, nicht an den Universitäten und nicht in den Ausbildungskursen. Schon gar nicht so, dass man dazu eingeladen wird, die eigene Rolle, die eigene Profession, das eigene Sein und sogar den Grund, weshalb man zum Handeln gebeten wird zu überdenken.

Ein solches Pflegekonzept kann natürlich nur sektorübergreifend, interdisziplinär und multiprofessionell sein. Aber nicht nur das, es muss auch mit den Ressourcen der beteiligten Individuen verknüpft sein, denn wie wir alle wissen, sind diese mittlerweile integraler Bestandteil des Versorgungsprozesses.

Die Bedeutung des Einzelnen, die begleitende Ressourcen, die persönliche Möglichkeiten und die Fähigkeiten werden zu unerlässlichen Instrumenten in jedem therapeutischen Prozess, ebenso die Bedeutung der Familie und der Ressourcen, die – auch wenn sie zum Teil zerstört wurden – in der Gemeinde existieren und innerhalb der Versorgungsmaßnahmen wiederhergestellt werden sollten. Und auch die Bedeutung von Beziehungen zwischen unterschiedlichen Entitäten und Institutionen, die aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten ins Spiel kommen – Entitäten, die klar getrennt bleiben und dennoch etwas teilen müssen, um die verschiedenen Ziele zu erreichen. Deshalb auch wirkliche Integrationspolitik anstatt Integrationspläne, die auf Papier niedergeschrieben werden, aber niemals in der täglichen Praxis umgesetzt werden, deshalb das, was über viele Jahre der Prozess der De-Institutionalisierung genannt wurde.

Aus meiner Sicht vollzieht sich heute die De-Institutionalisierung auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung in einem sehr riskanten Prozess. Die Tatsache, mit der sich gegenwärtig alle Professionellen auseinandersetzen müssen, heißt praktische Handlungsanweisungen. Mittlerweile wird jede Handlung in eine Verfahrensvorschrift umgewandelt, die vorgibt, was zu tun und zu lassen sei.

Das Problem ist, dass wir heute nach Verfahrensvorschriften leben, wir halten uns an sie, wir passen uns an sie an, statt die Vorschriften unseren Ansichten, unseren Patienten, unseren klinischen und praktischen Erfahrungen anzupassen. Das Problem ist, wenn man mit einem Arzt oder Krankenpfleger spricht, dass sie auch nach einer Vorschrift antworten. Und das ist auch in Ordnung, denn es bedeutet, über undisziplinierte Vorgehensweisen hinaus zu wachsen, wo keiner weiß, was man tun sollte und keiner erklären kann, was man tut, wo es keine Sprache gibt, mit der man seine Handlung mit anderen vergleichen könnte und wo es nicht die geringste Möglichkeit gibt, festzustellen, ob man einiges mehr tun sollte und einiges unterlassen sollte.

All das ist ganz in Ordnung. Es ist sogar ein bedeutender Schritt hinsichtlich der Arroganz der Ärzte, die einst noch sagten: „Ich weiß, was zu tun ist und mir muss niemand sagen, was ich tun sollte, denn ich weiß das genau. Und Sie Krankenpfleger! Tun Sie, was ich Ihnen sage, denn ich weiß, was zu tun ist.“ Ende der Diskussion. Hinsichtlich der Modernisierung, der Vereinheitlichung von Verhaltensweisen, der Definition von Therapiezielen und der Formulierung einer Begründung für das, was getan werden soll und was nicht, bedeutet dies einen riesigen Schritt nach vorn.

Das ist nicht gerade etwas Neues, aber es erscheint mir als tragische Gefahr, wenn dieses Arbeitsmittel zur Arbeit an sich umgewandelt wird. Wenn also Mittel, Methoden und Vorgaben in die Arbeit selbst umgewandelt werden. Es scheint so, als würden wir alle für eine Verfahrensvorschrift arbeiten und nicht für einen

Patienten. Es scheint die Vorstellung zu herrschen, dass wenn ich der Verfahrensanweisung folge, ich damit auch den Patienten respektiere. So, als würden die Vorgaben mit den Zielen und Absichten all meiner Handlungen übereinstimmen.

Es ist eine schwierige Phase, aber wir müssen die zu einem Verfahren gewordene Kommunikation beenden. Das ist es, wir müssen die entscheidenden Erzählungen unserer klinischen und pflegerischen Erfahrungen zurückholen.

Was bedeutet das? Es bedeutet, dass wir die Fähigkeit, Sprache zu benutzen, wiedererlangen müssen. Und zwar eine Sprache, die die Situationen, denen wir begegnen, reichhaltig und mit all ihren Zusammenhängen beschreibt. Eine Sprache, die Verantwortung für die realen, greifbaren, materiellen und täglichen Geschichten der Patienten, denen wir begegnen, übernimmt, mitsamt ihren Kontexten, Familien, Nachbarn, Hausärzten und was sonst den Patienten bewegt. Das müssen wir mit dem Hauptinstrumentarium für die Kommunikation mit der Welt, für unser Wissen und für unsere Erfahrung von der Welt tun: der gesamten uns zur Verfügung stehenden Sprache. Nicht irgendeine Sub-Sprache, irgend etwas Pseudo-verrücktes oder Quasi-verrücktes – das ist die Sprache der Verfahrensbeschreibungen.

Wir können ein Instrument nicht mit dem Instrument verwechseln.

Wir können unsere Fähigkeit, zu einem umfassenden Wissen von Problemen zu gelangen, nicht auf eine Informationstechnik reduzieren, eine Technik, die nur der Information dient und keinen anderen Zweck und

Nutzen hat. Sie teilweise einzusetzen, kann sinnvoll sein, aber nur so weit, wie die Technik lediglich als „ein Teil“ und nicht als „die“ Art der Kommunikation verstanden wird.

Warum sage ich das? Weil das Konzept der Pflege ein inter-subjektives Konzept ist.

Es ist ein Konzept, das mich und den Patienten betrifft und nicht nur ein krankes Organ, für das ich nur begrenzt etwas tun kann. Aber die Tatsache, dass ich für ein krankes Organ nur begrenzt etwas leisten kann, vielleicht weil es unheilbar ist, bedeutet nicht, dass ich alle meine pflegerischen Möglichkeiten für einen Menschen eingesetzt habe. Denn meine pflegerischen Aufgaben betreffen die Intersubjektivität, sie betreffen meine Fähigkeit den Schaden zu minimieren, den diese Person aufgrund ihrer Krankheit erleidet. Ich kann die Risiken reduzieren, denen ein Mensch in Folge einer vermeidbaren Verschlimmerung seiner Erkrankung ausgesetzt ist und die sozialen Verletzungen zu reduzieren, die diese Erkrankung verursachen mag. Die Aufgabe ist nicht, das durch die Erkrankung verursachte Leiden durch schädigende Institutionen zu verstärken. All dies weist auf die Notwendigkeit zum Angebot ausgesprochen breitgefächelter therapeutischen Maßnahmen hin. Maßnahmen, die in therapeutischer Hinsicht sehr effektiv sind, die nichts mit Heilung, die allerdings sehr viel mit einer besseren Prognose, einer längeren Lebenserwartung und einer besseren Lebensqualität zu tun haben.

Diese Aufgaben sind mittlerweile Bestandteile unserer Versorgungsziele und können nicht mehr weggelassen werden.

Wenn Inter-Subjektivität zu etwas Grundsätzlichem wird, dann wird auch die Sprache zu etwas Grundsätzlichem - denn nur wenn ich den Fokus auf die Ressourcen des Patienten lege und diese Ressourcen erweitere, kann ich meine wahre therapeutische Rolle ausüben. Und nur mittels dieser Inter-Subjektivität kann ich neue Ressourcen entdecken, mit denen die Prognose und alles andere verbessert werden kann.

Sprache, ob Körpersprache, verbale Sprache, kognitive oder interaktive Sprache, muss in der Lage sein, eine Inter-Subjektivität auszulösen: ein Instrument für mich, meinen Nutzer und den erweiterten Kontext. Deswegen kann sie auch nicht auf ihr bloßes Gerüst reduziert werden, wie es in der Kommunikation der Verfahrensvorgaben geschieht. Solche Kommunikation hat vielleicht etwas mit den induktiven Prozessen der Heilung zu tun, aber sie hat nichts mit Prozessen gemein, in denen komplexe Heilungswege erarbeitet werden.

Dies führt uns zu einer weiteren Auseinandersetzung. Jenseits der Frage der Inter-Subjektivität, stellt sich auch die Frage nach dem Arbeitskollektiv oder dem Arbeitsteam. Nur selten ist die für einen Pflegeprozess notwendige Energie und Aufmerksamkeit allein im individuellen Handeln finden.

Diese Energie findet man viel eher innerhalb eines Teams, einer Gruppe, oder eines Dienstes. Diese Energie ist da, sobald wir die Verantwortung für die Versorgung übernehmen mit allen Risiken und Schwierigkeiten.

Ein enormes Risiko: Ich brauche einen Energievorrat. Ich brauche Ressourcen. Ohne Ressourcen kann man keine Pflege anbieten. Und diese Ressourcen sind mensch-

liche Ressourcen, professionelle Ressourcen, quantitative Ressourcen, Ressourcen des Wissens, die Ressourcen eines Teams und der Teamarbeit.

Und hier betreten wir ein weiteres Gebiet, das seit jeher aus dem Wissen über Gesundheitsversorgung ausgegrenzt wurde: Diese Ressourcen sind oft emotionaler Natur. Sie können nicht ohne weiteres rationalisiert werden. Sie beziehen sich auf eine Welt der Motivationen, die unserer Arbeit und unseren Handlungen innewohnen. Sie beziehen sich auf die Werte, die ganz gleich wie gelagert, immer im Spiel sind, ebenso wie die Emotionen.

Das sind alles Bereiche, von denen allgemein behauptet wird, sie hätten keinen Platz auf dem Feld der professionellen Pflege. Es heißt, es wären unzulässige Aspekte, die wir entsorgen müssten, um zu guten Professionellen zu werden. Aber Professionelle für was genau? Für Heilung? Oder für Pflege?

Um Experte auf dem Feld der Heilung zu sein, braucht man nichts von all dem.

Um Experte der Pflege zu sein, d.h. Experte, der stets danach Ausschau hält, was zu positiveren Maßnahmen oder zu weniger negativen Maßnahmen führen könnte, müssen wir vermutlich (und die Erfahrung zeigt es!) ständig wieder einen Vorrat an intellektueller und anregender Energie ansammeln. Diese Energie können in der therapeutischen und pflegerischen Arbeit nicht getrennt von einer emotionalen Dimension betrachtet werden.

Das eröffnet natürlich eine Fülle an weiteren Fragen. Gleichzeitig existiert auch noch die Ebene der or-

ganisatorischen Veränderung von Situationen. Ich kann es mir nicht vorstellen, einen Menschen in seinem Haus zu pflegen, wenn der Hausarzt der Meinung wäre, dass diese Person nicht in seinem zu Hause gepflegt werden soll, oder wenn der Hausarzt keine Zeit hätte, es für ihn nicht passend wäre oder wenn es ihm zuviel Arbeit wäre, diesen Menschen zu Hause zu besuchen. Deshalb besteht die Notwendigkeit, dass Pflege und Versorgung einhergehen mit der allmählichen, stetigen Veränderung der Organisation des Gesundheitswesens. Diese Veränderung soll die Logik der Pflege und die Beschäftigung mit der Logik der Pflegeversorgung unterstützen, aufrechterhalten und zu etwas Realem, Positiven und Plausiblen machen.

Aber wie kann ich das Gesundheitswesen verändern? Wie kann ich Hausärzte dazu bringen, sich mit Menschen anders auseinanderzusetzen? Wie kann ich meiner Verwaltung helfen, diesen Prozess zu unterstützen? Wie kann ich das tun?

Dieses ‚Wie kann ich?‘ ist eine Frage, zu der auch Sie eine Antwort suchen müssen. Es ist eine Frage, die wir gemeinsam versuchen müssen zu beantworten.

27. September 1999

Adriana Fasci

Aus der Entfernung

Einleitung

Als sie mich baten, eine Geschichte zu erzählen, dachte ich mir: 'Kein Problem. Ich kenne doch so viele Geschichten.' Aber dann fügten sie hinzu: 'Eine Geschichte, die dich bewegte, die etwas in dir berührte'. Da musste ich unweigerlich an G. denken.

Wenn ich Schriftstellerin wäre, könnte ich dir die ganze Geschichte erzählen (die sich mittlerweile seit 7 Jahren fortsetzt) und dann würdest du verstehen, warum mir G. so wichtig ist. Aber ich bin ja Krankenpflegerin, also habe ich mich für eine andere Herangehensweise entschieden: diese Einleitung und drei bedeutende Episoden unserer Beziehung.

Die erste Episode ereignete sich 1996 und die anderen zwei in den folgenden Jahren.

Fachlich gesehen, schulde ich G. sehr viel, ebenso meiner Kollegin A., die G.'s „Bezugspflegerin“ ist und zu G. eine tiefe, auf Vertrauen und Respekt beruhende Beziehung entwickelt hat. Von beiden lernte ich vieles, was ich erst später in der Fachliteratur wiederfand,

und das gefiel mir. Mich beschäftigt, dass wir beinahe gar nichts von der Reichhaltigkeit der interpersonellen Beziehungen, die wir zu unseren Nutzern unterhalten, in den offiziellen Texten wieder finden können, in 'Berichten', die für unsere Einrichtungen angefertigt werden. Ich glaube, das liegt daran, dass wir als Professionelle nur widerwillig das erzählen, was wir tiefgreifend mit den Menschen, mit denen wir arbeiten, erleben. Und das führt dazu, dass wir nur Informationen weitergeben, die für praktische Aspekte von Nutzen sind – aber nicht dafür, dass wir oder andere über unser Handeln reflektieren.

Erste Episode: Die Begegnung

Dienstbericht, Trieste...

G. wurde von seiner Mutter zu der Diagnosestation in das allgemeine Krankenhaus gebracht. Er stand offen-

sichtlich am Anfang einer Psychose, die von philosophischen Gedanken über das Leben, den Tod, den Glauben und den Verlust von Glauben gekennzeichnet war. Er hatte wahnhaftige Vorstellungen von der Gefahr, dass einem die Gedanken gestohlen werden könnten, und von Einflüssen und Zeichen, die er in alltäglichen Ereignissen erkannte. Seine Situation ist verwirrend und quälend, von Anspannung und Zweifel geprägt. Er lebt mit seinen Eltern und einem Bruder zusammen. Einige Themen seiner Störung (Schuld/Neid) sind auf seinen Bruder bezogen, der im Mittelpunkt der Familie steht. Die Eltern scheinen von dieser Situation nichts zu wissen und sind momentan offenbar nicht fähig, mit dieser Situation umzugehen.

Es war das erste Tag meines Praktikums im Zentrum für seelische Gesundheit 'Aurisina' 1996. Alles war neu und unbekannt. Während der täglichen MitarbeiterInnenbesprechung drehte sich die Diskussion um G., einen jungen Mann, der gerade seine erste Krise erlebte. Er lag im Bett und wollte nicht nach unten kommen.

Sie fragten mich, ob ich ihm Gesellschaft leisten möchte. 'In einer psychotischen Krise ist es sehr wohl-tuend für einen Menschen, jemanden in der Nähe zu haben.' Ich nickte, obwohl ich keine Ahnung davon hatte, was sie redeten.

Ich betrat sein Zimmer. G. lag im Bett in Richtung Fenster, seinen Rücken mir zugewandt. Er drehte sich nicht um und behielt seine Augen geschlossen. Ich stellte den Stuhl neben sein Bett und setzte mich vor ihn hin. Ich dachte, dass auch ich keine Lust darauf hätte, wenn sich jemand hinter mich setzen würde.

Er machte seine Augen auf und ich sah, dass er ein sehr gut aussehender junger Mann war, mit dunklen Haaren und großen Augen.

Er sprach nicht, schaute mich nur an. Ich sprach nicht und schaute ihn nur an. (Und was konnte ich ihm auch sagen? Ich kannte ihn nicht, ich war nicht kompetent und fühlte mich nicht in der Lage, mit dieser Situation umzugehen...).

Aber das Schweigen war sehr vielsagend. In jenem Schweigen konnten wir einander erzählen, wer wir waren, wir konnten unsere Gefühle des Verlorenseins kommunizieren, unsere Gefühl, an jenem Ort Fremde zu sein und unsere Gefühle der Zerbrechlichkeit.

Wir erkannten beide, dass wir 'gehäutet' waren, in eine fremde Welt hineinkatapultiert, fremd für andere.

Das dauerte vielleicht eine Stunde und dann teilten sich unsere Wege. Ich 'verfolgte' ihn nicht weiter, nur aus der Ferne, aber selbst heute, wenn wir uns über den Weg laufen, schauen wir einander in die Augen und wissen, dass wir vor langer Zeit an jenem Tag das Wesen des anderen respektierten.

„Wenn die Sprache Ausdruck einer pre-reflexiven Beziehung ist, wenn Beziehung also in Anerkennung des Anderen gegeben ist, setzt dies eine vorherige Begegnung des Schweigens voraus, innerhalb dessen sich unsere Körper in ihrer Gesamtheit dem Anderen zeigen...

...Wenn die Sprache eine Art des Miteinander-Seins ist, das unsere Körper gewissermaßen verbindet, dann wird diese gegenseitige Bindung,

durch die ihr vorausgehende Stille hergestellt. Stille als ein Raum, worin die zwei Partner einander aus einer Entfernung, in der gegenseitigen Anerkennung der eigenen Verortung, des Raums und des Körpers einschätzen können...

So findet in diesem pre-reflexiven Raum - in dem Schweigen, der Stille - der Akt der gegenseitigen Anerkennung statt, so dass, ... das Schweigen... zu einem Weg wird, um den Anderen zu ergreifen und von dem Anderen ergriffen zu werden..."

(aus "Il silenzio nel dialogo con lo psicotico" - F. Basaglia)

Zweite Episode: Die dunkle Seite des Mondes

Bericht, Datum...

Zu Anfang war die Situation schwer in den Griff zu bekommen. Er war sehr mürrisch und entflammbar. Er hat den Kollegen, der dabei war, sehr unhöflich abgefertigt, in einem Ton, den er ansonsten nicht benutzt. Er war sehr angespannt, auch wenn er das abstreitet. In dem, was er sagt, ist er sehr widersprüchlich.

Ich sprach mit seiner Mutter. Es scheint, dass G. heute Abend mal wieder sehr 'mürrisch und verärgert' der Welt gegenüber war.

Professionellen bereitet am meisten Sorge, wenn ein Mensch in sich selber verschlossen, mürrisch und wort-

karg wird. Das ist beunruhigend, weil es dann unmöglich wird, den Menschen 'zu fassen zu kriegen', es ist so, als hätten er sich an einen Ort begeben wohin man ihm nicht folgen kann, als würde er eine dunkle und undeutliche Strasse entlang gehen.

Das passiert noch viel stärker in G.'s Fall. Er ist im Allgemeinen umgänglich und höflich, er erzählt einem von seinen Problemen, seinen Interpretationen und Ängsten und man denkt, man würde ihn eigentlich sehr gut kennen. Und dann auf einmal wird er still und du spürst, dass er nicht mehr da ist, dass ein Abgrund zwischen euch liegt.

Ich habe mit A. darüber gesprochen, die mehr Zeit mit ihm verbracht hat als wir alle. Sie sagt, wenn er auf 'eine seiner Reisen geht', weiß sie, dass sie ihm nicht folgen und ihn auch nicht zurückholen kann. Das Einzige, was man tun kann, ist warten, und sie ist sich sicher, dass ihm das gefällt!!!

Sie glaubt, dass dieses Warten für ihn wie ein dünnes Seil ist, etwas, das ihn mit der realen Welt verbindet und ihm dabei hilft, den Weg zurückzufinden.

Wir können von der Genesung im Sinne einer Reise sprechen, auf der man eine unentdeckte Welt erkundet, eine Welt, die gewissermaßen im Verlauf der Reise kreierte wird: die Entdeckung des Selbst!

Es ist eine einsame Reise, fernab der bekannten Wege. Ein Abstieg bis in die tiefsten Tiefen...

'Der Mond ist in mir und der Mond hat eine beängstigende dunkle Seite...'

Was ich, hinsichtlich der dunklen Seite des Mon-

des meine, ist das, was mit der Apollo 13 geschah: Für einen kurzen Moment war sie gänzlich abgeschnitten von der Welt, und genau das passiert während einer Psychose. Du bist absolut allein an einem Ort, den kein anderer Mensch jemals gesehen hat. Und kein Mensch fragt dich nach diesem Ort oder besitzt den Mut, um dich auf die Reise dorthin zu begleiten. Wenn nur jemand einen begleiten würde...“

(Aus: „Il processo di ripresa dal disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta“ - Alain Topor and Johan Svenson, Carsten Bjerke, Marit Borg, Eliu Kufas)

Dritte Episode Tun und Nicht Tun

Berichte, Datum...

Unterbrechung des Zivildienstes. Er überlegt, ein neues Studium aufzunehmen. Wir sprachen über Aggression und Überschreitungen und über die Sorgen seiner Mutter wegen seines Wunsches, LKW-Fahrer zu werden. Zusammen mit seinem Vater besprachen wir folgende Projekte:

- 1) Feststellen, ob er die Beständigkeit und Konzentration aufbringen könnte, um Medizin zu studieren
- 2) um Physiotherapeut zu werden
- 3) um LKW-Fahrer zu werden.

Ich sah G.'s Vater am Dienstag bei dem Angehörigentreffen. Er war allein und schien so unglücklich zu sein, dass ich zu ihm ging und mich eine Weile mit ihm unterhielt. Er erzählte mir, dass er sich angesichts des Verhaltens seines Sohnes orientierungslos und ratlos fühle:

„G. ist ständig in Bewegung, er beginnt ständig Sachen, um sie alsbald wieder aufzugeben. Zuerst wollte er sein Studium wieder aufnehmen (Medizin oder Radiologie, Physiotherapie), dann wollte er einen Job und jetzt will er LKW-Fahrer werden. Wer weiß, was als nächstes kommt.“

Er wünschte sich, dass sein Sohn wieder so wird wie früher, ruhig und gelassen. Er möchte, dass die Genesung seines Sohnes auch so sein möge: langsam, allmählich, ohne Schocks. Wir sprachen während des Treffens darüber. G.'s Unruhe wenn er etwas Neues beginnt, seine Erfolge und die darauf folgenden Rückzieher, nur um wieder etwas Neues zu suchen, neue Begegnungen, neue Horizonte! Die Menschen sind darüber unterschiedlicher Ansicht und ich sagte auch nichts genaues, weil ich keine klaren Ideen dazu hatte. G.'s Vater würde eine langsame, allmähliche Genesung vorziehen. Ohne Schocks... Besonders dann, wenn es um junge Menschen geht, die so voller Fähigkeiten, Begabungen und Potenziale sind, scheint es mir immer eine große Zeitverschwendung, keinem linearen Plan zu folgen. Manchmal war ich auch verärgert, wenn die gemeinsam vereinbarten Schritte und Phasen in Richtung der Genesung nicht eingehalten wurden.

Ich musste erkennen, dass diese Sicht der Dinge nur von meiner Unerfahrenheit herrührte, von meine Art zu

sein, von meiner grundlegenden Rigidität, meiner Erziehung und meiner Art von Lebensführung. Das war weder mir noch den Menschen, denen ich helfen wollte, unbedingt von Nutzen.

Man könnte G.'s ständigen Wandel als etwas Negatives ansehen, als ein Zeichen der Erkrankung und als Scheitern der Dienste. Aber man könnte es auch als eine Art persönliche Suche verstehen, als das Bedürfnis, unterschiedliche Wege auszuprobieren, um den passenden zu finden, als eine Möglichkeit, viele Menschen zu betrachten, um die Menschen zu finden, mit denen man zusammen sein möchte und als das Bedürfnis, möglichst viele Dinge auszuprobieren, um irgendwann zu verstehen, was man wirklich will.

„Die Rückreise, die Reise nach oben aus der Tiefe, ist kein einfacher linearer Prozess. ‘Kosmetische’ Veränderungen in den materiellen Bedingungen für das Wachstum des Selbst (ein Job, ein Ort zum Leben) haben nicht unbedingt Auswirkungen auf die Selbsterkenntnis und können eine Zeit lang scheinbare Veränderungen produzieren. Aber langfristig besteht die Gefahr, dass oberflächliche Veränderungen die ursprüngliche Dichotomie ‚Fassade/Selbst‘ verstärken und zu einem Rückschritt für den Menschen führen. ‘Ich habe einen Job bekommen. Irgendeinen Job, um die Fassade aufrechtzuerhalten, den Schein, dass mir nichts Verrücktes anhaftet... In gewissem Sinne bin ich genau da, wo ich begonnen habe. Ich gehe zur Arbeit und halte diese Fassade aufrecht. Dann gehe ich nach Haus und bin

ganz allein. Ich dachte, das wäre alles vorbei, aber es hat sich nichts verändert. Es gab nichts zu tun, außer die Pakete wieder aufzumachen.’ Die Genesung ist meine Reise, bei der das Individuum zu seinem Ausgangspunkt zurückkehrt. Der Weg der Genesung führt nicht zum Ausgangspunkt, weil das Selbst, das zurückgewonnen und wieder entdeckt wurde, nicht mehr dasselbe ist wie am Anfang.

‘Ja, ich spüre, dass ein Teil von mir für immer von mir gegangen ist... Einfach ausgedrückt, es ist so als wäre es weg. Oder anders gesagt, es ist wie eine seit langem vor sich her geschobene Wiedergeburt.’ “

(Aus: „Il processo di ripresa dal disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta” - Alain Topor and Johan Svenson, Carsten Bjerke, Marit Borg, Eliu Kufas)

A. hat nicht so viel Angst wie wir, die Dinge auf ihre Art zu machen. Sie behauptet tatsächlich, dies sei eine Phase bedeutender Veränderungen, die G. zum erwachsen und reifen bringen könnte. Sie hat viel Vertrauen in ihn, mehr als er selbst, und ich glaube das weiß G. auch. Das ist der Grund, weshalb er nur mit ihr sprechen und nur ihr seine Träume erzählen will, wenn es ihm nicht gut geht. Es ist ihr Vertrauen und die Weigerung, ein Urteil zu fällen, das sie zu seinem Bezugspunkt macht. Zu seiner „Schlüsselagentin“.

Bei ihrer Genesung spielen die ‚guten Leute‘, denen die Menschen begegnen, eine wichtige Rol-

le. Die gemeinsame Eigenschaft dieser ‚Guten‘ ist ihre Fähigkeit, Hoffnung auszustrahlen. Sie begegnen einem in den Berichten über Genesung in der ersten Person. Manchmal sind sie während des Abstiegs zugegen, können ihn aber nicht verhindern. Aber sie geben niemals auf und sind in Schlüsselsituationen weiterhin da. Sie sind feste Anker auf einem stürmischen Ozean.

Unter den ‚Guten‘ können auch Professionelle sein. Aber trotz ihrer Rollen werden sie eher als Menschen beschrieben denn als Professionelle. Ihr Beitrag besteht darin, ‚Authentizität‘ in den Beziehungen zu den NutzerInnen anzubieten, die gerade damit kämpfen, ihr eigenes Selbstverständnis wieder zu entdecken.

Authentizität ist ein problematisches Konzept. In diesem Konzept bedeutet Authentizität nicht, dass sie, obwohl sie Professionelle sind, nicht stets so reagieren wie Nutzer es erwarten würden. Sie sind authentisch in dem Sinne, dass sie die von ihnen erwartete Rolle nicht erfüllen, sie weichen vom Skript ab. Dieser Bruch mit den Erwartungen und den damit einhergehenden Risiken sind Eigenschaften der Authentizität. Professionelle, die auf diese Art authentisch sind, zeigen etwas von sich selbst als Menschen. Ihre Authentizität vermittelt sich durch greifbare Handlungen, und die greifbare Natur dieser Handlungen macht sie zu etwas, worauf sich ein Nutzer verlassen kann, etwas, was ein Nutzer als Unterstützung in einer Welt benutzen kann, die ansonsten von Banalität und leeren Phrasen gekennzeichnet ist.

In vielen Erfahrungsberichten werden diese Personen als ‚wie Freunde‘ beschrieben. Das Wort ‚wie‘ deutet darauf hin, dass der Sprechende sich darüber im Klaren ist, dass dies keine Freundschaft im herkömmlichen Sinne ist, sondern dass das Wort ‚Freundschaft‘ stets bestimmte Assoziationen bezüglich der Herstellung reziproker Beziehungen erweckt.

(Aus: „Il processo di ripresa dal disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta” - Alain Topor and Johan Svenson, Carsten Bjerke, Marit Borg, Eliu Kufas)

IV Die Rolle der Dienste und der MitarbeiterInnen.
Die Suche.



Claudia Battiston

Sie das Eine, ich das Andere

(1992)

Zwei ähnliche Namen, zwei identische Nachnamen, zwei ähnliche Anschriften, dasselbe Geburtsjahr, September, dieselbe Klasse im Gymnasium, zwei parallele Erfahrungen.

Ein blanker Zettel mit einem einzigen Wort in der Mitte: Warum?

Sie selbst war es, die mir die einfache Definition von Psychiatrie gab: Psychiatrie ist anders als Psychologie. Denn das Eine beschäftigt sich mit den ernsteren Fällen, den so genannten "wahnsinnigen Menschen".

Sie entschied sich für das Eine, ich entschied mich für das Andere.

2003

Warum? Weißt du, mir wäre es lieber gewesen, nicht auf deine Beerdigung zu gehen, den grauen Teint deiner Haut nicht zu betrachten und nicht auf deine hervorstechenden Knochen zu starren, aber es war der einzige Weg,

mir selber einzugestehen, dass du nicht mehr ein Teil meines Lebens sein wirst. Es war der 18. Oktober.

Warum?

Ich suchte deine letzten Kleidungsstücke aus und packte sie in eine Plastiktüte. Ich holte deine Unterwäsche aus den Schubladen der unordentlichen Garderobe, wühlte in dem Stapel von Klamotten auf dem Bett und durchsuchte die Haufen der auf den Boden geworfenen Gegenstände. Es war das erste Mal, dass ich dein Zimmer betrat.

Warum?

Du warst in deinem steifen Körper eingefangen, deine schwarzen Augen schauten zu mir, dein geschwollener Bauch tat dir nicht mehr weh als die Ärztin ihre Hände darin versenkte, um deine Därme zu überprüfen. Du hast keinen Laut mehr von dir gegeben. Früher erzähltest du, dass du alles Mögliche in deinem Leben erlebt hattest, abgesehen vom Gefängnis und dem Irrenhaus. Ich glaube, du hast dich in diesen letzten Tagen im Krankenhaus selbst eingesperrt.

Warum?

Ich konnte dich auf der medizinischen Abteilung nicht mehr allein besuchen. Ich brauchte jemand in meiner Nähe, der mir Trost spenden konnte und der wusste, wer du hinter all den medizinischen Berichten bist.

Warum?

Leberzirrhose auf Grund von Alkoholmissbrauch.

Warum?

Ich dachte, es kam alles nur wegen der Austern, die du so gern gegessen hast. Ich fürchtete auch, es könnten die frischen Eier sein, die ich dir vor einigen Wochen schenkte. Ich konnte die Worte der Ärztin nicht glauben, als sie die Diagnose aussprach: ‚Wenig gutes Essen, zusammen mit viel gutem Wein.‘ Das sagte sie immer wieder.

Und mir hattest du immer erzählt, dass du nur Pflirsichtee mochtest.

Warum?

Es stand alles in deinem Entlassungsbrief. An jenem Morgen war ich gekommen, um dich für den Kontrollbesuch abzuholen und hatte den Brief auf dem Küchentisch gesehen. Du trugst die Kleidung deiner Mutter, und du sahst ihr auch sehr ähnlich. Auf dem Weg ins Krankenhaus hast du Blut erbrochen. Ich konnte den scharfen Geruch deines Blutes noch tagelang riechen.

Warum?

Während deines letzten Aufenthalts im Krankenhaus, hattest du immer gesagt, dass deine Leber in Ordnung wäre, und du fühltest dich erleichtert, abgesehen von dem großen Stein, der deinen gelblichen Teint verursachte. Ich sagte dir immer, dass du wie ein Kanari-

envogel aussähest. Du warst in guter Stimmung. Du wusstest schon, welchen Pfleger du mochtest und welchen nicht. Du hast gern mit deiner Zimmergenossin geredet, und du warst ein wenig enttäuscht als sie entlassen wurde. Du hast mir immer erzählt, dass die Zeit im Krankenhaus eine Art Urlaub sei.

Warum?

Wegen deines Bruders hattest du die Gelegenheit, auch das psychiatrische Krankenhaus kennen zu lernen.

Warum?

Am Samstag, den 19. September rief mich ein Kollege an und erzählte mir, deine Mutter sei im Krankenhaus verstorben. Ich wollte mit dir zusammen sein, wenn du es erfährst. Also stand ich auf, zog meine Kleider an und gesellte mich zu meinem Kollegen. Dein Bruder saß auch im Auto. Es war sein Geburtstag.

Warum?

Ich hatte mir wegen der Reaktion deines Bruders - entschuldige, deines Halbbruders - ernsthafte Sorgen gemacht. Natürlich hattest du ihn auf diese Möglichkeit vorbereitet. Sobald er dein Zimmer betrat, erzählte er dir, tränenüberströmt, deine Mutter sei gestorben. Aber du warst bereits informiert worden. Ihr zwei ward die einzigen Überlebenden eurer Familie. Du versuchtest ihn aufzumuntern.

Warum?

Du hattest selbst die Kleidung für die Beerdigung deiner Mutter vorbereitet. Du hattest die Erlaubnis bekommen, das Krankenhaus zu verlassen, und hattest uns deine Dokumente gegeben und das ganze Geld, das du gesam-

melt hattest. Dein Bruder, ein Kollege und ich suchten einen einfachen Sarg, eine schlichte Kapelle und keine Blumen aus. Wir hatten nicht viel Geld zum Ausgeben. Aber ich erinnere mich, dass du einmal gesagt hattest, du seist weitsichtig und hättest Geld gespart.

Warum?

Du bist nicht zu der Beerdigung deiner Mutter gekommen. Nur dein Bruder, ein Kollege und ich waren bei der Zeremonie anwesend. Nur wir drei, traurigerweise. Dein Bruder besuchte deine Mutter etwa anderthalb Monate lang jeden Tag. Du besuchtest sie nur einmal. Ich glaube, das war das letzte Mal, dass du sie lebend gesehen hast. Nicht mal an ihrem Totenbett sagte sie dir den Namen deines Vaters.

Warum?

Ich hatte mit dir auf dem Flur geweint, weit weg von ihrem Bett, weit weg von den Augen deines Bruders. Deine Mutter hatte nie viele Worte gemacht und alle waren für ihn gewesen – sie warnte ihn, vor dir auf der Hut zu sein, sich nicht von dir austricksen zu lassen. Du hattest dein Zuhause und deine Arbeit aufgegeben, um dich um sie zu kümmern. Ihr habt fast vier Jahre lang eine Wohnung geteilt. Ihr ward eine Familie, die sich miteinander auszusöhnen versuchte.

Warum?

Du hättest alles gegeben, um deine Mutter wieder zu haben. Für dich war es eine zerbrochene Puppe, deren Stücke du verzweifelt versucht hattest wieder zusammenzufügen. Für deine Mutter und deinen Bruder warst du einfach nur diejenige, die sie getrennt hatte.

Du hattest mehrmals versucht, die Kisten aus deinem Zimmer zu räumen, um Platz zu schaffen für das Bett deines Bruders. Dass sie in einem Zimmer schliefen, konntest du nicht ausstehen. Die Vorstellung, es könnte zwischen den beiden eine inzestuöse Beziehung geben, hatte dich entsetzt... und mich auch.

Warum?

Ich hatte dir meine Mobiltelefonnummer gegeben. Für Notfälle. Jeder Tag wurde zu einem Notfall – deine Mutter war im Krankenhaus und deinen Bruder hattest du im Nacken. Wir wollten ihn eine Zeitlang in ein psychiatrisches Wohnheim geben. Du konntest ihn nicht mehr aushalten.

Warum?

Wir konnten dir nicht helfen.

Warum?

Du hast dich in deinem Zimmer eingeschlossen, weil du Angst hattest – mit seinen dicken Fingern hatte er dir schon mal um den Hals gefasst. Du hast mich schon mal mit blauen Flecken besucht. Ich dachte, dass ich da nicht viel machen könnte. Aber ich wollte mit dir sein in diesen angespannten Momenten, dir beistehen und dir das Gefühl geben, nicht alleine zu sein.

Warum?

Du hast mir oft erzählt, dass dein Bruder vor mir Angst hatte – mir ist nicht klar geworden, ob das wegen meiner durchdringenden Stimme war oder weil ich ihn ermahnte, wenn er sich nicht waschen wollte oder weil ich ihm mit dem Krankenhaus drohte, falls er dir nicht 'gehorchte'.

Warum?

Du hattest bereits deinen Anwalt gesprochen, um deine Pflichten deinem Bruder gegenüber zu klären – deiner kranke Mutter zu pflegen war eine Pflicht, der du nicht ausweichen wolltest, aber mit einem verrückten Bruder zusammenleben, war zu eng für dich. Du wolltest sobald wie möglich zu deinem eigenen Leben zurückkehren, denn dieses Duo hatte deinen ganzen Raum eingenommen.

Warum?

Um deinen Geburtstag zu feiern, waren wir in ein Restaurant gegangen und dort gesellten sich Andrea und zwei Kollegen von mir zu uns. Im Laufe des Abends wichen die Geschichten von deinen unglaublichen Liebesaffären und extravaganten Reisen langsam Geschichten über die Auseinandersetzungen in deiner Familie und du öffnestest dein Herz. Von all den Bildern, die in dieser Nacht gemacht wurden, habe ich ein paar behalten. Du hast eins vergrößern lassen und eins lehnt an deinem Grab.

Warum?

Du erzähltest mehrmals, dass du viel Solidarität durch den Dienst erfahren hast und dass es dort einige Menschen gab, auf die du dich verlassen konntest. Du warst auch sehr großzügig – du bedanktest Dich immer und machtest jedem kleine Geschenke. „Geben heißt das Herz zu streicheln“, hast Du immer gesagt, während ich einen Ball für meinen Hund oder rote Strapse zu Sylvester ausgepackt habe.

Warum?

Es war Sylvester, als ich dir im Zyp Club Andrea vorstellte. Deine Hand hat seine Geschlechtsteile absichtlich gestreift, weil du – du hast es sofort gestanden – sehen wolltest, ob das, was ich ausgesucht hatte, auch ‚beste Qualität‘ war. Dein Bruder hat es sich nicht verkniffen, seinen riesigen Körper den anzüglichsten Tänzen hinzugeben, während du das Leiden deiner Mitmenschen aufnahmst. Darum hattest du dich schon vor Mitternacht entschieden zu gehen.

Warum?

Du warst ein Aschenputtel, das nach Hause musste, um nicht zusehen zu müssen, wie ihr Wagen sich in einen Kürbis und ihre Pferde in Mäuse verwandelte. Weißt du, ich fand schon immer, dass einige Episoden in deinem Leben extrem unwirklich waren. Als Baby wurdest du vor einem Kloster abgestellt. Achtzehn Jahre lang war das deine Welt. In jener Welt hattest du achtzig Mütter, die sich um dich sorgten und eine Erziehung, die genau so streng wie exzellent war.

Warum?

Du hast oft wegen deiner außergewöhnlichen Gaben angegeben – du konntest die Seelen anderer Menschen und ihre wahren Identitäten auf den ersten Blick lesen. Die langen Jahre des Klosterlebens hatten dich ausgebildet. Sobald du dieses kirchliche Gefängnis verlassen hattest, lerntest du die Parapsychologie und das Handlesen. Also legte ich eines Vormittags – vor anderthalb Jahren – meinen Handrücken neben der Kaffeetasse und dem Eisteeglas auf dem Kneipentisch ab. Du begannst mir meine Geschichte zu erzählen. Wer weiß – vielleicht berührten sich unsere Geschichten und ver-

webten sich unsere Leben ineinander in genau diesem Moment. Zuerst war ich in dein Leben eingedrungen, deine Familie und ihre Komplexität. Dann bist du in mein Leben, in meine Gegenwart eingedrungen.

Wer weiß – vielleicht erkannte ich in dem Moment, als du mir gestanden hast, dass ich für dich wie die Tochter war, die du niemals hattest, dass du für mich wie eine vorsichtige und extravagante Tante warst. Vielleicht spürte ich da unsere Verbindung und meine Zuneigung für dich.

Warum?

Weil, als du zum ersten Mal den Dienst um Hilfe batest, jemand dir vorgeworfen hatte, alkoholisiert zu sein. Ich hatte nur gesehen, dass du verstört warst wegen der Situation, in der du lebstest. Eine blonde sechzigjährige Frau in Hosen und einer herzförmigen rosa Brille, das war, was ich gesehen habe als ich Dich zum ersten Mal traf. Ich habe dich nicht beurteilt. Ich habe dich nicht mit den Augen des Arztes geprüft – ich glaube, hätte ich das getan, wärst du vielleicht jetzt noch hier.

Warum?

Dein Bruder wollte, dass deine Beerdigung identisch wäre mit der deiner Mutter. Also mussten meine Kollegen und ich einen einfachen Sarg, eine schlichte Kapelle und keine Blumen wählen.

Du hättest einen mit goldenen Verzierungen angefertigten Holzsarg ausgesucht und eine nach Gewürzen duftende Kapelle mit einem Teppich von Fuchsien.

Davon bin ich überzeugt.

Warum?



Ivana Mina

Was wäre, wenn es keine Zwangsbehandlung gäbe?

Kommentare nach dem Treffen einer Arbeitsgruppe

Ich glaube es ist wichtig hervorzuheben, dass die erste Stimme, die ich jemals dazu gehört habe – und sicherlich die deutlichste – die Stimme eines Patienten war, der scharf gegen die Zwangsbehandlung protestierte und sie als ein Zwangssystem bezeichnete, das lediglich deutlich macht, dass der Therapeut als Person versagt hat.

Zwangsbehandlung ist das Resultat verschiedener negativer Faktoren. In erster Linie macht es die Mängel in der Ausbildung und Kultur derjenigen – ich nenne sie mit Absicht nicht Therapeuten – deutlich, die lieber einsperren, als zu heilen. Was mag ein Arzt für eine Geisteshaltung haben, der seine professionellen Fähigkeiten zurückstellt, um Gefängnisdirektor zu werden? Hier können einige Unterscheidungen getroffen werden. Die erste Kategorie von Psychiatern sind die diktatorischen, die das Recht der Patienten, eine Person zu sein, nicht anerkennen. Sobald der Patient wagt, die Ansichten des Psychiaters in Frage zu stellen – manchmal schon dadurch, dass nach ihrer/seiner professioneller Sachkenntnis (die

ja in der Tat nicht immer vollständig ist) gefragt wird – „beruhigt“ der Psychiater den Patienten durch eine Zwangsbehandlung. Eine zweite Sorte von Psychiatern sind die – möglicherweise unfreiwillig – scheinheiligen Psychiater, die „ich tue das nur zu ihrem Wohl“ Ärzte, die auf die Zwangsbehandlung regelmäßig zurückgreifen, überzeugt davon, dass er/sie Patienten damit heilt. Ein weiterer Typ von Psychiatern ist der, der seine Verantwortung den Patienten zuschiebt und ihm/ihr erzählt „wegen ihnen muss ich mir selbst Gewalt antun (siehe!) und gegen meinen Willen eine Zwangsbehandlung beantragen“. Und schließlich sind da noch die Therapeuten, die gerne Alternativen nutzen würden, aber untröstlich ihre Schultern hochziehen und sich doch für die Zwangsbehandlung entscheiden.

Der einzige Fehler, der diesen Haltungen zugrunde liegt, ist, Zwangsbehandlungen als therapeutische Maßnahmen zu betrachten. Zwangsbehandlung ist in der Tat ein Arbeitsmittel, wie es auch der Knüppel in der Vergangenheit war, aber die Zeiten haben sich seither ver-

ändert und es ist Zeit, dass die Psychiater auch ihre Einstellungen verändern und ihre Vorstellungskraft nutzen, um eine Antwort auf folgende Frage zu finden: „Wenn Zwangsbehandlung nicht existieren würde, welche Alternativen könnte ich dann wählen?“

Die erste Antwort, die mir in den Kopf kommt, ist Vorbeugung, Vermeidung der Krise, Vermeidung der unfreiwilligen Behandlung. Aber das kollidiert sofort mit vielen vorhandenen Mechanismen. Der erste Mechanismus ist ein kultureller. Wenn die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten eine ist, in der der Arzt davon ausgeht, dass er Recht hat, kann keine Therapie stattfinden (und dies ist die häufigste Haltung, die wir heutzutage in der Psychiatrie vorfinden). Wenn die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten auf Kooperation und Vertrauen basiert, sollte der Therapeut, oder besser könnte der Therapeut angeleitet, ausgebildet werden, die Anzeichen einer Krise zu verstehen, die immer vorhanden sind, aber meistens unterschätzt, ignoriert oder nicht wahr genommen werden.

Nicht vorzubeugen und eine Krise explodieren zu lassen, führt zu einem sehr ernsthaften Schaden – es produziert Krankheit. Für den Arzt ist Zwangsbehandlung mehr oder minder ein Verwaltungsakt, während für den Patienten das Aufkeimen einer Krise ein sehr bestürzendes Ereignis ist. Alles explodiert in seinem/ihrer Leben, sowohl die Familie als auch die sozialen Beziehungen und die Art, wie er/sie sich selbst wahrnimmt. Eine Krise wird außerhalb der Familie häufig als eine Krankheit wahrgenommen, die die Gesellschaft nicht akzeptiert und derer man sich schämen muss, dies kann so-

ziale Beziehungen zerstören, die wesentlich für den Patienten sind. Außerdem wird die Krise von den Patienten sehr häufig als persönliches Scheitern empfunden und Zwangsbehandlungen macht dies in der Regel noch viel schlimmer.

Zwangsbehandlung hat zudem einen physischen Effekt: Zum Beispiel Beengtheit. Beengtheit kann chemisch oder physisch erzeugt werden, aber in beiden Fällen ist sie eine extrem krankmachende Form von Gewalt. Wenn sie physisch ist (und wir alle wissen sehr genau, dass im Krankenhaus die Insassen sehr oft festgebunden werden ...) ist es eine brutale Gewalt, die jeden Arzt und jeden Krankenpfleger, der sich nicht selbst als Henker sieht, anwidern müsste. Wenn sie chemisch ist, ist sie mit Sicherheit respektlos gegenüber dem Körper des Patienten, weil der massive Einsatz psychotroper Medikamente eine Reihe von Nebenwirkungen nach sich zieht. Zusammenfassend glaube ich, dass Zwangsbehandlung eine Form von Gewalt ist und Gewalt, mal abgesehen davon, dass sie nicht therapeutisch ist, ist immer krankmachend. Wie kann die Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten therapeutisch werden, wenn im Hintergrund dieser Beziehung ein willkürliches und traumatisches Ereignis lauert, wie eine Zwangsbehandlung? Wie kann ein Patient seinem Arzt trauen, nachdem er Gewalt wie Zwangsbehandlung, erlitten hat, die eben durch diesen verübt wurde? Wie kann ihre Beziehung wieder positiv werden?

Manche Ärzte rechtfertigen Zwangsbehandlungen, in dem sie sagen „so ist das Gesetz und ich kann das Gesetz nicht brechen.“ Meine Antwort lautet: Gesetze

sind für den Menschen gemacht und nicht umgekehrt – wenn ein Gesetz eine Quelle für Gewalt und Zwang ist, dann ist es falsch und muss geändert werden.

Aber ich glaube nicht, dass das realistisch ist. Das Problem liegt in der kulturellen Entwicklung, wie üblich. Wenn psychische Krankheiten in der Gesellschaft bekannter wären, wären sie auch nicht so erschreckend. Sie würden das Stigma von Schande und Unglück verlieren. Noch vor 30 Jahren wurde Krebs als ein Fluch Gottes angesehen und niemand wollte den Namen aussprechen, sodass er beschönigend „die schlechte Krankheit“ genannt wurde. Heutzutage, eine Generation später, sprechen die Leute immer öfter über Krebs. Verdienstvolle Vereine sammeln öffentlich Geld für Forschung und Krebspatienten werden versorgt, geheilt, umgeben von sozialer Akzeptanz und Rücksichtnahme. Ähnliches würde ich mir für psychische Krankheiten wünschen: Eine soziale und kulturelle Evolution, in der die Person mit psychischen Problemen in der Lage ist, ihre Symptome wahrzunehmen, und sich freiwillig mit der gleichen Selbstverständlichkeit entscheidet, einen Psychiater zu sehen mit der wir heute zum Kardiologen gehen.

Aber so eine kulturelle Veränderung muss bei den Ärzten beginnen. Die ärztliche Weigerung, Gewalt gegenüber den Patienten anzuwenden, würde dazu beitragen, dass sie ihr – immer noch weit verbreitetes Image – als Gefängnisdirektoren langsam verlieren und dadurch ihr berufliches Ansehen steigern würden. Außerdem, wie viel kostet Zwangsbehandlung? Wie viele Ressourcen werden durch Hospitalisierung gebunden? Wie vie-

le Zwangsbehandlungen wurden in Italien verhängt und wie viele dieser sogenannten Zwangsbehandlungen waren wirklich (im juristischen Sinne) Zwangsbehandlungen? Alternativen müssen her. Wenn Ärzte sich fragen würden „was würde ich tun, wenn es keine Zwangsbehandlung gäbe? Wie könnte ich die Ressourcen nutzen, die durch Zwangsbehandlung absorbiert werden?“, möglicherweise könnte dieser Tagtraum zu Antworten führen, die in der Lage sind, die Lebensqualität von Patienten zu verbessern.

Mittlerweile haben Ärzte die bürgerlichen Rechte der Patienten anzuerkennen. Psychiatrische Patienten sind normale Bürger, sie haben Rechte und Pflichten, die anerkannt und respektiert werden müssen. Sie leiden an einer Krankheit – möglicherweise mehr als einer – die das Recht hat, geheilt zu werden.

Unglücklicherweise sind wir immer noch sehr weit davon entfernt. Eine Menge Bitterkeit und Enttäuschung stieg in mir auf, als ein Mitglied des Personals, das an dieser Arbeitsgruppe teilnahm (ich weiß nicht, ob er ein Doktor oder ein Pfleger war), über die Notwendigkeit sprach, mehr Regeln für die Anwendung von Elektroschocks zu entwickeln!!! Sein Einwurf erregte eine Flut von Protesten.

Ich kann nicht anders als mich immer wieder selbst zu fragen, wie lange es wohl dauern wird, das missbräuchliche Verhalten von Psychiatern zu unterminieren. Wenn solche Fragen von liberalen Ärzten aufgeworfen werden, die an Diskussionsgruppen teilnehmen, wie viel Arbeit muss dann noch getan werden, um eine medizinische Philosophie zu ent-

wickeln, die auf aufrichtigem Respekt vor dem Patienten basiert?

Dieser Text, geschrieben im Januar 1999, bezieht sich auf eine Arbeitsgruppe, die im Rahmen des Treffens „Tutti in Gioco“ gefördert durch die Franco Basaglia Stiftung in Zusammenarbeit mit der Region Lazio und der Kommune Rom (Rom 21.-23. Sept. 1998, Università la Sapienza) stattgefunden hat. Während des Treffens diskutierten die KlientInnen der psychiatrischen Gesundheitsdienste über Bürgersein (citizenship) und Psychiatrie gemeinsam mit Professionellen, Angehörigen, VerwaltungsmitarbeiterInnen und Mitgliedern des Parlaments und der Regierung. Ivana Mina hielt eines der Einführungsreferate und war eine der Vorsitzenden der Arbeitsgruppe.

Antonio Coslovich / Lorenzo Decarli

Ein Tag im Leben des Antonio Coslovich, Krankenpfleger im Zentrum für geistige Gesundheit

Die erste Person, die ich treffe, ist Walter, wie immer sucht er nach einer Zigarette. Die zweite ist Andrea, der das dringende Bedürfnis spürt, vor acht Uhr morgens zu duschen, ein Privileg, das ihm die müden Pfleger der ausklingenden Nachtschicht verweigern. - (1).

Die Kollegen von der Frühschicht treffen einer nach dem anderen ein. Die Nacht war friedlich. Von der Nachricht seiner (möglichen) bevorstehenden Entlassung besänftigt, hat Andrea in dieser Nacht nicht mit den Streichhölzern gespielt und hat es unterlassen, den Nachttisch in Brand zu setzen wie vor zwei Nächten. Wer geht heute zu dem ambulanten Dienst in der Region? Ein Kollege und ich.

Während wir uns vorbereiten (wir müssen an die Medikamente denken, an das Verordnungsheft, die Schlüssel, den Pieper), schwebt Manuela um uns herum und nervt mit ihren Bitten um Hilfe: "Wann kann ich gehen?" - "Werden Sie mir eine Arbeitserlaubnis besorgen?" - "Siehst Du wie hübsch ich heute bin?" Einmal hat Manuela einem Kollegen eine Gabel ins Gesicht gestoßen

(2), nur weil der Kollege sie füttern wollte, damit sie etwas zunahm (Manuela ist 1,80 Meter groß und wiegt nur 42kg). Auf eigenen Wunsch ins Zentrum "eingewiesen" sieht Manuela in uns ihre Verwandten-Therapeuten-Wachmeister-Freunde(3). Abgesehen von einer handvoll Pflegern redet keiner mit ihr.

Der Verkehr auf den Strassen des Karstes fließt gleichmäßig, sogar zu den Stoßzeiten.

Wir eilen zu Fredericos Wohnung - es ist absolut notwendig, seinen Lithiumspiegel zu untersuchen, bevor er sich noch einmal anders entscheidet und den Dienst in ewig lange Verhandlungen verwickelt. Das bemerkenswerteste an dem Gebäude des Dienstes für ambulante Versorgung, das von mehreren Einrichtungen genutzt wird, ist der seltsame Kontrast zwischen der institutionellen Ordnung, der Sauberkeit und der Struktur und dem ewigen Chaos der darin stattfindenden Aktivitäten.

Die Freunde, die uns besuchen, sind stets dieselben. Wie üblich beäugt Enea die Tabletten, deren Ein-

nahme er möglicherweise vergessen wird, mit Misstrauen (4). Alberto hat ein Problem mit seiner Dusche und wir müssen hin, um es zu überprüfen (5). Ich wandere durch die Flure des Distriktgebäudes. Ich fühle mich von angstvollen Blicken durchbohrt – Psychiatrie bedeutet nach wie vor Gefahr und Unordnung. Es hat auch Proteste gegen die Anwesenheit unserer nicht immer angenehmen oder ruhigen Besucher gegeben. Ich höre das Lärmen von kindlichen Schreien, zuknallender Türen, gebrüllten Telefongesprächen – aber all das beunruhigt niemand.

Nach einer Stunde schließen wir den Dienst und begeben uns zu einer der Wohnungen. Auch wenn die Gruppenwohnung von „Begleitern“ unterstützt wird, die die Gäste zur Arbeit oder zu Freizeitaktivitäten geleiten, sind wir verpflichtet, die Wohnung täglich aufzusuchen – um die therapeutische Kontinuität zu garantieren und die Beziehungen aufrechtzuerhalten. Einer der Bewohner ist bereits zur Arbeit gegangen, er hat eine Arbeitsstelle in einer Essensbringdienstkooperative. Roberto ist zu Hause, noch immer in seiner Unterwäsche wandert er (wie üblich) durch die unordentlichen Räume.

Der Begleiter (7) wird ihn um die Mittagszeit anrufen und ihn, falls notwendig, zur Arbeit bringen. Wir besuchen noch eine Frau mit ihrem Sohn, der am Down-Syndrom leidet. Die Frau selbst hat Probleme mit einigen nervigen „Stimmen“, die sie hört. Ihr wurden Neuroleptika verschrieben. Viel wichtiger ist, dass sie Probleme hat, adäquat für ihren Sohn zu sorgen, da sie beide körperliche Probleme haben. Der Sohn nimmt an Freizeitaktivitäten für behinderte Menschen teil, aber wer

begleitet ihn bei seinen restlichen täglichen Gängen? Seine Mutter, wir, der Gemeindedienst? Was ist mit den Behindertenverbänden? Das ist eins der schwarzen Löcher und der Probleme innerhalb des Dienstes – einen Plan aufzuschreiben ist einfach, es müssen aber auch organisatorische Anstrengungen folgen.

Wir gehen zu Luigi, um ihm „die lange Rede“ zu halten, um zu verhindern, dass er durchdreht und wieder auf der Diagnose- und Behandlungsstation im Allgemeinkrankenhaus landet. Aber es ist nicht einfach. Sein Zuhause ist auch nicht gerade einfach – es ist eine der heruntergekommensten Proletenbaracken der Stadt. Wir parken auf dem Hof, wo sich die demolierten Autos stapeln, die Motorräder (vermutlich geklaut), die alten und ausrangierten Herde. Zwei Augen, die das Zeichen auf unserem Auto sofort erfasst hatten, taxieren uns. Es sind die Augen eines Mädchens, das auf einer Mauer sitzt, die hungrigen Augen der Drogenabhängigen. Sie sind unverwechselbar. Ich weiß nicht warum. Während wir in dem Fahrstuhl nach oben fahren – und dabei unsere Kenntnisse pornografischer Ausdrücke auffrischen – hören wir wie jemanden nach unten rennt. Er ist es – Luigi hat uns was vorgemacht, er ist weg und lässt uns wie Idioten dastehen, um die Beschwerden seiner Mutter entgegen zu nehmen, ihre zweideutigen, nörgelnden Bemerkungen.

Albertos Dusche funktioniert einwandfrei, sogar zu gut – in dem Sinne, dass es an jeder Stelle tropft. Wir werden mit dem Sozialarbeiter sprechen, dem „Geber des guten Lebens“, so lange das Zentrum noch etwas von dem Geld hat, das erst in 2 Monaten eintreffen

wird. Albertos Rente erlaubt ihm keine großen Sprünge oder besondere Freuden. Ich sehe zu wie er seine Hände reibt, sie sind immer kalt.

Unser nächstes Ziel ist ein Berufsbildungsinstitut (9). Eine Frau, die wir betreuen, besteht darauf, das Abschlussexamen eines Kurses zu machen, den sie nur mit vielen Schwierigkeiten und Widrigkeiten absolvieren konnte. Sie hat die medikamentöse Behandlung abgelehnt, die therapeutische Weiterbehandlung stand auf der Kippe. Ihr Kursleiter möchte versichert haben, dass sie während der Prüfung keine Szenen macht – das Gespenst der Wahnsinnigen, die „Schutz benötigt“, taucht immer wieder auf und lauert an jeder Ecke. Wir verstehen, dass eine Absage gern gesehen wäre. Aber wir bestehen darauf, dass die Frau sich dieser Situation stellt. Wir werden anwesend sein, obwohl wir nicht glauben, dass dies wirklich hilfreich ist.

Wir sind wieder ins Zentrum zurückgekehrt. Manuela ist auf dem Kriegspfad. Der Besuch ihrer Eltern verlief nicht besonders gut. Ihre „Probeaufführung“ der Normalität ist gescheitert (10), die Gespenster einer vergangenen Ablehnung (und wer weiß was sonst noch?) sind Narben, die jetzt wieder bluten. „Kannst du mir helfen? Kannst du mir eine Berufsbildungsförderung verschaffen?“, fragt sie mich.

Anmerkungen von Lorenzo Decarli

- (1) Zentren für geistige Gesundheitspflege (ZfgG) werden in Trieste nach dem Stadtteil benannt, in dem sie angesiedelt und in dem sie historisch meist sehr verwurzelt sind. Ihre Einzugsgebiete umfassen in der Regel circa 60.000 Personen und sie garantieren einen leichten Zugang zu Behandlung und Unterstützung, ohne bürokratische Prozeduren oder Anforderungen. Sie sind von 8-20 Uhr durchgehend geöffnet, sieben Tage in der Woche. Jedes Zentrum ist mit acht Betten ausgestattet, um Übernachtungsmöglichkeiten bieten zu können. Die Gäste verbringen ihre Zeit mit Unterhaltungen, anstatt „unter Beobachtung“ zu stehen, sie können auch medikamentöse Therapien verschrieben bekommen, die sie im Zentrum oder auch zu Hause erhalten können. Die Zentren fungieren als eine Basis und offener Treffpunkt. Hier gibt es eine Fülle an Angeboten zur Vermeidung bzw. Heilung psychischer Störungen. Hier können auch Zwangsbehandlungen alternativ zur Diagnose- und Behandlungsstation am Allgemeinkrankenhaus durchgeführt werden. Bei einer Bevölkerung von 250.000 Einwohnern fanden 2002 insgesamt 35 solcher Behandlungen statt – beantragt wurden 66 Behandlungen. Für detaillierte Informationen über die Abteilung bitte anklicken: www.triestesalutementale.it
- (2) Risiken. Mittel des körperlichen Zwangs – wie Gurte, Seile, Laken, Zwangsjacken, „ausgestattete“ Betten, Isolationsräume – werden nicht benutzt. In Trieste gehören diese Dinge nur noch zur Archäologie der

psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Sie werden in den Zentren nicht benutzt und werden in den Heimen und in den Diagnose- und Behandlungsstation entschieden abgelehnt. Die Tür steht immer offen. Die Bewegungsfreiheit kann nur durch zwischenmenschliche Auseinandersetzung eingeschränkt werden, und nur dann, wenn es notwendig ist, um die Gesundheit desjenigen zu schützen, der den Behandlungsort ohne Erlaubnis verlassen möchte. Oder wenn diese Person sich unberechenbar verhält oder für sich selber oder andere zu einer Gefahr werden könnte. Die einzigen „Waffen“, die zur Anwendung kommen, sind verbal oder durch sonstiges Verhalten vermittelt – medikamentöse Therapie findet natürlich auch statt. Ohne sie wäre die Heilung von psychischer Störung noch immer sehr schwierig. Aber die einzige wirklich effektive Maßnahme gegen Gewalt ist die konstante – wenn auch nicht einfache – Strategie der Aufmerksamkeit und des Zuhörens. Sie macht Gewalt zu etwas Sinnlosem. Genau diese Qualität der in Trieste angewandten Maßnahmen zeichnet die Außergewöhnlichkeit der gegenwärtigen Situation aus. Qualität ist die einzige Meßlatte, die die Sicherheit des Individuums als höchste Priorität des Dienstes zu garantieren vermag. Dies verhindert, dass MitarbeiterInnen automatische und institutionelle Antworten geben – eine Gewohnheit, die nur sehr langsam ausstirbt und stets auf der Lauer liegt, sich wieder einzuschleichen. Wir müssen ganz im Gegenteil beweisen, dass der Dienst für seelische Gesundheit stark ist, nicht weil er Menschen Zwang

auflegt oder sie einsperrt, sondern weil er immer aufmerksam ist, immer bereit ist, Menschen zuzuhören, und immer bereit ist, nach Lösungen zu suchen. In dieser Konsequenz wird ein Akt der Gewalt zu einer nutzlosen Provokation. Er ist manchmal der einzige Weg, auf dem ein Patient seine Existenz bestätigen kann. Viele der Menschen, die im Betreuten Wohnen oder in ihren eigenen Wohnungen leben, hegen oder hegen eine aggressive Einstellung oder werden es irgendwann tun. Und dennoch können sie lange Phasen der Freiheit und des Wohlergehens erleben. In der geschlossenen Institution andererseits wären sie Zeitbomben, die nur darauf warten zu explodieren. Gewalttätige Reaktionen wären die einzige Alternative zu ihrer Katatonie und ihrem Gefühl der Verwahrlosung und Vernachlässigung. All das bedeutet nicht, dass die Gefahren und Risiken nicht mehr existieren. Aber es gibt wesentlich weniger Gefahren innerhalb eines Kontextes, in dem Verhandlungen möglich sind.

All das könnte den Einsatz einer ganzen Sondereinheit von MitarbeiterInnen erfordern, die sich einzig und allein um einen einzigen Menschen kümmern.

All das passt nicht zu den 20-40 Betten-Krankenhausstationen, die nur mit zwei Pflegekräften ausgestattet sind, und auch nicht zu den Pflegekräften, die auf Grund nicht ausreichender Unterstützung die Rolle der Betreuer ablehnen, da sie eine Überdosis persönlicher Risiken befürchten, sollten sie die Verantwortung für die gegenwärtige und zu-

künftige Situation der Nutzer tragen müssen.

All das impliziert die Forderung nach adäquater Unterstützung, die gefordert werden muss, die diskutiert und in Frage gestellt werden muss. Aber wenn die geschlossene Institution bleibt und die Heuchelei des „lasst-uns-alle-zwei-Wochen-reden“ und „der-Pflege-wird-dir-deine-Medikamente-geben“ sich fortsetzt, wie kann dann die Umsetzbarkeit von all dem demonstriert werden?

- (3) Die Rolle der Krankenpfleger und die Teamarbeit der Krankenpfleger. Genau genommen die Vielschichtigkeit der Rollen und der Vorteil, Aktivitäten aushandeln und vereinbaren zu können. In dem Dienst arbeiten circa 160 psychiatrische, professionelle Allgemein- und Fachkrankenschwestern. In den Zentren arbeiten im Durchschnitt jeweils 4-5 Pfleger pro Schicht. Die Nachtschicht wird von 2 Pflegern geleistet, die im Notfall einen dritten kontaktieren können (einen Mitarbeiter aus dem Zentrum, der mit dem spezifischen Fall vertraut ist und als Bezugsperson agieren kann). Es gibt 7 Rehabilitationsexperten, 28 Ärzte, 7 Psychologen, 10 Sozialarbeiter und vier Gesundheitspflegeassistenten.

Seitdem die Arbeit der Krankenpfleger nicht mehr durch Verfahrensvorschriften und strenge Regeln reglementiert wird, sind sie zu Freunden, Ratgebern und Vertrauenspersonen der Nutzer geworden. Aber sie erinnern die Nutzer auch an ihre Erkrankungen. Sie repräsentieren die Verbindung zur Realität und vermitteln zwischen den Bemühungen des Leidenden, in der Welt zu bleiben und den Bemühungen

der Welt, bei den Leidenden zu bleiben. Für die Krankenpfleger ist das Bemühen, all diese Komponenten innerhalb einer Vielzahl von Rollen unterzubringen, eine Arbeit ohne Ende. Diese Aufgabe kann nur geleistet werden, indem sie ihre eigenen Erfahrungen mit denen der Nutzer vergleichen und verbinden, indem sie Risiken akzeptieren und die Nutzer auch auf einer emotionalen Ebene anerkennen – Ich respektiere dich, „Ich sehe dich“ und ich sehe auch, dass ich dir helfe. Diese Einstellung birgt für den Pfleger das Risiko des Paternalismus in sich und auch die Gefahr der Überforderung angesichts der Bürde der Verantwortung für das Schicksal einer anderen Person. Der Pfleger kann, aufgrund der Schwierigkeit, die kurz- und langfristigen Folgen der Interventionen zu überblicken, auch Schuldgefühle erleben.

Darum bildet auch Teamarbeit die Basis der gemeindeorientierten Gesundheitspflege. Damit werden die besonderen Fähigkeiten eines Individuums einer gemeinsamen Aufgabe zur Verfügung gestellt. Von außen betrachtet erscheinen viele Entscheidungen und Praktiken SEHR widersprüchlich und sind es vielleicht auch. Der Austausch über individuelle Erfahrungen – wie er in den täglichen Besprechungen der MitarbeiterInnen stattfindet, kann der kontinuierlichen Diskussion und dem Austausch von Ideen sehr nützlich sein.

Zwischenmenschliche Beziehungen müssen innerhalb des Personals vor, während und nach den kritischen Momenten aufgebaut werden. Die Verein-

barung und Aushandlung von therapeutischen Entscheidungen impliziert die Anerkennung eines Mitspracherechts für alle an dem Entscheidungsprozess beteiligten Personen und der Tatsache, dass immer mehrere verschiedene Wege zu einer guten Lösung führen – so viele, wie es Mitarbeiter gibt (und sie können ideenreicher sein als die Vorurteile uns weismachen wollen). Eine mit viel Geduld aufgebaute Beziehung ist eine dauerhafte Sache, deren Relevanz sich in den schwierigsten Momenten offenbart.

- (4) Medizin – hiermit meine ich jene, die in der Psychiatrie angewendet wird – traditionelle Neuroleptika oder die der letzten Generation, anxiolytic-sedative, anti-depressive und stimmungsstabilisierende Medikamente. Das Problem liegt in der Notwendigkeit einer langfristigen Behandlungskontinuität mit all seinen unangenehmen Nebenwirkungen und der Gefahr, bei dem Nutzer Abhängigkeit zu erzeugen. Diese Aspekte werden oft zu den zentralen Punkten der oben erwähnten Verhandlungen. Leider ist die Verabreichung einer lebenslangen pharmakologischen Therapie manchmal notwendig. Aber es ist erwiesen, dass die Durchführung von Rehabilitationsprogrammen wie betreutes Arbeiten, Kulturarbeit und Freizeitaktivitäten und allein schon die Herstellung eines adäquaten emotionalen Klimas die Anwendung von Medizin drastisch reduziert.
- (5) Rollen und Regeln sind dazu bestimmt, überwunden zu werden, auch wenn das Prinzip richtig sein mag. Die Verantwortung für Entscheidungen im Leben anderer zu tragen, erfordert, vorausschauend zu

sein und über angemessene Mittel und Ressourcen zu verfügen: dies betrifft die Verantwortlichkeit der MitarbeiterInnen selbst, aber auch die Verantwortung ihrer Ausbildung, ihrer eigenen Weiterentwicklung. Den Rahmen bilden die ökonomischen und organisatorischen Möglichkeiten des Dienstes. Zu den Aufgaben der MitarbeiterInnen gehören die Angehörigenarbeit (die regelmäßigen Treffen mit den Angehörigen spielen eine wesentliche Rolle im Organisationsplan des Dienstes) und die Beziehungen zu anderen Institutionen (z.B. Gefängnis, Rehabilitationseinrichtungen, etc.). Zudem müssen die MitarbeiterInnen vor allem anderen in der Lage sein, Ressourcen aufzudecken und zu nutzen. Für die Zukunft wird eine spannende Frage sein, wie diese spezifischen Fähigkeiten genau beschrieben und weitergegeben werden können, um die Effektivität der gemeinsamen Angebote zu steigern (...). Wenn wir erkennen, dass wir für die gemeindeorientierte psychiatrische Versorgung einen neuen Typus von MitarbeiterInnen brauchen, die sich im Bewusstsein der rehabilitativen Erfordernisse um die Belange und Interessen der benachteiligten Personen kümmern und dabei stets die Freiheit des Individuums respektieren – dann sehen wir, dass diese Arbeit, die Rolle des Bezugsbetreuers, im gegenwärtigen Kontext kaum einzuhalten ist, denn er ist bestimmt von Vorschriften und der Delegation von Aufgaben an andere Berufsgruppen.

- (6) Die Anwesenheit der Pfleger in den Wohnungen ist in der Praxis der psychischen Gesundheitspfle-

- ge eine Notwendigkeit. Einige Unterkünfte werden direkt von den psychiatrischen Diensten verwaltet; es sind gewöhnliche Apartments, die oft von den Bewohnern gekauft oder gemietet werden, die dauerhaft Schwierigkeiten haben, alleine zu leben. Andere Unterkünfte gehören dem nationalen Gesundheitsdienst und werden von dem Rehabilitations- und Betreuungsdienst oder der Sozialen Kooperative verwaltet und betreut, die mit dem nationalen Dienst eine finanzielle Vereinbarung getroffen haben. Manche Unterkünfte sind immer noch in der Umgebung des ehemaligen psychiatrischen Krankenhauses. Einige Rehabilitations- und Freizeitaktivitäten finden in dem „Polytechnikum“ statt – ein Tageszentrum, in dem Professionelle verschiedene Workshops anbieten (u.a. Theater, Musik, Nähen, Stricken, Siebdrucken).
- (7) Die extrem flexible Arbeitsweise sowie die bekannte institutionelle Knappheit haben zu Auslagerungen geführt. Externen Diensten wurden Wohngemeinschaften, spezielle Arbeitsprojekte und Begleitdienste übergeben. Der Krankenpfleger koordiniert die Angebote weiterhin, er hält die Verbindung zu den externen Einrichtungen. Es entsteht immer ein Risiko, wenn man bedeutende Teile der Aufgabenfelder (und die damit verbundenen Besonderheiten, Erfahrungen, das Wissen und ihre historische Kontinuität) auf Personen überträgt, die keine professionellen Pfleger sind. Wie kann man die Einzigartigkeit bewahren und weiterentwickeln und die Aktivität delegieren?
- (8) (Psychiatrische) Diagnose- und Behandlungsstation: Dies ist die mit acht Betten ausgestattete psychiatrische Notstation des allgemeinen Krankenhauses. Sie ist ein Barometer des psychiatrischen Leidens in der Stadt und auch des Widerstandes der sozialen Netzwerke der Einzelnen.
- (9) Arbeit. Der Unterschied zwischen Ergotherapie und rehabilitierender Arbeit ähnelt dem Unterschied zwischen dem Angebot von psychotherapeutischen Sitzungen und Hilfeleistungen im realen Leben von Menschen. Es gibt eine Grenze, die nicht ohne Mühe überschritten wird. In Trieste wurden Kooperativen gegründet, um die ehemals erzwungenen Arbeit in den Anstalten in bezahlte Arbeitsstellen umzuwandeln (für die Erledigung einfacher Dienstleistungen wie Putzen, Transport, Gartenarbeit, Kochen und Essensausgabe). Es wurde auch ein Fond für so genannte Arbeitsfördergelder geschaffen. Mit anderen Worten: Nutzern wurde geholfen, ein geschlossenes Rehabilitationssetting zu verlassen und ein autonomes Leben zu führen. Heute sind die Berufsbildung und Arbeitsplatzvermittlung wesentliche Aspekte der Arbeit der Zentren. Zu diesem Zweck wurden ein Rehabilitations- und Jobvermittlungsbüro eröffnet und Arbeitsförderungen gezahlt, um Menschen zu unterstützen. Diese Fördergelder können dazu verwendet werden, den Besuch professioneller Berufsbildungskurse zu bezahlen, die von öffentlichen Institutionen angeboten werden. Oder sie können für konkrete Ausbildungen in Kooperativen, privaten Geschäften oder Verbänden verwendet werden. Das

Büro prüft monatlich die Fortschritte der Beteiligten auf Grund der Informationen der Pfleger, Reha-Experten und Sozialarbeiter. Innerhalb des Integrationsprozesses sind alle diese Personen gleichermaßen von Bedeutung, weil der Prozess der beruflichen Rehabilitation ein sehr weitreichendes und fundiertes Wissen über die Nutzer und ihre Besonderheiten und Hoffnungen erfordert.

- (10) Normalität existiert nicht. Vielleicht ist dies nur ein Klischee, aber was tatsächlich existiert, ist das mangelnde Wohlempfinden des Patienten innerhalb der gegenwärtigen Situation, die auf Grund einer Reihe von geschriebenen oder ungeschriebenen Regeln als normal verstanden wird. Im Allgemeinen ist es für unsere Gäste sehr schwierig den andauernden Stress zu ertragen, den die Anpassung an die umgebende Realität verursacht (immerhin ein sehr verbreiteter Zustand). Was wir tun müssen, ist, diese Menschen bei ihren Bemühungen, ihr Leben zu führen, zu unterstützen. Dabei müssen wir die grundlegendsten Regeln der Pflege befolgen. Wir sind nicht da, nur um Menschen dazu zu bringen, einen bestimmten Behandlungsplan zu akzeptieren, oder um ihnen Verhaltensformen aufzuzwingen, damit sie sich an ihren Kontext besser anpassen. Wir sind auch da, um den Kontext selbst (z.B. die Familie und die allgemeine soziale Umgebung) zu verändern. Denn der Kontext ist oft zugleich die Ursache und die Folge der psychischen Störung. Es ist unerlässlich in dem Kontext selbst zu forschen, welche Elemente Wohlbefinden, welche Leid verursachen, nicht um einen

„unpassenden“ Mensch an die Normalität anzupassen, sondern um beide zu transformieren.

Epilog. Leidenschaft, Empathie und Beteiligung. Diese drei Wörter sind nichts als Gerede, schon tausendmal gesagt. Es gibt nichts Neues. Das Problem liegt nicht im Reden, es kommt auf das Tun an. Was die von Basaglia inspirierte Praxis gegen andere ebenso gültige und fortgeschrittene Experimente auszeichnet, ist, dass in Trieste etwas getan wurde; das Psychiatrische Krankenhaus wurde vor Jahrzehnten geschlossen. Nur konkrete Leistungen markieren den Fortschritt und rufen bittere und strenge Kritik hervor. Aber Kritik bezieht sich immer auf einen laufenden Prozess von dem wir nicht mehr abkehren können. Kritik ist nicht nur der Ausdruck von schlichtem akademischem Interesse. Natürlich kann ein ‚Lager‘ wieder erscheinen, es zeichnet sich bereits am Horizont ab; wir können es in den modernen Barackenghettos der Arbeiterklasse erahnen, in den Pflegeheimen und in der Einsamkeit jener „morire di classe“, das ganz bestimmt nicht durch eine gesetzliche Verordnung abgeschafft wurde. Aber in der Sphäre der Freiheit und der Sichtbarkeit können Erkrankung, Ausgrenzung und Stigmatisierung bekämpft werden und müssen nicht mehr als individueller „Schmerz“ verborgen bleiben.

Dezember 2003

Rossana De Santi

Der Weg ist noch lang und offen...

Neulich ging ich auf eine Dinnerparty, die von einigen Kollegen anlässlich des zehnjährigen Jubiläums meines Pflegeexamens ausgerichtet worden war. Ich fühlte mich so, als hätte ich einen Schritt vierzehn Jahre zurück in die Vergangenheit unternommen.

Ich war gerade 30 geworden, und hatte vor kurzem meinen Lebensgefährten und den Vater meines Sohnes nach sieben Jahren des Zusammenlebens verlassen. In den ersten sechs Monaten meiner neu gewonnene Freiheit, nach den ersten Momenten der Euphorie, musste ich mich mit den vielen praktischen Problemen meiner näheren Zukunft auseinandersetzen. Ich war wieder zu meinen Eltern gezogen. Sie waren sehr verständnisvoll und akzeptierten, wenn auch mit einiger Enttäuschung und Unmut, meine Entscheidung, als allein stehende, arbeitslose Mutter zu leben, statt in einer Situation zu bleiben, die zu einer totalen Depression und zum Nervenzusammenbruch geführt hatte.

Ich begann unverzüglich nach Arbeit zu suchen, und schickte unzählige Bewerbungen und Antworten

auf Anzeigen los. Aber welche Hoffnungen hatte ich schon – in meinem Alter, mit nichts weiter in der Tasche, als dem Diplom einer Hochschule für Linguistik und meiner Erfahrung als Verkäuferin in unserem Familienbetrieb? Während des Mittagessens zu Ostern, erhielt ich einen Tip von der Schwiegermutter meiner Schwester, einer ‚alten‘ Allgemeinkrankenschwester. Sie erzählte mir, dass in dem lokalen Krankenhaus ein großer Bedarf an Krankenschwestern herrsche und schlug vor, dass ich den Eignungstest für den Pflegekurs mache, der im kommenden Herbst beginnen sollte. Zuerst lehnte ich die Idee ab. Ich war vielleicht zweimal im Krankenhaus gewesen und fühlte mich von Krankheiten und Tod so dermaßen bedroht, dass ich es abgelehnt hatte, meine Großeltern in der Kapelle des Beerdigungsinstituts vor ihrer Beerdigung zu sehen!

Aber die Monate vergingen und ich hatte noch immer keine Arbeit gefunden...

Also ging ich mich im September 1990 zu dem Auswahltest, und zu meiner großen Überraschung er-

reichte ich den 30ten Platz von 160 Bewerbern. Welch eine Leistung!

Währenddessen versuchte mein ehemaliger Lebensgefährte, mich auf jede erdenkliche Art zu behindern. Er sagte, dass der Kurs sehr lang und extrem schwierig sei und behauptete, dass ich nicht in der Lage wäre, gleichzeitig unser Kind zu versorgen. Aber das war nur ein erneuter Versuch, uns wieder zusammenzubringen, er drohte sogar damit, die Vormundschaft für unser Kind zu beantragen. Ich ließ aber nicht locker. Als ich mit der Direktorin sprach, fragte sie mich, wie ich den Kurs mit einem 3-jährigen Kind absolvieren wollte, das zu versorgen war. Ich sagte ihr, dass mein Kind bald in den Kindergarten könnte und dass meine Eltern sowie im Ruhestand wären und bereit wären, sich um das Kind zu kümmern. Meine Antworten waren überzeugend und entschlossen, und ich wurde für den Kurs zugelassen. Mein großes Abenteuer begann.

Es war schon seltsam, mich mit einunddreißig in einem Klassenraum wieder zu finden, mit Kursbüchern, Heften, Professoren, Hausaufgaben und Klassenkameraden, die deutlich jünger waren als ich.

Ich fühlte mich fehl am Platz, aber zum Glück gab es auch eine Gruppe von ‚älteren‘ Schülern, die, wie ich, nach verschiedenen Ereignissen in ihrem Leben zur Schule zurückkehrten. In dieser kleinen Gruppe war auch mein zukünftiger und jetziger Ehemann. Damals war er einer der wenigen Männer, die den Kurs besuchten.

Drei Monate vergingen, bis Anfang Januar der ersten Tag meines Praktikums begann. Ich arbeitete auf einer Station im Krankenhaus. Da war ich also, am frühen Mor-

gen in meiner blauen Auszubildendenuniform mit einer von meiner Mutter gründlich gestärkte Mütze. Ich wurde auf die sechste Station geschickt, auch als die ‚Langzeit‘ Station bekannt. Die Vorhalle zum Tod. Ich erinnere mich an einen schlecht beleuchteten Flur, von Zimmern flankiert, an eine weiß bekleidete Nonne, die den Rosenkranz rezitierte, an Gestöhne, an den Geruch von Moder, verwesendem Fleisch und Exkrementen, ein Geruch, der die Luft imprägnierte, die Wände, ein Geruch, der bis zum Gehirn durchdrang, deine Sinne betäubte und dein Sehvermögen vernebelte, so dass sich ein Gefühl der Unwirklichkeit einstellte. Ich war dem Tod und der Verzweiflung so nah gewesen. Ich war in einem Albtraum und musste ihn irgendwie durchstehen.

Ich ging zur Arbeit. Tag für Tag. Der Geruch war nicht mehr so überwältigend. Aus den regungslosen, in ihren Betten gefangenen Körpern wurden Menschen mit Geschichten und Gefühlen. Das blieben sie auch, und ich tat mein Bestes, um sie bei der Wahrung ihrer Würde zu unterstützen.

Wie eine Ewigkeit erschienen mir jene ersten Monate. Nachmittags gab es Schule, Unterricht und Hausaufgaben. Ich verließ mein Zuhause im Dunkeln und kehrte im Dunkeln heim. Mein Sohn schlief noch, wenn ich ging, und wenn ich nachts wiederkam, fand ich ihn erneut schlafend. Ich schaute ihn lautlos an, küsste ihn leicht auf die Stirn, um ihn nicht zu wecken, und erzählte mir immer, dass ich das alles für ihn und für mich tat, für uns beide und für unsere Zukunft zusammen.

Die drei Jahre waren irgendwann vorüber, obwohl sie lang und hart waren, und ich hielt irgendwann das

Abschlusszeugnis in meinen Händen, das ich mir so gewünscht und für das ich so hart gearbeitet hatte.

Eine Sache aus der Zeit, die ich nicht mehr vergessen kann, ist, als ich mich damals irgendeinem jungen Mädchen unterordnen musste. Sie war gerade mal zwanzig, aber da sie bereits qualifiziert war, konnte sie mich mit Gleichgültigkeit und Überlegenheit behandeln. Ich hatte kaum eine Möglichkeit, ihr irgendwas entgegen zu halten, und meine Ungeschicklichkeit machte alles noch schlimmer. Zum Glück musste ich nur mit wenigen Menschen dieser Art zusammenarbeiten, aber glaub mir, es waren mehr als genug. Tatsächlich erinnere ich mich, wie ich mir geschworen habe, dass, sollte ich irgendwann in einer solchen Position sein, ich nie vergessen würde wie ungeschickt und verloren man sich als Auszubildende fühlt. Ich schwor mir zu versuchen, immer verständnisvoll zu sein, und den Neuen auf ihrem schwierigen Ausbildungsweg zu helfen.

September 1993. Mein erster Tag als Pflegerin in der Neurochirurgie. Eine extrem anstrengende Notaufnahme, die ich aus freien Stücken gewählt hatte, vielleicht um mir selber eine Herausforderung zu stellen. In dieser Situation musste ich sofort lernen, gut und schnell zu arbeiten, einen klaren Kopf zu behalten, und meine Emotionen selbst dann unter Kontrolle zu halten als ein zwanzigjähriger Mann mit Blut überströmten Gesicht von einem schrecklichen Autounfall mitten in der Nacht eingeliefert wurde, oder als ein Neugeborenes eingeliefert wurde, das vom Wickeltisch gefallen war und sich den Schädel gebrochen hatte. Seine entsetzte Mutter hielt es weinend in den Armen. Ich musste auch eine

junge Frau, die ins Koma gefallen war, rasend schnell auf die Station bringen, nachdem eine Gehirnhautentzündung bei ihr nicht rechtzeitig diagnostiziert worden war. Ich habe ihrer Mutter sanft, aber entschlossen vom Boden aufgeholfen. Da sie ihren Ehemann gerade verloren hatte, trug sie Trauerkleidung. Tränen überströmte sie auf ihren Knien zu Gott, und flehte mich an, ihre einzige Tochter nicht von ihr zu nehmen. Wie viele solcher Szenen sehe ich vor meinem inneren Auge. Es ist so, als wäre ich in einer Episode von Emergency Room erschienen, nur im Gegensatz zur Fiktion sind das Leiden, das Blut, die Verzweiflung und die Toten real. Und obwohl man glaubt, dass alles nicht an sich rangelassen zu haben, merkt man früher oder später, dass es die ganze Zeit tief in einem gearbeitet hat, und ich meine hart gearbeitet hat.

Es vergingen fünf Jahre auf diese Art. Besser gesagt, sie flogen an mir vorbei. In dieser Zeit heiratete ich, gründete ein neues Zuhause und damit auch ein neues Leben für meinen Sohn, der jetzt in die Grundschule ging. Ich war schon eine der ältesten und erfahrensten PflegerInnen geworden. Ich hatte gute Beziehungen zu meinen Kollegen und genoss die Achtung der Ärzte sowie des Chefarztes, für meine Erfahrung und meine Fähigkeiten. Aber die Arbeitsbelastung wurde immer größer und es gab immer weniger Pfleger. Meine Schichten wurden zu einem Rennen gegen die Zeit, in denen ich versuchte, soviel wie möglich mit den Patienten zu tun, die auf ihre Zimmernummern, Bettnummern und ihrer Krankheit reduziert wurden: Lendenbruch 5B, Gehirnhautentzündung 4A und so weiter.

Ich entschied mich, eine Versetzung zur Gemeindearbeit zu beantragen. Dort hoffte ich, ein Arbeitstempo und eine Arbeitsweise vorzufinden, die humaner wären und besser zu mir passen würden. Mein Antrag wurde schnell akzeptiert und mir wurde eine Stelle in einem Zentrum für seelische Gesundheit angeboten. Ich stand also wieder vor einer Entscheidung: meine mittlerweile gewohnte und irgendwie beruhigende tägliche Schufferei im Krankenhaus zu verlassen, um mich ‚den Verrückten‘ anzuschließen. Meine Kollegen rieten mir davon ab... in einem „dieser Orte“ mit den Verrückten zu arbeiten, ich wäre in der Tat verrückt und ich würde es bereuen. Es war ein gutes Beispiel für die Vorurteile und die Stigmatisierung, die ich bald kennen lernen und von so genannten ‚normalen‘ Menschen erfahren würde. Aber ich wollte es gerne mal versuchen. Als Auszubildende hatte ich einige Wochen in dem Zentrum für psychische Gesundheit „Domio“ gearbeitet und es hatte bei mir einen guten Eindruck hinterlassen. Und ich fordere mich selbst nun mal gerne heraus, das ist etwas, was ich schon immer gern getan habe. Ich dachte mir sowieso, wenn es zum Schlimmsten kommen sollte, könnte ich immer noch in das Krankenhaus zurückkehren.

November 1996, mein erster Tag im Zentrum für seelische Gesundheit „S. Giovanni“. Ich gehe hinein und suche nach jemand, dem ich mich vorstellen könnte. Aber ich kann niemanden finden, es sehen alle gleich aus, keine Uniformen, keine Abzeichen. Wer sind die Pfleger, wer sind die Ärzte, wer sind die Patienten und wo ist der Chefpfleger? Mein erster Eindruck ist, dass ich in dem totalen Chaos gelandet bin. Menschen kom-

men und gehen scheinbar ohne jeden Sinn. Es verwirrt mich alles ein wenig. Ich halte einen jungen Mann an, der gerade die Treppe herunter kommt. Er ist unrasiert und trägt abgetragene Jeans und einen alten Pull-over. Er kaut auf einem Stück Brot und in seiner anderen Hand hält er ein Stück Käse. Sein Gesicht und seine Kleidung sind übersät mit Krümeln. Ich nehme an, dass er ein Patient ist, und frage ihn nach der Richtung. Zu meiner Verwunderung stellt sich heraus, dass er ein Kollege ist.

Er stellt sich vor und zeigt mir anschließend das Zentrum. Währenddessen stellt er mir die anderen anwesenden Personen vor. Er erzählt mir, dass er hier gearbeitet hat, seitdem er die Schule verließ, und dass er hier sehr zufrieden sei. Dann erklärt er mir ein wenig die Arbeitsweise und wie sie organisiert sind. Ich treffe auf die Chefspsychiaterin. Es ist eine sehr intensive Begegnung mit einer faszinierenden, aber auch komplexen und schwierigen Frau, die mich sofort in ihre Vorhaben einbezieht. Nach einer sehr kurzen Zeit in diesem Zentrum, werde ich wortwörtlich in das Frauen-Zentrum hinein katapultiert. Es ist der einzige Dienst dieser Art in Italien und wurde einzig und allein für Frauen konzipiert und von weiblichen Mitarbeiterinnen geführt. Ich fühle mich fast wie ein Teil einer Elite, angesiedelt an einem einzigartigen Ort, in einer für die psychiatrische Gesundheitsversorgung besonderen Stadt, wie Triest, wo Basaglia das ‚Wunder‘ vollbrachte, die Anstalt schloss und die Identität der psychisch Erkrankten wieder herstellte.

Ich beginne Dokumente und Artikel über die Deinstitutionalisierung zu lesen und über das Recht von

Menschen, die ‚anders‘ sind, auf ein würdevolles Leben und soziale Anerkennung. Ich nehme an einer Reihe von Seminaren, Frauenlese- und -studiengruppen und anderen Gruppen teil. Innerhalb kurzer Zeit fühle ich, dass ich zu einer Gruppe gehöre, deren gemeinsame Philosophie uns sehr stark verbindet.

Es ist eine sehr aufregende und enthusiastische Zeit. Ich bin mit Assunta, der Chefärztin, sehr verbunden. Sie nimmt mich auf, regt mich an, füllt mich mit Energie und Enthusiasmus. Sie lobt und ‚knuddelt‘ mich. Sie tut nichts, außer mir zu sagen, was für eine starke Frau und was für eine fähige Mitarbeiterin ich bin, wie viele Dinge ich tun kann und wie gut ich diese Dinge tue. Sie nimmt mich oft auf Veranstaltungen mit, sogar ins Ausland, und ich bin froh, an der Seite einer so intelligenten und einflussreichen Frau zu arbeiten.

Dann gibt es noch den ebenso wichtigen Faktor, endlich mit Menschen zusammenzuarbeiten und mit ihnen echte Beziehungen zu führen, ihre Geschichten kennenzulernen, sie zu Hause zu besuchen, ihre Probleme, Freude und Leiden zu teilen, sowie ihre Erfolge und Enttäuschungen. Ich baue Beziehungen zu einigen Kollegen auf, die weit über bloße Gefühle der Sympathie hinausgehen. Und nach einer Weile bin ich mir der Diversität und ‚Andersartigkeit‘ nur noch durch die Augen so genannter ‚normaler‘ Menschen bewusst, wenn sie zum ersten Mal das Zentrum besuchen, wenn ich ihre Verlegenheit und Zurückhaltung sehe, die Angst in ihren Gesichtern, wenn sie zum ersten Mal eine Realität berühren, die für mich so natürlich und zur Routine geworden ist, dass ich mich

‚draußen‘ manchmal unsicherer und unwohler fühle als ‚drinnen‘.

Mittlerweile amüsieren mich die Gesichtsausdrücke der Menschen, wenn sie mich gefragt haben, wo ich denn arbeiten würde. ‚In die Psychiatrie‘ erzähle ich mit einer Mischung aus Herausforderung und Stolz. ‚Hast Du keine Angst... mit den ganzen Verrückten?‘ Mein erster Impuls ist zu sagen, dass ich eher Angst in Gegenwart von mir unbekanntem ‚normalen‘ Menschen empfinden als in der Gegenwart von den Verrückten, die ein Teil meines täglichen Lebens sind und mir ihr Vertrauen entgegenbringen – etwas wofür ich sehr dankbar bin.

Aber es gibt natürlich auch Schattenseiten. Mit viel Mühe und Anstrengung (für mich selbst und andere!) erreichte Fortschritte und Ziele können angesichts einer plötzlichen Krise in wenigen Momenten in sich zusammenbrechen. Die Uhr wird zurückgedreht und wir beginnen wieder von vorne. Menschen, die einem vor einigen Stunden vertrauten und einen mochten, entladen plötzlich ihre Wut und Frustration auf einen, sie erbrechen plötzlich auf einen, lassen die schlimmsten Beleidigungen auf einen niederregnen, um dann vielleicht in deinen Armen in Tränen zusammenzubrechen. Das Gefühl des Scheiterns und der Desorientierung, wenn jemand unerwartet stirbt, ein Tod, der immer gesucht, aber doch nie wirklich gewollt wurde. Das Zweifeln, ob man nicht doch bemerkt haben könnte, was vor sich ging und etwas hätte unternehmen müssen, um es zu verhindern. Aber dieses Zweifeln und diese Fragen bleiben unbeantwortet.

September 2001. Das Frauenzentrum schließt innerhalb von einer Woche. Es gibt Streitgespräche, Sitzun-

gen und Vorwürfe und Assunta verschwindet wie ein Dieb, ohne jede Erklärung oder Abschiedsworte. Wir sind alle, die MitarbeiterInnen wie auch die NutzerInnen, am Boden zerstört. Die NutzerInnen fragen uns immer wieder nach Erklärungen, die wir nicht in der Lage sind zu geben. Die Frauen im Zentrum sind desorientiert, und wir fühlen uns genauso verloren wie sie. Plötzlich werden wir von den wunderschönen Räumen in Androna degli Orti in das ursprüngliche Zentrum in der Via Gambini hinauskatapultiert.

Anders als in dem Märchen gibt es hier keine gute Fee, die mit ihrem Zauberstab alles wieder in Ordnung bringt. Dies ist der Anfang einer dunklen Zeit. Eine Zeit der Demotivierung und Enttäuschung. Eine so dunkle Zeit, dass meine Depression wiederkehrt. Viele von den Frauen aus der „Androna“ kommen nicht zu dem neuen Zentrum. Oder sie kommen nur, um ihre Medikamente zu holen und um mit den Ärzten zu sprechen. Die Arbeit ist wieder zu einer leeren Routine geworden und meine Beziehung zu der Chefspsychiaterin ist überhaupt nicht gut. Über unsere Rückkehr zeigen sich die Kollegen auf subtile Weise zufrieden: „Willkommen zurück in der Wirklichkeit. Es war bestimmt schön in eurem bezaubernden Weiberschloss, aber das hier ist die Realität und ihr könnt Euch gleich wieder daran gewöhnen!“ Diese Meinung wurde mehrheitlich von den männlichen Kollegen vertreten, aber auch unter den weiblichen Mitarbeiterinnen gab es eine kaum verhohlene Befriedigung über unsere erzwungene Rückkehr zu dieser neuen und in mancher Hinsicht weniger privilegierten Situation. Ich erinnere mich an das erste Jahr als eine dunkle Zeit, in

der ich versuchte, mich herauszuholen aus der Depression, bedingt auch durch Probleme in meinem Familienleben, in die ich versunken war.

Langsam kletterte ich aus diesem Tal empor und begann, mich wieder umzuschauen, ich versuchte nicht nur das Negative zu sehen, sondern auch die Tatsache, dass das Zentrum von Menschen genutzt wurde. Von Männern und Frauen, die uns brauchten und die wir weiterhin mit den über die Jahre angesammelten Mitteln, Methoden und Fähigkeiten unterstützen konnten. Auch hier gab es unzählige Möglichkeiten und Gelegenheiten, die eigene Kreativität und den eigenen Handlungsdrang zum Ausdruck zu bringen. Man musste nur anfangen, sie zu suchen oder zu erfinden.

Der Weg ist noch lang und offen. Insbesondere offen: vorausgesetzt, du hast Lust darauf immer weiter zugehen!

Franco Rotelli

Nachwort

Eine Frage bleibt offen. Welche Leitlinien für den Dienst? Welchen Dienst für die Leitlinien, die Gesundheitsversorgung und die Themen, die darüber hinaus gehen? Qualifizierung in eigener Verantwortung oder durch andere? Die immer wiederkehrende Frage der Macht ist hier ganz offensichtlich. Wer entscheidet? Wie und warum wird entschieden? Mit welchem Ziel und mit welcher Absicht? Wer hat die Autorität, warum und mit welchem Ziel? Aber vieles wird einfach ungesagt bleiben.

Was sind die Auswirkungen so einer Entscheidung? Welchen Idee von der Welt liegt der Mikropolitik innerhalb des Dienstes zugrunde und wie beziehen sich diese auf diejenigen, die den Dienst nutzen? Welchen Grad von Bewusstsein und Linearität gibt es? Woran mangelt die Wahrnehmung und was sind die Widersprüche?

Welche Idee von Demokratie haben wir im Sinn? Auf der einen Seite sind da die persönlichen Ressourcen des Nutzers, die persönlichen Ressourcen des Mitarbeiters und die Ressourcen der subjektivierten Gemeinde. Andererseits sind da die wissenschaftlichen Modelle frei

von jeder Subjektivität, Medikamente, Evaluation, standardisierte Formen, Vorschriften, Vorgehensweisen, Prozeduren, Tabellen, Regeln. Eins wichtiger als das andere. Was bedeutet Gemeinde? Welchen Respekt gibt es vor den individuellen Rechten und mit welcher Absicht? Wie viel Energie wird aufgebracht, um den Kontext zu ändern? Welche Ideologie führt eher zu einer Entfremdung von dem Kontext? Zuhause, Arbeit, emotionale Beziehung. Die drei Achsen der Existenz: Welche Leitbilder, welche Politik verfolgen wir in bezug auf diese Hauptfaktoren des Lebens der Existenz? Die Reduzierung von Anomalien oder die Produktion von Subjektivität? Rollen, Sichtbarkeiten, Verbindungen, ein Theater in dem jede Person auf ihre eigene Weise sein kann, mehr sein kann (und mehr auf ihre eigene Weise sein kann). Gegen die gewaltsame, imperialistische Dummheit, die in dem institutionalistischen Erfindungsgeist zu erkennen ist, der die demokratische Intelligenz, Glücklichkeit durch Beziehungen und kritische und verbindende Komplexität unmöglich macht.

Welcher Wert steckt „zwischen den Zeilen“ des behavioristischen Modells, das von den Mitarbeitern erwartet wird. Und was steht „zwischen den Zeilen“ des individuellen Charakters jedes einzelnen. Was ist der Wert ihrer Weigerung gegen Ausbildung, die sie ablehnen, weil sie nicht in Formen gepresst werden wollen? Welche Ethik braucht ein öffentlicher Dienst, welche Ästhetik brauchen Beziehungen? Welche Rolle soll jede Person haben, welche Rolle jede Gruppe im Bereich öffentlicher Tätigkeit? Welcher Beitrag soll für das Leben der Stadt geleistet werden? Welche Stadt, welche Art von Normalität? Wenn man das Spezifische in Klammern setzt, führt dies zu schlechter Ideologie, weil immer, wenn wir Dinge (gemeinsam) tun, müssen wir gefragt werden können und selbst Fragen stellen. Aber das Generelle, das Allgemeine in Klammern zu setzen, ist bereits schlechte Ideologie. Durch all diese Texte schimmert das un stabile Babel dessen, was un gesagt geblieben ist. Wie auch immer. Das ist auch mit dem Risiko verbunden, ein Babel aus dem zu machen, was gesagt wurde. Die Idee von Ausbildung nimmt im allgemeinen vorweg, dass es einen Bereich des Halbschattens gibt, der den allgemeinen Fragen objektiv und unparteiisch gegenüber steht. Ich bezweifle, dass dies allgemein zutrifft. Und insbesondere trifft es dann nicht zu, wenn sich die Fragen um Personen und soziale Vertragsfähigkeit drehen. Bei BürgerInnen, deren gesellschaftliche Teilhabe im Lot ist, ist dies keine Frage, aber Freiheit, Rechte und subjektive Einzigartigkeit steht dann auf Messers Schneide, wenn es um objektive Verletzbarkeit, familiäre und soziale Wunden,

Werte in manifesten Krisen und die extreme Unsicherheit materieller Ressourcen geht.

Was sollten wir in Klammern setzen: Wissenschaft oder Individuen? Ist es bereits möglich, den Klammern zu entweichen und die Komplexität der Welt zu atmen? Sind wir in der Lage, das zu tun (sicherlich nicht auf uns allein gestellt, aber in einer Gruppe, einem Team, einem Kollektiv)?

Lasst es uns versuchen. Und nächstes mal geben wir uns noch mehr Mühe, es zu versuchen. Weil, egal ob wir es mögen oder nicht, die psychiatrischen Dienste (alle Dienste) produzieren ihre eigenen Leitlinien und deshalb sollten wir wissen, was unsere Leitlinien sind, oder besser welche Leitlinien/welche Politik unsere Arbeit wie auch immer produziert, was solche Leitlinien/Politik verbindet, sucht, provoziert und fragt. Es gibt keinen schlechteren Schauspieler, als den, der nicht weiß, welche Rolle er spielt, in dem Film, in dem er mitspielt.

Trieste, 13. Sept. 2004

V Anhang



Jörg Utschakowski

Vergleich der psychiatrischen Versorgungssysteme in Trieste, Nord-Birmingham¹ und Bremen

Der Vergleich der Versorgungssysteme in Trieste/Italien, Nord-Birmingham/Großbritannien und Bremen/Deutschland wurde als Beitrag der Initiative zur sozialen Rehabilitation für das Leonardo da Vinci Pilotprojektes WAP erstellt.

Einleitung

Die großen nationalen Unterschiede in der Organisation und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung erschweren den Vergleich der drei Regionen. Die wichtigsten Unterschiede sind das Krankenversicherungssystem und die Verteilung der Verantwortung für die psychiatrische Versorgung auf unterschiedliche Dienste in Deutschland und steuerfinanzierte Systeme mit einem hauptverantwortlichen Dienst für je eine Region in Italien und England².

Nichtsdestotrotz ist es notwendig, ein generelles Verständnis davon zu entwickeln, wie die psychiatrische Versorgung vorgehalten wird, um zu verstehen, wie Pflegekräfte in der Psychiatrie arbeiten und welchen Ausbildungsbedarf sie haben.

Grundidee dieses Vergleichs ist, die unterschiedlichen Versorgungssysteme zu beschreiben und ihre Wirksamkeit gegenüber zu stellen. Unter den verschiedenen Aspekten, die die Effizienz von Diensten darstellen, wurden für diese Arbeit der Vergleich von stationären Behandlungen, der Zwangsbehandlung und der Heimunterbringung ausgewählt. Die hierfür genutzten Daten können nicht die Qualität der Versorgung beschreiben, die signifikanten Unterschiede zeigen jedoch Tendenzen, die einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die Organisation der Versorgung auswirkt.

Soweit nicht anders erwähnt, beziehen sich die Darstellungen auf die Versorgung von Erwachsenen (18-65 Jahre).

Vergleich der Leitlinien der Versorgung

Prinzipien

Trotz der großen Unterschiede der Versorgungssysteme gibt es eine große Übereinstimmung in den Prinzipien und Zielen, die in den offiziellen Leitlinien für die Regionen in den drei Ländern formuliert werden:

- Die Wahrnehmung und Akzeptanz von Menschen mit psychischen Störungen als Bürger mit vollen Rechten, die mit Würde und Respekt behandelt werden.
- Die Befähigung der Betroffenen, ein angemessenes Leben in ihren Wohnungen oder in einer wohnlichen Umgebung in ihrer Gemeinde führen zu können.
- Die Sicherstellung von Hilfsleistungen, die dem kulturellen Hintergrund der Betroffenen angemessen sind.
- Die Bereitstellung von Hilfe und Versorgung, die die Betroffenen befähigen, ein größtmögliches Maß an Unabhängigkeit zu erreichen und den Erwerb oder Wiedererwerb von Fähigkeiten und damit die Genesung unterstützen.
- Die Bereitstellung einer Auswahl von Diensten, die die Nutzer, ihre Freunde und Verwandte in die Auseinandersetzung über ihre Bedarfe einbeziehen.
- Die Verhinderung von Hospitalisierung und stationärer Behandlung.

Im Gegensatz zu Bremen, wo eine Vielzahl von Diensten jeweils für einen bestimmten Bereich zuständig sind, beinhalten die Prinzipien in Trieste und Birmingham ein Verständnis von globaler Verantwortung.

Besonders hervorzuheben für Nord-Birmingham ist die Betonung der Gleichbehandlung:

Explizit ist in den Leitlinien die Berücksichtigung von Kultur, Geschlecht, Religion und Sexualität erwähnt. Die Hervorhebung der Gleichbehandlung findet sich nicht nur in den Prinzipien, sondern auch in diversen Konzepten und Verfahrensvorschriften. Anti-Diskriminierungsprogramme sind integraler Bestandteil der Ausbildungen von Pflegekräften, Sozialarbeitern...

Es werden ethnische Spezialdienste für die Krisenintervention angeboten (afro-caribbean Teams, asian Teams). Die Möglichkeit einer geschlechtsspezifischen Versorgung und Behandlung muss gewährleistet sein (z.B. women-only-areas im stationären Bereich).

Besonders hervorzuheben für Trieste ist die Betonung der Verantwortung der psychiatrischen

Dienste für die Geistige Gesundheit der gesamten Bevölkerung des Einzugsbereichs:

Besonders betont wird der Zusammenhang von (sozialer) Verarmung und der Ausgrenzung, mit psychiatrischen Problemen. Diesen Zusammenhang öffentlich zu machen, ist eine Aufgabe der Psychiatrie.

„Die Verantwortung der Dienste muss sich von dem spezialisierten `technischen` Angebot erweitern auf eine Haltung, die aktiv auf die Bereitstellung von Möglichkeiten und Mitteln für die Erhaltung der Geistigen Gesundheit in ihren Einzugsgebieten abzielt. Was sich in einer Region ereignet, muss immer in irgendeiner Weise zum `Geschäft` des Dienstes gehören, jedoch ohne das Problem aus der Gemeinde abzuspalten oder auszuondern“³.

Die Idee der Öffnung gegenüber der Gemeinde führt zu einer intensiveren Einbindung der Dienste, die ein besseres und komplexeres Verständnis der Probleme und der Unterstützungsbedarfe bewirkt.

Die Gemeindeorientierung der Dienste hat nicht allein den schnellen Zugang und frühe Unterstützung zum Ziel. Die Idee der sozialen Integration von „Unterschiedlichkeit“ durch die Förderung von Emanzipation und der Akzeptanz und Anderssein von „Unterschiedlichkeit“ basiert auf einem veränderten Verständnis von dem Umgang mit psychischen Störungen. Dies war in Trieste die Ausgangsbasis für die fundamentale Neuorientierung der Versorgung.

Die Veränderung des Verständnisses von psychischen Störungen hat in Trieste zu einer Veränderung des Zugangs der Nutzer zu den Diensten und zu einer fundamentalen Veränderung der Dienste und der Versorgung geführt.

Vergleich der Organisation der Versorgung

Einzugsgebiete

Trieste	240.000 Einwohner	5 Regionen
Nord-Birmingham	639.000 Einwohner	5 Regionen (bald 3 Regionen)
Bremen	541.000 Einwohner	5 Regionen

Planung der Versorgung

Trieste	Agency for Health Services Department für Geistige Gesundheit
Nord-Birmingham	Northern Birmingham Mental Health Trust in Kooperation mit Birmingham City Council, Social Services Department
Bremen	Senator für Gesundheit

Dienste

Trieste	Regionaler Dienst für Geistige Gesundheit Station für Diagnose und Behandlung am Allgemeinen Krankenhaus Dienste für Rehabilitation und Soziale Integration
Nord-Birmingham	Gemeindeorientierte stationäre Einheiten Behandlungseinrichtungen von Psychiatererfahrenen Primary Care Liaison Team (Erstkontakt-Team) Haus-Behandlungs-Team Rehabilitative Dienste Dienste für Ausbildung und Beschäftigung Tageszentren / Tagesklinik
Bremen	Psychiatrische Krankenhäuser Sozialpsychiatrische Dienste Ambulante psychiatrische Pflege Träger für Rehabilitation Träger für Arbeit und Berufliche Rehabilitation

Die psychiatrischen Dienste in Nord-Birmingham und Trieste werden hauptsächlich von einem Träger organisiert und vorgehalten. In Trieste ist es nicht nur eine verantwortliche Organisation, sondern in den Regionen sogar nur ein verantwortliches Team, das alle psychiatrischen Angebote organisiert und vorhält. Das bedeutet, dass in Trieste ein sich verändernder Unterstützungsbedarf nicht mit einem Wechsel des Bezugspersonals verbunden ist.

Demgegenüber sind in Bremen mehr als 10 verschiedene Organisationen für die psychiatrische Versorgung zuständig.

Ein spezieller Dienst in Nord-Birmingham ist Wert, besonders hervorgehoben zu werden. CHANGE ist eine Organisation, die zwei Häuser (8 Plätze) zur stationären Krisenintervention vorhält, deren Personal sich ausschließlich aus psychiatrikerfahrenen Menschen zusammensetzt. Die Einbeziehung von NutzerInnen in das Angebot von psychiatrischen Diensten und bei der Qualifizierung von Personal gewinnt in Nord-Birmingham zunehmend an Bedeutung.

Management der Versorgung

Trieste	Zentren für geistige Gesundheit regional globale Aufgaben entscheiden den Versorgungsbedarf hält alle Formen von Behandlung und Tagesstrukturierung vor
Nord-Birmingham	Erstkontakt-Team regional regelt den Zugang zu sämtlichen anderen Fachdiensten - Entgegennahme von Überweisungen - Diagnostik und Einschätzung des Hilfebedarfs Haus-Behandlungs-Team übernimmt die Aufgaben des Erstkontakt-Teams nach deren Dienstschluss; ist vor jeder stationären Behandlung zu konsultieren
Bremen	kein Dienst mit globaler Organisationsverantwortung Sozialpsychiatrischer Dienst - regional, außerhalb der üblichen Dienstzeiten zentral - ambulante und häusliche Behandlung, Beratung - Gutachten für Zwangsbehandlung, ambulante psychiatrische Pflege und Rehabilitation - kann an alle anderen Dienste überweisen Psychiatrisches Krankenhaus - zentral, stationäre Behandlung - 3 (bald 4) regionale Tageskliniken - direkte Aufnahme - Gutachten für Zwangsbehandlung, ambulante psychiatrische Pflege und Rehabilitation - kann an alle anderen Dienste überweisen Niedergelassene Nervenärzte - können an ambulante psychiatrische Pflege und ins Krankenhaus überweisen; z.T. Gutachterfunktion für Arbeitsrehabilitation

Die Regelung des Zugangs zu den unterschiedlichen psychiatrischen Angeboten über einen Dienst in Trieste und Nord-Birmingham garantiert die Berücksichtigung aller Versorgungsangebote und die Ausrichtung auf ambulante Behandlung.

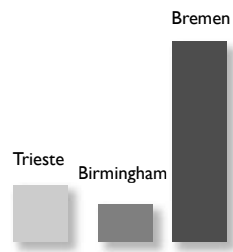
Stationäre Behandlung

Trieste ⁴	Zentren für Geistige Gesundheit	32 Plätze
	Diagnose- und Behandlungsstation	8 Plätze
	Universitätsklinik	16 Plätze
Nord-Birmingham ⁵	Akutbehandlungs-Einheiten	98 Plätze
	Intensiv-Pflege	12 Plätze
	Frühe Intervention	9 Plätze
Bremen ⁶	Zentralkrankenhaus-Ost	352 Plätze
	Klinik Dr. Heines	115 Plätze

Tabelle 1 : Stationäre Behandlungsplätze

	gesamt	Auf 10.000 Einwohner
Trieste	56	2,66
Nord-Birmingham	119	1,86
Bremen	467	8,63

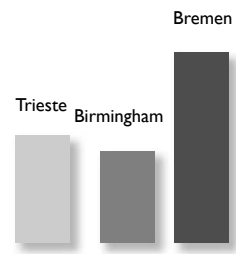
Bremen verfügt über dreimal so viele stationäre Behandlungsbetten wie Trieste und viermal so viele wie Nord Birmingham



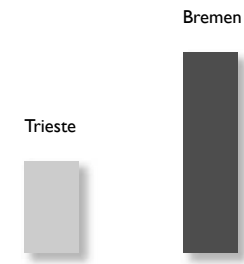
Grafik 1 : Stationäre Behandlungsplätze auf 10.000 EinwohnerInnen

Tabelle 2 : Aufnahmen zu stationärer Behandlung und durchschnittliche Behandlungsdauer

	Gesamtaufnahmen	Aufnahmen/1.000 E.	Durchschnittliche Behandlungstage
Trieste (1997) ⁷	861	36	12
Nord-Birmingham (04/01 - 02/02 hochgerechnet)	1851	29	
Bremen (2001) (Psychiatrie 1+2) ⁸	3378	62,4	30,63



Grafik 2: Stationäre Aufnahmen pro 10.000 Einwohner



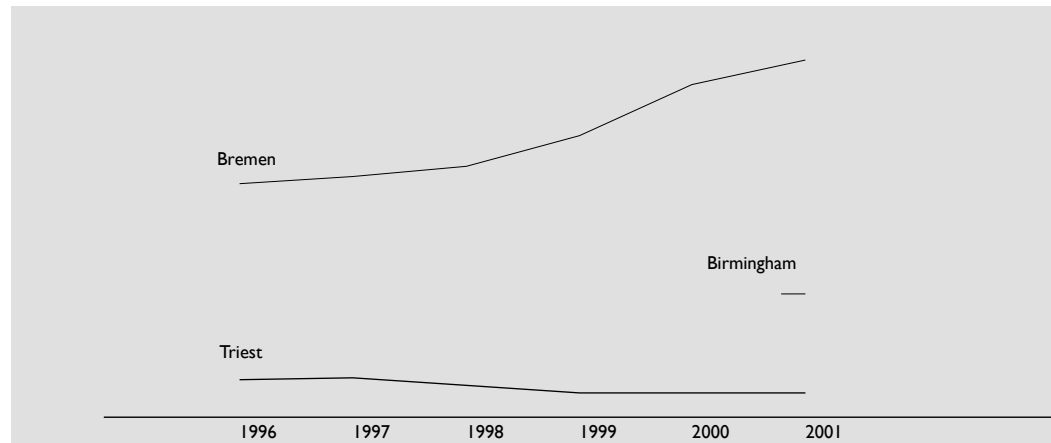
Grafik 3: Durchschnittliche Behandlungsdauer

Zwangsbehandlungen

Tabelle 3 : Anzahl der Zwangsbehandlungen / 100.000 Einwohner

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Trieste	20,18	20,18	14,94	12,59	12,00	12,00
N-Birmingham						73,4
Bremen	146,81	150,27	158,83	174,32	214,94	228,05

Während sich in Bremen die Zwangsbehandlungen in den letzten fünf Jahren nahezu verdoppelt haben, haben sich die Zwangsbehandlungen in Trieste im gleichen Zeitraum nahezu halbiert. Anzumerken ist, dass die rechtlichen Möglichkeiten, eine Zwangsbehandlung durchzuführen in Deutschland sehr viel geringer sind, als in Italien oder England.



Grafik 4: Zwangsbehandlungen / 100.000 Einw.

Haus – Behandlung

Trieste

Zentren für Geistige Gesundheit

Hausbesuche beinhalten Erstkontakte und die Übernahme von Zuweisungen; den Informations- und Meinungsaustausch mit den NutzerInnen und/oder deren Angehörigen; die Planung und Umsetzung therapeutischer Programme; die Einleitung, Kontrolle und Überprüfung medikamentöser Behandlung; Beratung und Behandlung in Notfallsituationen, Untersuchungen für Gesundheitsgutachten und spezielle Arztberichte.

Hausbesuche werden von Pflegepersonal, Ärzten oder Psychologen durchgeführt und können sowohl als Krisenintervention als auch als kontinuierliche Begleitung durchgeführt werden. Ziel der Hausbesuche ist, Kontakt zu den NutzerInnen, deren Angehörigen oder anderen beteiligten Personen aufzubauen. Die Beziehungen sollen von Respekt gegenüber der jeweiligen Lebenssituation geprägt sein.

Die Krisenintervention wird wann und wo möglich durchgeführt. Das zuständige Personal übernimmt die Begleitung zu Ärzten und ggf. zu einer stationären Behandlung, zu öffentlichen Diensten oder anderen Orten. Ziel ist dabei auch, mehr über die reale Lebenssituation der Personen zu lernen.

Nord-Birmingham

Erstkontakt-Team

Das Erstkontakt-Team übernimmt Hausbesuche für Kurzinterventionen, bei denen zu erwarten ist, dass sie ausreichend dafür sind, dass die Nutzer wieder die Kontrolle und Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen.

Mittelfristige Interventionen (bis 12 Monate) werden angeboten, wenn durch diese eine Zuweisung an die rehabilitativen Dienste (Zuständigkeitswechsel) vermieden werden kann.

Hausbehandlungs-Team

Das Hausbehandlungs-Team ist zuständig in sämtliche Maßnahmen nach dem Mental-Health-Act (u.a. Zwangseinweisungen). Es hat die Aufgabe, stationäre Behandlung zu verhindern und, wenn angezeigt, Alternativen zur stationären Behandlung zu organisieren, wie intensive Hausbehandlung, die Nutzung der Krisenwohnungen der Teams oder Krisenbegleitung durch Familien. Auch wenn eine stationäre Behandlung notwendig ist, bleibt das Team weiter zuständig. Hausbehandlung ist ein 24 Std. Dienst an 7 Tagen in der Woche.

Das Krisen- und Begutachtungsangebot des Hausbehandlungs-Teams gewährleistet eine schnelle und flexible

Hilfe für jeden, der eine ernste psychische Krise erlebt.

Ziel ist, innerhalb einer Stunde am Einsatzort zu sein. Alle neuen KlientInnen müssen innerhalb von 24 Std. von einem ärztlichen Mitarbeiter gesehen werden.

Die Hausärzte und die Ärzte der stationären Einheiten sind instruiert, dass niemand stationär aufgenommen wird, bevor das Hausbehandlungs-Team konsultiert wurde und dieses einer stationären Behandlung zustimmt.

Die einzige Ausnahmen ist die Zwangseinweisung nach dem Mental-Health-Act.

Sobald das Hausbehandlungs-Team mit einem Fall befasst ist, bleibt es zuständig und verantwortlich für alle Behandlungs- und Betreuungsbedarfe eines Klienten bis keine Hilfe mehr nötig ist oder bis eine Entscheidung über die künftige Organisation und Begleitung gefällt wurde und der Übergang erfolgreich vollzogen wurde.

Sonderbereiche der Hausbehandlungs-Dienste sind die zwei Teams für NutzerInnen mit asiatischem und afrokariibischem Hintergrund und das Early Intervention Team (frühe Intervention) für junge Menschen und solche, die zum ersten Mal mit Psychiatrie in Berührung kommen

Bremen

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Betreuung, Behandlung und Krisenintervention.

54% der Nutzer leiden an einer schizophrenen Psychose oder einer schweren affektiven Störung.

Betreuung und Behandlung beinhalten psychotherapeutische Behandlung, medikamentöse Behandlung, sowie soziotherapeutische und pflegerische Dienste.

Behandlung und Betreuung vor Ort machen 20% der Gesamtleistungen aus.

Krisenintervention wird regional während der üblichen Öffnungszeiten und überregional zu allen anderen Zeiten angeboten. Der Dienst kann von Nutzern und anderen Diensten und Personen erreicht werden.

Ambulante Psychiatrische Pflege

Die Nutzer der APP werden von niedergelassenen Nervenärzten oder der psychiatrischen Klinik für einen festgesetzten Zeitraum zugewiesen. Die Aufgabe besteht darin, stationäre Behandlung zu vermeiden oder stationäre Behandlung zu verkürzen.

Normalerweise ist die ambulante psychiatrische Pflege auf maximal 3 Monate begrenzt, nach einer weiteren Begutachtung kann jedoch entschieden werden, dass weitere ambulante psychiatrische Pflege nötig ist.

Wenn nötig kann die ambulante psychiatrische Pflege innerhalb von 24 Std. einsetzen.

Strukturen und Dienste für Rehabilitation

Betreutes Wohnen

In den drei Regionen wird die Zuordnung der Hilfeleistungen im Betreuten Wohnen sehr unterschiedlich gehandhabt. In Trieste richtet sich die Betreuungsintensität nach dem Ort an dem die Hilfe erbracht wird (den Wohngemeinschaften ist jeweils ein festgelegter Personalschlüssel zugeordnet) oder nach dem situativen Bedarf (diese Hilfen werden i.d. Regel von den Zentren aus geleistet). In Bremen richtet sich die Betreuungsintensität nach dem individuellen Hilfebedarf, der für ½ bis 1 Jahr durch Gutachter festgelegt wird.

Trieste

In Trieste existieren 17 Einheiten für Betreutes Wohnen für insgesamt 105 NutzerInnen. Sie beherbergen jeweils zwischen 3 und 12 Personen. Abhängig von den Bedarfen der NutzerInnen wird dort zwischen 5 und 24 Std. betreut.

Das Department für geistige Gesundheit ist verantwortlich für 23 % der Orte, an 33 % der Orte teilt sich das Department mit freien Trägern die Zuständigkeit, 44 % der Orte werden durch freie Träger betreut.

Nord-Birmingham

Die Aufgaben des Rehabilitations Teams entsprechen dem des Betreuten Wohnens in Bremen und Trieste.

Die Teams sind zuständig für Personen, auf die mindestens drei der folgenden Kriterien zutreffen:

- Dauerhafte und schwere psychische Störung
- Hoher Grad an psychologischer Beeinträchtigung
- Geringe Leistungsfähigkeit
- Defizite im Sozialverhalten und in der sozialen Akzeptanz
- hohe „Vulnerabilität“

Die Angebote richten sich nach dem aktuellen Bedarf der Betroffenen.

Die Teams bieten folgende Leistungen:

- täglicher Kontakt (7 Tage / Woche) ist möglich
- tägliche Fallbesprechungen

- Sicherstellung der Compliance bezüglich der Medikamente
- Assistenz bei Aufgaben des täglichen Lebens
- Beratung von Einzelpersonen und Familien
- Vermittlung allgemeiner Gemeindeaktivitäten
- Sicherstellung einer guten Haushaltsführung
- Unterstützung bei Arbeitsprogrammen und beruflicher Wiedereingliederung
- Unterstützung bei Arbeit in Werkstätten

Der Rehabilitationsbereich verfügt über 80 Wohnheimplätze.

Bremen

In vier Regionen ist ein, in einer Region sind zwei Träger verantwortlich für die Bereitstellung rehabilitativer Angebote. Das Betreute Wohnen ist ein Teil eines abgestuften Versorgungsangebotes.

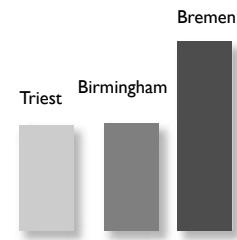
Es gibt 427 Plätze im Betreuten Wohnen, 257 in Wohngemeinschaften 170 für Einzelpersonen und zusätzlich 140 Plätze in Heimen (24 Std. Anwesenheit).

Betreuungsintensität außerhalb der Heime variiert von 26 Stunden/Woche bis 5 Std./Woche. pro Nutzer 90 % des Betreuten Wohnens wird mit einer Stundenzahl von 1:4 - 1:8 bis 10 Std./Woche pro Nutzer geleistet.

Der Personalschlüssel (case load) außerhalb der Heime 1:1,5 - 1:8

Tabelle 4 : Rund-um-die-Uhr-betreute Plätze

	Gesamtzahl der Plätze	Plätze/10.000 Einwohner
Trieste	34	1,41
Nord-Birmingham	80	1,42
Bremen	140	2,5



Grafik 5:
Rund-um-die-Uhr-betreute Plätze pro 10.000 Einwohner

Strukturen und Dienste für Rehabilitation

Tagesstätten

Die Definition der Aufgaben einer Tagesstätte ist in den drei Orten sehr unterschiedlich.

Trieste

In Trieste haben die Tagezentren einen Förderauftrag. Sie werden als Orte verstanden an denen Förderungs- und Ausbildungsaktivitäten, soziales Lernen, schulische Lehrinhalte und eine große Bandbreite von Gruppenaktivitäten angeboten werden.

Tagesstättenangebote im Sinne einer niedrighschwelligigen Tagesstruktur mit Essensangeboten finden in den Zentren für Geistige Gesundheit statt.

Nord-Birmingham

In Nord-Birmingham existieren 7 Tageszentren, die eine große Bandbreite von Unterstützungs- und Behandlungsangeboten vorhalten. Diese variieren von eher akuter Versorgung bis zu stützenden, rehabilitativen Hilfen. Es gibt zudem spezielle Angebote für Menschen mit asiatischem und afro-karibischem Hintergrund.

Bremen

In Bremen gibt es in jeder der fünf Versorgungsregionen eine Tagesstätte. Die Tagesstätten sind niedrighschwellige Angebote zur Vermeidung von sozialer Isolation und zur Tagesstrukturierung. Es werden Mahlzeiten angeboten sowie Gruppen- und Freizeitaktivitäten. Jede Tagesstätte verfügt über ein Budget zur Finanzierung von Arbeitstätigkeiten.

Strukturen und Dienste für Rehabilitation

Sozialintegrative Dienste und Werkstätten

Trieste

Die Cooperativen in Trieste bieten ca. 200 Arbeitsplätze (40% davon stehen Benachteiligten zur Verfügung) mit Arbeitsverträgen auf dem Niveau der nationalen Tarifverträge. Die Cooperativen haben das Ziel, Arbeitsprojekte ins Leben zu rufen, sich an Unternehmen zu beteiligen und sich auf dem freien Arbeitsmarkt zu behaupten. Sie bemühen sich insbesondere um junge Menschen mit psychischen- oder Drogenproblemen.

Zusätzlich zu den festen Arbeitsplätzen bieten die Cooperativen 100 Ausbildungs- und Praktikumsplätze in Teilzeit, die über Stipendien finanziert werden.

Derzeit sind die Cooperativen in 20 verschiedenen Bereichen tätig.

Dazu gehören:

- Koch- und Putzdienste für öffentliche Einrichtungen des Departments für Geistige Gesundheit
- Ein kleines Hotel, ein Restaurant, eine Bar
- Ein Catering-Service
- Eine Buchbinderei
- Ein Umzugsdienst
- Eine Radiostation
- Ein Gartenpflege und Reinigungsdienst für öffentliche Anlagen und Parks

Nord-Birmingham

Die Arbeitsangebote in Birmingham umfassen

- ein Gartencenter
- Catering für die Einrichtungen des Trusts und für ein Bistro
- Möbelreparatur und -restaurierung

Beide Dienste bieten die Möglichkeit für Nutzer des Dienstes zur Erreichung eines offiziellen Ausbildungsabschlusses oder einer anerkannten Qualifikation.

Tempo

Ermöglicht 6 monatige Praktika und unterstützt bei der Suche nach bezahlten Arbeitsplätzen.

Arbeitsunterstützungsdienst

Unterstützt Nutzer der Dienste auf ihrem Arbeitsplatz

Bremen

In Bremen existieren diverse berufliche Rehabilitationsprogramme mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. Momentan werden 48 Plätze speziell für die berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen angeboten. Ziel ist es, die Personen auf dem ersten Arbeitsmarkt unterzubringen. Die Arbeitsangebote sind sehr unterschiedlich. Die Arbeitszeiten variieren von Teilzeit- bis Vollzeitarbeitsplätzen.

Die Bezahlung hängt von der Art der Beschäftigung ab. Über 90% der 436 Arbeitsplätze in Werkstätten werden als Zuverdienst zur Sozialhilfe finanziert. D.h. der Verdienst beträgt 1 Euro / Std., maximal 110 Euro / Monat.

Die Werkstätten decken folgende Bereiche ab:

- Metall-, Keramik- und Tischlerwerkstätten
- Partyservice
- Zwei Kantinen an der Universität
- Diverse Arbeitsplätze in öffentlichen Gärten und Parks
- Eine Fahrradwerkstatt
- Nähwerkstätten
- Druckerei
- Bäckerei
- Büro-service

Bremen, den 15.07.02

Anmerkungen

- 1 Birmingham (1,2 Mio. Einw.) wurde bis 2002 von zwei Trusts psychiatrisch versorgt. Für den Norden war der Northern Birmingham Mental Health Trust (NBMHT) zuständig, für den Süden der Southern Birmingham Mental Health Trust. In dem EU-Pilotprojekt ist nur der NBMHT beteiligt, daher liegen auch nur Vergleichsdaten aus dieser Region vor, die jedoch aufgrund der Größe des Versorgungsgebietes aussagekräftig sind.
- 2 Siehe auch "Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, Italien und England" auf der WAP web-site
- 3 Mezzina, Roberto; The Trieste Mental Health Department: facilities, services and programs; 1997, English version 2000, www.triestesalutementale.it/inglese/allegati/ServizInglese.pdf, 10.07.02
- 4 Statistische Erhebung des Dipartimento di Salute Mentale
- 5 NBMHT, Information Department, Stand 28.02.02
- 6 Nach Amtsblatt der freien Hansestadt Bremen vom 15. Oktober 1998 , S. 601. Geförderte Betten im Land Bremen nach dem Landes-Krankenhausplan am 31.12.2000
- 7 Hierin z.T. auch Gerontopsychiatrie enthalten
- 8 Gerontopsychiatrische Aufnahmen nicht herausgerechnet

Wolfgang Reichel, Jörg Utschakowski; Hochschule Bremen

Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in England, Italien und Deutschland

Vollständige Fassung dieses Textes unter www.wap-leonardo.de

I. Gesetzliche Grundlagen der psychiatrischen Versorgung

England

Der Mental Health Act von 1959 besagte, dass das Krankenhaus ein Ort der Behandlung und nicht der Verwahrung sein muß. Die Kommunen wurden zu regionalen Angeboten (Wohnen...) verpflichtet.

Durch die Local Authority Social Services Bill von 1970 wurden die Gesundheitsleistungen (NHS) und Sozialdienste (Kommunen) getrennt.

Der Mental Health Act von 1983 bestimmte die Orientierung auf die Gemeindepsychiatrie (Verbesserung der Sozialdienste, Wohnortnähe der psychiatrischen Dienste, Multiprofessionalität, Kooperation). Behandlung sollte möglichst außerhalb von Institutionen und auf freiwilliger Basis erfolgen. Damit verbunden sollten die Patientenrechte gestärkt werden. Versorgungslücken für jüngere Chroniker sollten geschlossen werden.

1990 erfolgte auch im Bereich Psychiatrie der Split zwischen Leistungserbringern und Leistungseinkäufern.

Community Care Pläne werden gemeinsam von Trusts und Social Services erstellt.

Das Care Management erfolgt durch Sozialdienste der Kommunen für den sozialen Bereich.

In „The Health of the Nation: a Strategy for Health in England“ 1992 wird der hohe Stellenwert der Psychiatrie in der Regierungspolitik betont. Ziel soll die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens psychisch Kranker sein.

Die Gesamtsuizidrate sollte bis 2000 um mindestens 15 % reduziert werden, die Suizidrate unter schwer psychisch Kranken um mindestens 1/3.

Der Mental Health (Patients in the Community) Act von 1995 erlaubt die gesetzliche Aufsicht entlassener PatientInnen. Bedingung ist das erhebliche Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Aufsicht umfasst die Befugnis, PatientInnen zur Untersuchung vorzustel-

len. Sie beinhaltet allerdings keine Möglichkeit zur Behandlung gegen den Willen. Grundsätzlich besteht Ähnlichkeit zur Guardianship/Rechtsbetreuung, die jedoch kaum genutzt wird.

Im Mental Health National Service Framework 1999 sind die Rahmenbedingungen einer verbesserten Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialdiensten in Bezug auf Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Pflege beschrieben. Es werden Standards insbesondere in Hinblick auf Diskriminierung und sozialen Ausschluss im Zusammenhang mit psychischen Störungen festgelegt.

Die Guardianship (Mental Health Act Section 7-10; Pflegschaft, Betreuung) dient dem Schutz der betroffenen Person. Die Befugnisse umfassen die Bestimmung des Aufenthaltsortes, die Bestimmung von Ort und Zeit für Behandlung, Beschäftigung, Ausbildung,... Unfreiwillige Behandlung ist hierüber nicht möglich.

Sektion 117 dient der Nachbetreuung für untergebrachte PatientInnen. Die Behandlung erfolgt durch einen Arzt oder durch die Community Psychiatric Nurse oder durch Sozialarbeiter. Sie beinhaltet auch Hilfen in den Bereichen Wohnen und Rehabilitation.

Die Besuchskommission nach Mental Health Act 1983 (Section 121); National Health Service Act 1977 (Section 11) hat ca. 90 Mitglieder (Laien, Psychiatrieprofis, Rechtsanwälte). Sie unternehmen ca. 700 Besuche in psychiatrischen Einrichtungen pro Jahr. Sie ist zuständig für Beschwerden und für Anfragen von Abgeordneten.

Der Care Programme Approach wurde 1991 von der Regierung als Richtschnur für gemeindepsychiatrische Versorgung eingerichtet. Ziel ist die Sicherstellung der Qualität in der Praxis. Er umfasst Needs assessment (Bestimmung gesundheitlicher und sozialer Hilfsbedürfnisse), einen schriftlichen Behandlungs- und Betreuungsplan, Bezugsperson (keyworker) mit regelmäßigem Kontakt und die Anberaumung von Review-Treffen.

Review-Treffen erfolgen bei Krankenhausaufenthalten und-entlassungen zunächst in kurzen Abständen, dann in 6-monatigem Intervall. Teilnehmer sind Patienten, Angehörige, beteiligte Mitarbeiter. Die Anzahl der beteiligten Mitarbeiter hängt von der Betreuungs-, Behandlungsintensität ab.

Diese Liste betreuungsintensiver Fälle (Supervision Register) soll eine engmaschige Betreuung sicherstellen.

Die Supervised Discharge Order nach Mental Health Act 1995 bestimmt die formale Supervision (ähnlich Rechtsbetreuung) eines Patienten nach Entlassung. Voraussetzung ist der Antrag des verantwortlichen Arztes, zusätzlich zwei unabhängige ärztliche Gutachten und das Gutachten eines Sozialarbeiters, sowie ein erhebliches Risiko der Fremd- oder Selbstgefährdung. Ein Behandlungsplan muß erstellt werden, dem alle Beteiligten zustimmen. Die Vorführung zur Untersuchung ist zulässig, eine Behandlung gegen den Willen kann nur nach MHA 1983 durchgeführt werden (s.o.). Supervisor ist in der Regel eine gemeindepsychiatrische Pflegekraft.

Italien

Wichtigste Grundlage der psychiatrischen Versorgung in Italien ist das Gesetz 180. Durch sein Inkrafttreten am 13. Mai 1978 wurde eine umfassende Psychiatriereform in Italien eingeleitet:

das Gesetz verpflichtet die Regionen, psychiatrische Dienste einzurichten,

an Allgemeinkrankenhäusern muss eine Station für Diagnose und Heilung mit max. 15 Plätzen eingerichtet werden, diese Station muss sich mit den territorialen Diensten verbinden,

- die Errichtung neuer psychiatrischer Krankenhäuser wird verboten,
- es wird verboten, psychiatrische Spezialabteilungen zu nutzen,
- es wird verboten, stattdessen geschlossene Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, neurologische oder neurophysische Stationen zu nutzen.

Die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung folgt dem Prinzip der Transformation, d.h. neue Dienste entstehen aus den Ressourcen der abzubauenen Krankenhauskapazitäten.

Nach verschiedenen gesetzlichen Initiativen 1994 und 1995, die das Ziel hatten, die Restirrenhäuser zu schließen, wurde 1996 eine Untersuchungskommission aus Mitgliedern aller Parteien eingesetzt, um den Stand der Schließung der Irrenhäuser zu überprüfen (zu diesem Zeitpunkt befanden sich noch ca. 20.000 Menschen in den Restirrenhäusern. Die Ergebnisse der Kommission gingen in das Haushaltsgesetz für 1997 ein. Eine Regierungskommission überwachte den Prozeß der Schließung.

Regionen bzw. Krankenhäuser, die nicht schließen, werden finanziell sanktioniert. Zusätzlich bestimmte das Haushaltsgesetz 1998, dass in Regionen, die bisher keine konkreten Schritte zur Schließung unternommen haben, Regierungskommissare zur Kontrolle eingesetzt werden.¹

Das Gesundheitsministerium hat einen Grundlagenpapier für die Ziele der Psychiatrieplanung herausgegeben: „Die Sicherstellung der Geistigen Gesundheit 1997 – 1999“.

Es enthält weitreichende Richtlinien für die Veränderung der Versorgung.

Für die Psychiatrische Versorgung ist das Department für Geistige Gesundheit zuständig.

Das Department für Geistige Gesundheit ist verantwortlich für Prävention, Versorgung und Behandlung und Rehabilitation in Verbindung mit psychischen Störungen bei Erwachsenen. Es ist außerdem zuständig für häusliche oder stationäre Krisenintervention, verfügt über Akutbehandlungsbetten und „1. Hilfe-Stationen“. Die Hilfen (Therapie, Behandlung, soziale und gesundheitliche Versorgung, soziale Hilfen) werden stationär, teilstationär oder ambulant erbracht.

Alle drei Jahre wird ein Zielplan zum Schutz der Geistigen Gesundheit (Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale) zur Umsetzung des Gesetzes 180 erstellt:

1994 wurde der erste Zielplan verabschiedet, der einen historischen Abschnitt für die psychiatrische Versorgung in Italien darstellt.

Der zweite Zielplan (1999-2000) präzisiert die Notwendigkeit und die Struktur der Dienste des Depart-

ments für geistige Gesundheit / Dipartimento di Salute Mentale (DSM):

- Schließung aller psychiatrischen Krankenhäuser.
- Das DSM bietet differenzierte Angebote unter einer Leitung, d.h. Ablösung vom Gesundheitsdistrikt und der Distriktsleitung und Installation des Bereichs Geistige Gesundheit als eigenständiges Department.
- Auch die Dienste, die an ein Krankenhaus gebunden sind (Station für Diagnose und Behandlung) bleiben unter Leitung des Departments.
- Notwendigkeit der Evaluation der Dienste und Angebote in finanzieller Unabhängigkeit. (Die DSM erhalten 5% des Gesundheitsbudgets.)
- Förderung einer neuen Phase der Bewertung der - oft sehr unterschiedlichen - Art der Dienste und der Interventionsmethoden.

Deutschland

Durch die Psychiatrie - Enquete (Untersuchung zur Situation der psychiatrischen Versorgung in der BRD) von 1978 wurde die Grundlage für eine Gemeindeorientierung der psychiatrischen Versorgung gelegt. Dies beinhaltet die Reform und schrittweise Verringerung der Langzeitverwahrung, die Ergänzung der klinikzentrierten Psychiatrie um tagesstrukturierende und rehabilitative Maßnahmen (Betreutes Wohnen usw.) und Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen, die Orientierung an Standardversorgungsgebieten, sowie die Verringerung der Langzeitpsychiatrie.

Die „Psychiatrie -Personalverordnung“, eine bundesstaatliche Verordnung, führte zu einer Erhöhung von multiprofessionellem Personal im stationären Bereich um 6500 MitarbeiterInnen.

Seit 1992 wurde das Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht für Volljährige durch das Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches ersetzt. Damit wurde das alte Rechtsinstitut der Entmündigung abgeschafft. Danach wird einer betreuungsbedürftigen Person, die nicht in der Lage ist, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen auf ihren Antrag oder von Amts wegen vom Gericht ein Betreuer zur Seite gestellt, wenn bestimmte weitere Voraussetzungen vorliegen. Es muss eine psychische Krankheit oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegen. Infolge der Erkrankung oder Behinderung muss die Fähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise beeinträchtigt sein, die Bestellung eines Betreuers muss weiterhin erforderlich sein.

Die Geschäftsfähigkeit des Betreuten wird durch die Bestellung des Betreuers nicht betroffen. Eine Einschränkung des Rechts, selbst rechtswirksam Verträge abzuschließen oder Geschäfte zu tätigen, erfolgt nur dann und nur für bestimmte Aufgabenkreise, wenn vom Gericht ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet worden ist. Die Besonderheit der rechtlichen Betreuung liegt darin, dass sie sich lediglich auf die Angelegenheiten bezieht, für welche die gerichtliche Bestellung des Betreuers erfolgt ist, wie z. B.:

- die Sicherstellung der ärztlichen Heilbehandlung,
- die Zustimmung zur Heilbehandlung,

- die Geltendmachung von Rechten gegenüber Ärzten bzw. Kliniken usw..

Dennoch bedürfen Entscheidungen des Betreuers, die mit weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten verbunden sind, einer Zustimmung des Gerichts. Dazu zählen etwa :

- eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute einen gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt,
- eine Sterilisation des Betreuten,
- eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung.

Das Gesetz über Hilfen und Maßnahmen bei psychisch Kranken, das dem öffentlichen Recht zugeordnet werden muss, ist wegen der föderativen Struktur Deutschlands dem Landesgesetzgeber vorbehalten. Wie in der historischen Einleitung bereits ausgeführt, ist in der BRD seit 1969 ein Prozess in Gang geraten, die alten rein polizeirechtlichen orientierten Unterbringungsgesetze durch moderne Psychiatriegesetze zu ersetzen. Dieser Prozess ist weitgehend abgeschlossen und es gibt in der BRD nunmehr 16 solcher Gesetze für die einzelnen Bundesländer. Obwohl sie in einigen Punkten voneinander abweichen, haben sie viele Gemeinsamkeiten. Eine große Besonderheit ist die Tatsache, dass aufgrund dieser Gesetze die Träger der psychosozialen Versorgung verpflichtet wurden besondere Einrichtungen für psychisch Kranke zu schaffen, die neben den Einrichtungen des regulären Gesundheitssystem getreten sind und ein bürgernahes leicht erreichbares Bera-

tungssystem entwickelt haben. In der Regel sind es die sozialpsychiatrischen Dienste, die diese neuen gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen. Zu diesen Aufgaben gehören namentlich die interdisziplinäre Beratung und Betreuung von psychisch kranken und geistig oder seelisch behinderten Menschen, die für sie ein komplexes Angebot sicherstellen sollen. Ziel dieser Gesetze war es, Unterbringungen von psychisch Kranken soweit wie möglich zu verhindern.

Die Unterbringung ist in diesen Gesetzen ebenfalls geregelt.

Unterbringungsgesetze

Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung sind zentrale Aspekte der psychiatrischen Versorgung.

In allen drei Ländern ist die Priorität weniger einschneidender Alternativen vor der Zwangsunterbringung gesetzlich festgeschrieben.

Zwangsunterbringung ist nur in Deutschland an die psychische Störung und Fremd- oder Selbstgefährdung geknüpft, in Italien ist sie auch aufgrund von Behandlungsbedürftigkeit zulässig.

Unterbringungsgesetze in England

Der Mental Health Act von 1983 bestimmte, dass kein richterlicher Beschluss zur Unterbringung notwendig ist, die Verantwortung liegt bei Psychiatern, Sozialarbeitern. u. Krankenhaus-Vertretern. Nächste Angehörige können Unterbringungsverfahren und Aufhebung

der Unterbringung beantragen. Einspruchsmöglichkeiten bestehen beim Mental Health Review Tribunal (besetzt mit Anwalt, Laienvertretung, ehrenamtliche Mitglieder der Krankenhausverwaltung) und beim Managers' Hearing (in der Regel schnelleres Einspruchsverfahren). Wird im Managers' Hearing eine Entlassung verweigert, kann sich der Patient dennoch an das Mental Health Review Tribunal wenden.

Die unterschiedlichen Unterbringungsarten lassen sich in verschiedenen Sectionen des Mental Health Act finden. Sie umfassen:

- Unterbringung zur Diagnostik (assessment)/ Section 2, die Dauer beträgt bis zu 28 Tagen, Voraussetzung ist die Empfehlung von zwei Ärzten, die Beantragung erfolgt durch nächste Angehörige oder Sozialarbeiter, die Aufhebung erfolgt auf Antrag der nächsten Angehörigen, des zuständigen Arztes oder Krankenhausvertreters, die Krankenhausverwaltung kann dies bei Fremd- oder Selbstgefährdung unterbinden.
- Unterbringung zur Behandlung /Section 3, Voraussetzungen ist eine krankhafte seelische Störung oder sonstige schwere psychische Auffälligkeit. Die Beantragung erfolgt durch Sozialarbeiter, der Einspruch der nächsten Angehörigen schließt die Beantragung aus. Voraussetzung sind zwei ärztliche Stellungnahmen, die darlegen, dass aufgrund der Erkrankung eine Behandlung nur stationär erfolgen kann. Die Dauer beträgt zunächst sechs Monate, eine Verlängerung um weitere sechs Monate und dann um ein Jahr ist möglich. Die Zustimmung des Patienten ist

in der Regel erforderlich, eine akute Krise kann jedoch eine unfreiwillige Behandlung rechtfertigen.

- Die Notaufnahme / Section 4; die Beantragung erfolgt durch die nächsten Angehörigen, Sozialarbeiter oder Ärzte (wenn sie in den letzten 24 Std. Kontakt hatten). Der Patient muß innerhalb von 24 Std. nach Beantragung ins Krankenhaus gebracht werden. Zur Abwendung von Gefahr kann eine Behandlung auch gegen den Willen erfolgen.
- Die Dauer der Unterbringung beträgt 72 Stunden. Einspruch ist nicht möglich. Section 4 kann über eine zweite ärztliche Stellungnahme in Section 2 oder Section 3 umgewandelt werden.
- Unterbringung eines im Krankenhaus befindlichen Patienten, der das Krankenhaus verlassen will und eine Gefahr für sich und andere darstellen würde / Section 5. Voraussetzung ist der Antrag des zuständigen Arztes beim Krankenhausmanagement.
- Die Dauer beträgt 72 Std., in dieser Zeit kann das Verfahren (i.d.R. nach Section 3) unter Hinzuziehung eines Angehörigen, des Sozialarbeiters und eines zweiten Arztes eingeleitet werden. Krankenhaus-Fachpersonal darf Personen in diesem Rahmen bis zu 6 Stunden festhalten.

Supervised Discharge Order ergänzt die Betreuung (Guardianship) um die Befugnis, einen Patienten (zur Untersuchung) in eine psychiatrische Einrichtung zu bringen.

Voraussetzung ist der Antrag eines Sozialarbeiters oder nächster Angehöriger, sowie zwei ärztliche Stellungnahmen. Der Einspruch des nächsten Angehörigen

verhindert die Maßnahme, ansonsten kann Einspruch beim Health Review Tribunal erfolgen.

Die Dauer beträgt 6 Monate, Verlängerung kann durch den zuständigen Arzt um 6, dann 12 Monate beantragt werden.

Unterbringungsgesetze in Italien

Die Zwangsbehandlung ist in Italien nicht in einem speziellen psychiatrischen Gesetz geregelt, sondern ist Bestandteil von allgemeinen Gesundheitsgesetzen.

Grundlage für Zwangsbehandlung ist das Gesetz Nr. 180 vom 13. Mai 1978 „Freiwillige und obligatorische Untersuchung und Behandlung“, das in das Gesetz „Grundlagen der Nationalen Gesundheitsdienste“ Nr. 833 vom 23.12.1978 integriert wurde.

Das oben genannte Gesetz durchbricht in einigen wenigen Fällen das Prinzip der Freiwilligkeit ärztlicher Untersuchung und Behandlung. In einigen, im Gesetz ausdrücklich vorgesehenen Fällen darf eine solche Untersuchung oder Behandlung auch ohne Zustimmung des Kranken vorgenommen werden. Diese als obligatorische Untersuchung und Behandlung genannte Form kann von der Gesundheitsbehörde bzw. vom Bürgermeister in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher der lokalen Gesundheitsbehörde auf den begründeten Antrag eines Arztes angeordnet werden. Sie wird dann von den territorialen Gesundheitsdiensten oder, falls ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, in öffentlichen oder Vertragskrankenhäusern durchgeführt. Im Falle einer obligatorischen ärztlichen Untersuchung und Behandlung

wegen Geisteskrankheit darf diese nur dann im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erfolgen, wenn so schwere psychische Störungen vorliegen, dass dringende therapeutische Interventionen erforderlich sind. Falls der Kranke diese ablehnt und falls die Bedingungen und Umstände es nicht zulassen, rechtzeitige und geeignete Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses durchzuführen. Einer solchen obligatorischen Untersuchung oder Behandlung muss die Bestätigung eines Arztes des öffentlichen Gesundheitswesens vorausgehen. Eine Anordnung einer solchen obligatorischen Untersuchung bzw. Behandlung einschließlich der Bestätigung durch den Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens muss vom Bürgermeister innerhalb von 48 Stunden dem Vormundschaftsrichter zugestellt werden, zu dessen Bezirk die Gemeinde gehört. Dieser entscheidet dann innerhalb weiterer 48 Stunden per begründetem Erlass über die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der Maßnahme und unterrichtet den Bürgermeister davon.

Jede Person, für die die Untersuchung angeordnet wird und jede Person, die davon Kenntnis hat, kann bei dem örtlichen Gericht Widerspruch einlegen.

Wenn die Maßnahme für nicht wirksam erklärt wird, ordnet der Bürgermeister die Beendigung der obligatorischen ärztlichen Behandlung im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes an. In den Fällen, in denen die obligatorische ärztliche Behandlung länger als 7 Tage dauert und in Fällen weiterer Verlängerung muss der für den psychiatrischen Dienst verantwortliche Arzt rechtzeitig einen begründeten Antrag beim Bürgermeister stellen, der die Einweisung angeordnet hat, der dann den Vor-

mundschaftsrichter benachrichtigt unter Angabe der voraussichtlichen Dauer der verlängerten Behandlung.

Psychiatrische Behandlung und Rehabilitation werden normalerweise in Zentren für Geistige Gesundheit durchgeführt, dies gilt auch für Behandlungen, die eine Unterbringung erfordern.

Der Begriff „Unterbringung“ taucht in dem Gesetz Nr. 180 nicht auf. Vielmehr verwendet das Gesetz den Begriff einer „obligatorischen Behandlung im Krankenhaus“. Damit ist also auch die Unterbringung gegen seinen Willen gemeint, die in einem regionalen Gesundheitszentrum, in der häuslichen Umgebung oder in einem Krankenhaus durchgeführt wird.

Unterbringungsrecht in Deutschland

Das deutsche Unterbringungsrecht gliedert sich nach einer zivilrechtlichen Unterbringung im Rahmen des Betreuungsrecht und der polizeirechtlichen Unterbringung im Rahmen der Landesgesetze über Hilfen und Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen. Während die privatrechtliche Unterbringung fürsorglichen Charakter hat und durch den rechtlichen Betreuer mit richterlicher Genehmigung veranlasst werden kann, handelt es sich bei der öffentlich rechtlichen Unterbringung um eine Maßnahme im Rahmen des Sicherheitsauftrags der Polizei, die nur in Betracht kommt bei Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Die Unterbringung allein wegen Behandlungsbedürftigkeit kommt nach diesen Gesetzen nicht in Betracht. Grundvoraussetzung ist, dass vom Kranken in Folge seiner Erkrankung eine Ge-

fährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgeht. Eine solche Unterbringung kann als sofortige Unterbringung von der Polizeibehörde bei Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses angeordnet werden. Bis zum Ablauf des auf die sofortige Unterbringung folgenden Tages muss allerdings eine richterliche Entscheidung herbeigeführt werden. Eine weitergehende Unterbringung darf nur auf Antrag der Polizeibehörde oder einer anderen in dem jeweiligen Landesrecht genannten Behörde durch den Vormundschaftsrichter erfolgen. Im Rahmen einer solchen polizeirechtlichen Unterbringung erfolgt auch die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderliche Behandlung des Kranken. Sie kann auch mit zahlreichen Einschränkungen gegen den Willen des Kranken vorgenommen werden.

Für beide Unterbringungsarten, sowohl die privatrechtliche durch den Betreuer nach den Vorschriften des BGB als auch die öffentlich rechtliche, in der Regel durch die örtlichen Polizeibehörden beantragt und im Falle der sofortigen Unterbringung auch durchgeführten, gelten gemeinsame Verfahrensvorschriften des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit (FGG).

Hiernach beträgt die Dauer einer Unterbringung auf einstweilige Anordnung zunächst maximal 6 Wochen, eine Verlängerung bis zu drei Wochen ist möglich.

Eine Unterbringung im Regelverfahren kann für maximal 1 Jahr in Ausnahmefällen auch für zwei Jahre ausgesprochen werden.

Die Unterbringung ist aufzuheben, sobald der Grund wegfällt.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Vergleichs der rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in England, Italien und Deutschland lassen, trotz erheblicher systematischer Schwierigkeiten, durchaus Gemeinsamkeiten, aber auch wesentliche Unterschiede erkennen. Alle drei Systeme scheinen es aber zu zulassen, dass auf der unmittelbaren Versorgungsebene eine Vielzahl von Angebotsleistungen und Einrichtungen möglich ist. Sowohl im Bereich der Beratung, der Behandlung, der Betreuung, der Versorgung und der Rehabilitation finden psychisch Kranke ortsnah Ansprechpartner. Auch scheint es eine umfassende Palette von Einrichtungen in allen drei Systemen zu geben. Auffallend ist, dass das deutsche Rechtssystem eine sehr detaillierte Aufzählung der einzelnen Leistungen der Versorger, in diesem Fall der Träger der gesetzlichen Sozialversicherungen, enthält. Die beiden übrigen Rechtssysteme scheinen den Anbietern einen größeren Spielraum bei der Definition der Angebote zu überlassen oder bieten bestimmte Leistungen im Rahmen der öffentlichen Versorgung überhaupt nicht an. So ist z. B. weder in England noch in Italien die Psychotherapie oder die Soziotherapie eine Leistung des öffentlichen Gesundheitswesens und lediglich für Privatpatienten zugänglich. Dagegen sind diese beiden Angebote Bestandteil des Leistungskatalogs der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und auch der Rehabilitation.

Ganz wesentlich unterscheiden sich die Systeme in ihrem Aufbau und in ihrer Finanzierung. Hier gibt es eine Übereinstimmung in der englischen und der itali-

enischen Rechtsordnung, die das Angebot der psychiatrischen Versorgung durch staatliche bzw. öffentliche Anbieter sicherstellen. Die Steuerung erfolgt über die Budgetierung verbunden mit bestimmten Zielvorgaben. Sie erfolgt also gewissermaßen von oben nach unten. Die Leistung kommt beim Patienten als eine kostenlose Leistung an, die sich allerdings jeweils auf die Grundversorgung bezieht. Damit sind möglicherweise juristische Abgrenzungsprobleme in bezug auf die weitergehende Versorgung vorprogrammiert.

Anders aufgebaut ist das deutsche Versorgungssystem, das im wesentlichen auf der gesetzlichen Sozialversicherung, hier insbesondere der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- sowie Pflegeversicherung basiert. Die Versorgungsleistung ist als subjektiver Rechtsanspruch des Versicherten gegenüber dem Träger der gesetzlichen Sozialversicherung konzipiert und korrespondiert mit dem Sicherstellungsauftrag jener Träger, die ein ausreichendes Versorgungsangebot bereitzuhalten haben. Dieser Anspruch ist also ein einklagbares Recht des Versicherten, das er auch gerichtlich verfolgen kann. Eine besondere Sozialgerichtsbarkeit steht dafür zur Verfügung.

Es ist deutlich geworden, dass die drei Systeme nach zwei verschiedenen rechtlichen Prinzipien funktionieren und sicherlich ihre Vor- und Nachteile haben. Der Vorteil budgetierter Systeme liegt in ihrer leichteren Steuerbarkeit. Ein möglicher Nachteil könnte in der Tendenz zur Bürokratisierung liegen. Die Rechtsposition des Patienten gegenüber den Trägern ist relativ schwach. Der Vorteil der Regelung von Leistungen über einen subjektiven Rechtsanspruch liegt in der stärkeren Rechtspo-

sition des Patienten, der sein Recht notfalls gerichtlich durchsetzen kann. In der Praxis kommt es jedoch häufiger dazu, dass bei Rechtsstreitigkeiten, zumindest bei weniger bemittelten Patienten, die Sozialhilfe vorläufig die Kosten einer bestimmten Leistung übernimmt, um sie dann anschließend, gewissermaßen stellvertretend für den Versicherten, gegenüber dem Träger der eigentlich zuständigen Sozialversicherung gerichtlich zu verfolgen. Der evidente Nachteil eines solchen Systems liegt in der viel schwierigeren Steuerung. Dieses führt in der Regel seit mehreren Jahren zu der sogenannten

„Kostenexplosion des Gesundheitssystems“. Die seit Jahren in Deutschland kontrovers geführte Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems gibt davon beredten Ausdruck.

Es kann nicht Aufgabe dieses Vergleichs sein, die Systeme zu bewerten. Dazu bedürfte es empirischer Untersuchung über die Wirksamkeit der Rechtsordnung, die Zufriedenheit der Patienten usw., die nicht Gegenstand eines solchen Rechtsvergleichs sein kann.

Die folgende Tabelle soll noch einmal synoptisch die drei Rechtssysteme einander gegenüberstellen:

	England	Italien	Deutschland
Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> • National (Department of Health, NHS-Executive) • Regional (Regional Offices des NHS), (Dep. of Social Security der Local Authorities) 	<ul style="list-style-type: none"> • National (Grundlagenpapiere und Zielplanung des Gesundheitsministeriums) • regionale Prioritätensetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • National durch Gesundheitsministerium, allerdings im Vergleich wenig ausgeprägt Länder regional sehr unterschiedlich
Gesetzgebung	Nationale Gesetze	Nationale Gesetze	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Gesetze • Landesgesetze
Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Finanzierung in den Bereichen Gesundheit und Soziale Hilfen • Versicherungsleistungen bei der Arbeitsrehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Finanzierung in den Bereichen Gesundheit und Soziale Hilfen • kaum Bereiche durch Versicherung abgedeckt 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung, Wiedereingliederung steuerfinanziert, z.T. mit Zuzahlung • stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung und Pflege ist versicherungsfinanziert
Unterbringung	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlage: diverse Sectionen des Mental Health Act ohne richterlichen Beschluss • Gründe: Diagnostik, Behandlung, Notaufnahme, Unterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlage: Gesetz 180, Entscheidung Bürgermeister mit ärztlichem Gutachten • Gründe: Untersuchung und Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlage Psych KG auf Landesebene Entscheidung von Richter mit ärztlichem Gutachten • Gründe: erhebliche Fremd- und Selbstgefährdung

Literatur

Becker, Thomas , Gemeindepsychiatrie, Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland; Stuttgart, New York 1998

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, bmggesundheit.de/bmg-frames/index2.htm

Hohmann, Jürgen, Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand; Bern,Göttingen, Toronto, Seattle 1998

Anmerkungen

- 1 Gespräch mit Dr. Mario Novello, ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses San Osvaldo in Udine vom 14.5.2000



Mervyn Morris

Modelle und Theorien der Pflege

Der Zweck dieses Textes ist, dem Leser einen Überblick über Theorien und Modelle zu bieten, die die Praxis der gemeindeorientierten psychiatrischen Pflege bestimmen und leiten. Insbesondere werden hier die Themen aufgegriffen, die aufgrund der nationalen Unterschiede die Diskussionen unter den Partnern des EU-Pilotprojektes WAP bestimmten. Zudem werden die unterschiedlichen Entwicklungen der psychiatrischen Pflege innerhalb und außerhalb der EU erklärt. Eine normative Absicht liegt diesem Text nicht zu Grunde, es ist also nicht beabsichtigt vorzugeben, welche Theorien relevant sind und welches Modell bevorzugt werden sollte. Stattdessen soll ein Kontext zum Verständnis der sich ständig entwickelnden Rolle der psychiatrischen Krankenpflege in nicht-institutionellen Umgebungen geschaffen werden.

Pflege­theorie und Praxis im Kontext

Die psychiatrische Pflege in der Gemeinde und auch die psychiatrische Pflege selbst gehen nicht auf einen pflege­theoretischen Hintergrund zurück. Die Konzeptualisierung der geistigen Erkrankung entstammt größtenteils der Psychiatrie als medizinische Disziplin. Sie wurde später auch von der Psychologie beeinflusst. Beide haben komplexe Praxismodelle erschaffen, die einen Teil der Umgebung bilden, in der psychiatrische Krankenpflege stattfindet.

Zum Verständnis der psychiatrischen Krankenpflege ist es wichtig zu erkennen, dass diese nicht von anderen Berufsgruppen isoliert agiert. Krankenpflege handelt innerhalb eines sozialen und politischen Rahmens. Zum Verständnis der Praxis der Pflege müssen diese grundlegenden Einflüsse von anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden. Eine deutliche Folge dieser inter-professionellen Dynamik ist die Festlegung von Rollen und Verantwortlichkeiten. Dieser Aspekt wird weiter unten diskutiert.

Der Status der Krankenpflege und ihre Beziehungen zu anderen Berufsgruppen, insbesondere zur Psychiatrie und Psychologie, sind offensichtlich. Aufgrund der professionellen Macht haben die Psychiater (und zusehends auch die Psychologen) die Aufgabe und Funktion, Phänomene zu definieren (diagnostizieren) und zu kategorisieren, um daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zu benennen. Wenn man dies als eine primäre Handlung oder Rolle einordnet, dann kann man die Krankenpflege als eine sekundäre Handlung betrachten (die deswegen natürlich nicht unbedeutender ist). Die Fähigkeiten zu definieren (diagnostizieren), zu kategorisieren und Tätigkeiten vorzugeben sind die Kernelemente eines Modells von Praxis. Sie sind die Übersetzung von Theorie in die Praxis.

Die Wichtigkeit der Diagnose drückt vielleicht am deutlichsten professionelle Macht aus. Ihre Funktion ist die Bestimmung einer Reihe von Handlungen und die Zuweisung von Ressourcen (einschließlich der Krankenpfleger) in eine gegebene Situation. Die Diagnostik mit samt ihren Folgen ist also nicht einfach eine Handlung, die sich allein auf das untersuchte Individuum richtet. In der Psychiatrie trägt sie noch weitere Bedeutungen, insbesondere die Macht, den juristischen Status (und somit auch den sozialen Status) eines Individuums festzulegen und seine Freiheit potenziell zu begrenzen. Von daher gewinnt die Diagnose ihre Bedeutung durch die Tatsache, dass sie zukünftige Handlungen festlegt und diese Handlungen weit über die Person, die die Diagnose feststellt, hinausreichen können.

Der Pflegediagnostik, ein besonders in den USA praktizierter Bereich der Pflegepraxis, ist in der Regel gegenüber der medizinischen (oder psychologischen) Diagnose zweitrangig. Die Pflegediagnostik ist jedoch, verglichen mit der Bedeutung und den Konsequenzen der medizinischen Diagnose, mit dem Individuum und seiner unmittelbaren Umwelt wesentlich direkter verknüpft. Ein wesentlicher Gesichtspunkt für die Pflege ist die Erkenntnis, dass sie bezogen auf ihre relative Abhängigkeit von der Macht anderer Berufsgruppen, oft notwendigerweise eine „sich entwickelnde“ Rolle übernimmt, d.h. sie findet dort statt, wo andere Berufe bereits gehandelt und eine Handlungsausrichtung festgelegt haben. Es ist wichtig zu verstehen, dass Krankenpflegekräfte nicht nur mit den Erwartungen des „Patienten“ umzugehen haben, sondern auch mit denen des „Arztes“ und den Anforderungen der gesamten Situation. Krankenpfleger können nicht einfach ihre Theorien und Handlungen einer Situation aufdrücken, ihr Handlungsausrichtung *entwickelt sich* aus den Umständen.

Dies sollte nicht als eine Schwäche im praktischen Sinne verstanden werden. Es zeigt viel eher auf, warum die Krankenpflege eine so wertvolle Berufsgruppe innerhalb der psychiatrischen Versorgung bildet. Die von den Krankenpflegekräften eingenommene Rolle mag unklar definierte und leicht zu überschreitende professionelle Grenzen suggerieren, aber für den Patienten macht dies den Krankenpfleger flexibel, anpassungsfähig, innovativ und vor allem auf den Patienten fokussiert.

Die Erkenntnis der relativen Position und des relativen Status der Pflege (dies in seiner ganzen Kom-

plexität darzulegen, ist hier nicht angemessen) hilft die Bedeutung von Pflege-theorien besser zu verstehen; ihre Relevanz wird bestimmt durch den Kontext, in dem Krankenpflegekräfte agieren. Jedes Pflegemodell hat, je nachdem in welcher Situation eine Pflegekraft arbeitet, mehr oder weniger Relevanz. Da Pflegemodelle mehrheitlich in dem Bereich der allgemeinen Medizin und nicht in der Psychiatrie entwickelt wurden, ist ihr Bezug zu der Tätigkeit der psychiatrischen Krankenpflege nur begrenzt. Die bemerkenswerteste Ausnahme hierzu bildet Hildegard Peplau, die einzige amerikanische Pflege-theoretikerin mit Erfahrung in der psychiatrischen Krankenpflege.

Pflege-theorien und Praxismodelle in der Psychiatrie

Die beruflichen Kerngruppen der psychiatrischen Versorgung – Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Pflege – erscheinen auf den ersten Blick als die Verkörperungen von bestimmten Theorien, die in Form verschiedener Praxismodelle angewandt werden. Sehr grob eingeteilt, gibt es in der Psychiatrie drei Modelle; das biologische, das psychologische und das soziale Modell. Vereinfacht betrachtet werden die medizinischen Berufe eindeutig dem biologischen Ansatz zugerechnet. Darin werden psychischen Störungen als Formen eines Krankheitsprozesses verstanden, ihnen werden die gleichen Eigenschaften zugeordnet wie andere Erkrankungen in den Gebieten der Medizin. Die Identifizierung der Psychologen mit dem psychologischen Ansatz erklärt sich vielleicht von selbst. Es gibt eine bemerkenswerte Vielzahl

von Ansätzen, die versuchen, „Erkrankungen“ als seelisches Phänomen oder vornehmlich als ein Phänomen des Denkens zu erklären. Der soziale Ansatz schließlich wird offensichtlich am besten durch den Beruf des Sozialarbeiters repräsentiert. Die Krankenpflege passt nirgendwo richtig hinein. Aber in der Praxis sehen wir, dass Komponenten von jedem Modell die Handlungen der Krankenpfleger beeinflussen. Historisch gesehen ist die Krankenpflege immer mit der Medizin verknüpft gewesen, aber insbesondere die gemeindeorientierte psychiatrische Pflege hat diese Beziehung verändert.

Wenn wir versuchen wollen, den wesentlichsten theoretischen Bezugspunkt der Krankenpflege zu bestimmen, sollten wir nicht außer Acht lassen, dass der Versuch, einem Beruf eine einzige Herangehensweise zuzuschreiben, natürlich eine grobe Vereinfachung der tatsächlichen Lage darstellt. Es gibt zum Beispiel viele Menschen, die sich als „Sozialpsychiater“ beschreiben. Und viele der bedeutendsten psychologischen Modelle und Theorien wurden von Medizinerinnen entwickelt (das beste Beispiel hierfür ist natürlich Sigmund Freud). Da man das Konzept des Lernens nicht von seinem sozialen Kontext lösen kann, sprechen viele Psychologen von ‚psycho-sozialen‘ Problemen. In jedem der Modelle wird also eine gewisse Betonung auf eines dieser drei Gebiete gelegt. Völlig isoliert haben sie in der psychiatrischen Versorgung weder theoretisch noch praktisch Bedeutung. Tatsächlich ist die Vorstellung von einer Integration dieser Ansätze bereits sehr weit fortgeschritten. Das ‚biopsychosoziale‘ Modell ist eine zunehmend entwickelte ‚Metatheorie‘ und wird in der Praxis von den

multi-disziplinären Teams verkörpert, deren Vielseitigkeit in theoretischer und praktischer Hinsicht für die Entwicklung vieler neuer Angebote in der gemeindeorientierten Psychiatrie entscheidend ist.

Der relative Wert jeder dieser Theorien wird beeinflusst von dem Wesen des Problems und von der Umgebung, in der dem Problem begegnet wird. Zum Beispiel wird Schizophrenie allgemein insbesondere dann als ein Krankheitsprozess betrachtet, wenn der Betroffene sich in einem Zustand des akuten Leidens befindet. Aber er kann später auch für psychologische Interventionen empfänglich sein, bei denen er Techniken des Symptom- Managements erlernt. In einer Umgebung wie dem Krankenhaus sind die sozialen Probleme effektiv verschwunden und deshalb werden hier Interventionen im sozialen Bereich eine weniger wichtige Rolle im Behandlungsprogramm spielen. Nach der Entlassung werden Themen wie soziale Isolation, Stigmatisierung und oft auch Armut zu den wesentlichen Aspekten der Unterstützung.

Die Gesamtbetrachtung des Umfeldes in dem psychiatrische Krankenpflege stattfindet ist theoretisch ungenau komplex. Abhängig von der Situation bekommen unterschiedliche theoretische Perspektiven eine größere Relevanz. Pflegepraxis ist auch durch die Dynamik beeinflusst, die durch die praktische Integration unterschiedlicher Pflegemodelle verursacht wird – also nicht durch rein theoretische Aktivität, sondern durch die Beziehungen zwischen den Berufsgruppen und zwischen den Akteuren selbst. Schließlich sind auch die Fragen der Ressourcenzuteilung und des Managements sehr be-

deutende Faktoren, die großen Einfluss auf die Pflege-theorie ausüben.

Die für den Dienst maßgeblichen Verträge, sowie die Höhe der Förderung, die Verwaltung und Zuteilung von Ressourcen, Richtlinien und Vorschriften, die Verwaltung von Individuen und Teams, die Verfügbarkeit von Bildungsmaßnahmen und die Erfassung und Bewertung der betreuten Fälle beeinflussen die Pflege in der Praxis.

Praxistheorien und Modelle in der Krankenpflege

Die oben dargelegte theoretische Position kann auch als höchst problematisch angesehen werden, da sich die Frage stellt, ob sie eine spezifische Form von Wissen repräsentiert oder einer angehört. Auf der Suche nach einer eigenen Identität wird in der Regel die von Henderson (1966) formulierte Definition zitiert:

„Die einzigartige Funktion des Krankenpflegers ist die Unterstützung des Individuums, ob krank oder gesund, bei der Ausführung von Aktivitäten, die der Gesundheit zuträglich sind oder diese wiederherstellen (oder zu einem friedlichen Tod beitragen) und die das Individuum ohne Unterstützung ausführen würde, wenn ers dafür den nötigen Willen, die Stärke oder das Wissen besäße. Diese Unterstützung wird so erbracht, dass das Individuum seine Eigenständigkeit so schnell wie möglich erreicht.“

Ein anderes bekanntes Konzept in der Krankenpflege ist das der ‚Versorgung‘. Nach Leininger (1991) bilden Handlungen und Aktivitäten das Wesen der Pflege,

die darauf abzielen, ein anderes Individuum oder eine Gruppe bei der Verbesserung des menschlichen Lebens oder bei der Begegnung mit dem Tod zu helfen, zu unterstützen und zu befähigen. Auch berufliche Körperschaften, wie das Royal College of Nursing (RCN), haben versucht die Krankenpflege zu definieren:

„Der Einsatz professionellen Urteilsvermögens bei den pflegerischen Angeboten, um Menschen in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit zu verbessern, zu erhalten oder wiederzuerlangen, mit ihren gesundheitlichen Problemen umzugehen und bis zu ihrem Tod die höchste Lebensqualität zu ermöglichen, unabhängig von ihrer Erkrankung oder Behinderung“ (RCN, 2003).

Auch wenn diese Definitionen die Werte und die praktische Bandbreite der Krankenpflege deutlich zum Ausdruck bringen, fehlt jede theoretische Orientierung. Weit gefasst und ohne eine eindeutige Fokussierung wird zwar die Bandbreite der Pflegetätigkeit nicht eingeschränkt, aber weder wird eindeutig das Einzigartige an der Pflegetätigkeit erklärt noch wird der Unterschied zu anderen Berufen geklärt. Es kann zwar behauptet werden, dass das Konzept der ‚Fürsorge‘ eine grundlegende Qualität der Krankenpflege ist, aber wie Hawthorne und Yukovich (1995) festgestellt haben, ist dies nicht einzigartig:

„...das Zentrum, der Kern jedes Berufes ist und sollte sein: die einzigartige Beziehung zwischen dem Individuum, das Hilfe anbietet, und dem Individuum, das Hilfe und Pflege benötigt.“

Aber vielleicht bringt die Krankenpflege durch den Akt des Pflegens eine andere Bedeutung und Betonung in die Situation ein. Wilmot (2003) zum Beispiel, identifiziert den zwischen ‚Heilen‘ und ‚Pflegen‘ oft beschriebenen Unterschied, als eine Unterscheidung zwischen Medizin und Krankenpflege. Dasselbe lässt sich zu der Diskussion über klinische und soziale Wiederherstellung feststellen. Mit Psychiatriepatienten durchgeführte Langzeitstudien lassen erkennen, dass eine Heilung nicht das primäre Ziel sein muss, da viele Individuen Eigenständigkeit erlangen und eine hohe Lebensqualität genießen, während sie weiterhin ‚Symptome‘ haben. Tatsächlich scheint bei ausgewogener Betrachtung vieles am Heilungsprozess, am ‚Patientensein‘ und der stationären Behandlung, für das Erreichen von Eigenständigkeit und hoher Lebensqualität abträglich zu sein. Ein Beruf, dessen Kern das Konzept der Pflege ist, kann so eine Überbetonung des Heilens ausgleichen, die andernfalls die gesamte Situation prägen würde.

Die Konzepte der ‚Heilung‘ oder der ‚Pflege‘ unterscheidet sich in der Frage, ob die Betonung auf der Behandlung der Krankheit oder der Behandlung des Patienten liegt. Die Schwerpunktsetzung der Krankenpflege liegt natürlich im letzteren. In seiner Beschreibung der pflegegeleiteten Versorgung betont Lewis (2001) jene Qualitäten, die auch von dem Royal College of Nursing (2003) betont wurden: die Befähigung (Empowerment) und die Autonomie des Patienten. Dadurch wird die Krankenpflege mit der Herstellung eines Gleichgewichts zwischen den wissenschaftlichen und technischen Pflegeaktivitäten einerseits und einer humanisti-

schen Praxis andererseits assoziiert; erstere kann als *instrumentell* beschrieben werden und umfasst die vorgegebenen Handlungen des Akteurs; letztere kann als *expressiv* beschrieben werden, wobei der qualitative Unterschied in der Art liegt wie Aktivitäten durchgeführt werden (Woodward, 1997). Die humanistische Praxis zielt auf eine biopsychosoziale Herangehensweise ab und beschäftigt sich zudem mit der Entwicklung von kooperativen, kommunikativen, unterstützenden und persönlichen Partnerschaften zwischen den Krankenpflegekräften und den Patienten.

Die Wünsche des Individuums zu identifizieren und anzuerkennen und Pflegepläne zu entwickeln, sich auf die Person des Patienten beziehen, statt theoretische Rahmen zu verfolgen, ist vielleicht für die Pflegepraxis charakteristisch. Pflegewissen ist deshalb nicht überflüssig, vielmehr besteht es aus der Umsetzung von Expertenwissen und Erfahrung. Von dieser Grundlage ausgehend, können Krankenpfleger ihr Fähigkeiten in Zusammenhang mit den Prinzipien der Pflege und dem Respekt vor der individuellen Autonomie einsetzen, und zwar selbst dann, wenn eine Person unfähig ist, darum zu bitten.

Wie Rose und Parker (1994) hervorhoben:

... die Kunst und die Wissenschaft haben beide ihren Platz innerhalb der Definition der Pflege, sie sind in der Praxis des einzelnen Krankenpflegers so sehr integriert, dass sie eine eigene Disziplin bilden.'

Schlusswort

Um die theoretische Position der psychiatrischen Krankenpflege in der sich stets weiterentwickelnden Aufgaben der gemeindeorientierten Praxis zu verstehen, muss man erkennen, dass sie von einer Reihe kritischer Faktoren beeinflusst wird:

- **Das grundlegende Prinzip der Pflege.** Auch wenn Versorgung zweifellos eine Qualität aller professionellen Dienste ist, liegt die besondere Betonung der Krankenpflege auf der Genesungsförderung, die sich um das Erreichen von Eigenständigkeit und einer maximalen Lebensqualität bemüht, und nicht auf der Fokussierung auf die Erkrankung und die Dysfunktion. Genesung (Recovery) ist ein soziales und kein klinisches Konstrukt und wird von der Person und nicht von dem professionellen Akteur definiert.
- **Die Beziehung zwischen Krankenpfleger und Patient.** Auch wenn die theoretische Basis jedweder Intervention multidisziplinär sein mag, der Hauptfokus der Krankenpflege liegt in einer engagierten und mitfühlenden Beziehung, die die Autonomie und Befähigung des Patienten vergrößert.
- Die Beziehungen zwischen und der Zugang zu anderen Akteuren der Versorgung für seelische Gesundheit. Psychiatrische Krankenpfleger assistieren anderen Akteuren, arbeiten neben ihnen und gleichen ihre Handlungen aus. Dadurch entwickeln Krankenpfleger instrumentelles Wissen, das Lücken füllt. Diese Tendenz zeigt sich sehr deutlich in innovativen Bereichen wie in der gemeindeorientierten psy-

chiatrischen Versorgung, wo andere Berufsgruppen ihre Rollen noch nicht entwickelt haben.

- **Der organisatorische und gesellschaftliche Kontext der Krankenpflege.** Die Krankenpflege agiert innerhalb einer Vielzahl von Organisationen und Institutionen, von denen jede unterschiedlich mit Ressourcen umgeht, andere politische und finanzielle Prioritäten hat, die intern wie extern bestimmt werden. Die Möglichkeiten für Krankenpfleger, Praxismodelle zu entwickeln und einzusetzen, werden stets von der Qualität und dem Umfang der zur Verfügung gestellten Ressourcen bestimmt.

Pflegetheorien und Modelle spiegeln die Erfahrung und das Expertenwissen der Autoren wieder und weisen auf die Komplexität und die Qualität der Praxis hin, sie entstammen bestimmten Feldern der Krankenpflege und Systemen der Gesundheitspflege und reagieren auf den interprofessionellen Kontext.

Die Entwicklung der gemeindeorientierten Krankenpflegepraxis, wie sie in den WAP Ausbildungsmodulen beschrieben wurde, sollte notwendigerweise die allen Gesundheitspflegesystemen eigenen Bedingungen berücksichtigen und auf sie eingehen. Die Module sollten sich auf eine reflexive Herangehensweise in der Praxis fokussieren und dabei den Akteuren helfen, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu bestimmen, sowie den Kontext und die Prioritäten des Systems zu verstehen, innerhalb dessen sie arbeiten. Der besondere Wert der kooperativen Entwicklung und Ausführung von Weiterbildung besteht in der Möglichkeit zu vergleichen und

zu kontrastieren; die Ähnlichkeiten und Unterschiede von Krankenpflegern und Krankenpflege zu identifizieren. Ohne solche Möglichkeiten ist es unwahrscheinlich, dass die Akteure die Stärken und die Grenzen ihrer eigenen Praxis, die Probleme und - am wichtigsten - die Möglichkeiten zur Verbesserung des Lebens anderer Menschen erkennen.

Literatur

- Hawthorne, D.I., Yurkovitch, N.J. (1995) Science, Technology, Caring and the Professions: Are they compatible? *Journal of Advanced Nursing*, 21: 1087-91
- Henderson, V. (1966) *The Nature of Nursing*. London: Collier Macmillan
- Leininger, M.M. (1991) *Culture Care Diversity and Universality: A theory of nursing*. New York: National League of Nursing Press.
- Lewis, R. (2001) *Nurse Led Primary Care. Learning from PMS Pilot*. London: Kings Fund
- Rose, P., Parker, D. (1994) Nursing: an integration of art and science within the experience of the practitioner. *Journal of Advanced Nursing* 20: 1004-10
- Royal College of Nursing (2003) *Defining Nursing*. London: RCN
- Woodward, V.M. (1997) Professional Caring: a contradiction in terms. *Journal of Advanced Nursing* 26: 999-1004

In der Gemeinde. Mit der Gemeinde!

Herausgegeben von

Jörg Utschakowski
Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.
Veegesackerstr. 174
D-28219 Bremen
(0049)-(0)421-3963737
www.initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de

Dieser Publikation ist entstanden in dem
Leonardo da Vinci Pilot Projekt
Weiterbildung ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege (WAP)
Birmingham - Bremen - Triest
2001-2004

Druck

Druckwerkstatt Schmidtstraße

Gestaltung

Lutz Liffers

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Gemeinschaft finanziert.
Der Inhalt dieses Produktes gibt nicht notwendigerweise die Meinung der
Europäischen Gemeinschaft wieder, und die Europäische Gemeinschaft
übernimmt dafür keinerlei Haftung

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar.
Dies gilt insbesondere für Verfielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Bremen 2004