

PATIENTENVERSORGUNG UND PERSONALHANDELN
IM KONTEXT EINER
PSYCHIATRISCHEN SONDERANSTALT

Eine organisationssoziologische Unter-
suchung im Psychiatrischen Krankenhaus
der Gemeinde Wien "Baumgartner Höhe"

Band 1

Rudolf FORSTER
und

Jürgen M. PELIKAN

Institutsarbeit Nr.108

Dezember 1978

ENDBERICHT

Abteilung Soziologie
Forschungsschwerpunkt Medizinsoziologie

Gefördert vom Bundesministerium
für Gesundheit und Umweltschutz

Vertrieb: Fachverlag für Wirtschaft und Technik
1071 Wien, Neubaugasse 1
Tel.: 0222/93 33 75

INHALTSÜBERSICHT

Band 1

Vorwort

Teil I: Einleitung

Teil II: Zusammenfassung

Teil III: Analyse der Patientenversorgung

Band 2

Teil IV: Analyse des Personalhandelns

Teil V: Reformprogramm

Teil VI: Anhang

Literaturverzeichnis

Band 1 und Band 2 enthalten zusätzlich detaillierte Inhaltsübersichten sowie ein Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Übersichten für den jeweiligen Band.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Vorwort	i
Teil I : Einleitung	1
1. Öffentliche Kritik und Reformansätze zur stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich	3
2. Zum Stand sozialwissenschaftlicher Forschung zur psychiatrischen Versorgung Österreichs	4
3. Erkenntnisinteressen und Fragestellungen der Studie	5
4. Theoretische Ansätze und Konzepte der Studie	7
5. Methodische Anlage der Studie	10
6. Zum Aufbau des Berichtes	15
Anmerkungen	16
Teil II: Zusammenfassung	19
1. Versorgung von Patientenbedürfnissen	21
1. 1 Bedürfnis nach Kleidung und Bedeckung	21
1. 2 Bedürfnis nach Essen, Trinken und Ausscheiden	21
1. 3 Bedürfnis nach Schlaf und Ruhe	22
1. 4 Bedürfnis nach Abwechslungsreichtum und Schutz vor Lärm und Geruch	22
1. 5 Bedürfnis nach Bewegung und Aufenthalt im Freien	22
1. 6 Bedürfnis nach sexuellen Anreizen und Kontakten	23
1. 7 Bedürfnis nach körperlicher Sicherheit und somatisch-medizinischer Behandlung	23
1. 8 Informations- und Orientierungsbedürfnisse	24
1. 9 Bedürfnis nach Akzeptierung und Selbstdarstellung	24
1.10 Bedürfnis nach persönlich-emotionalen Beziehungen	25
1.11 Bedürfnis nach praktischer Betätigung	25
1.12 Bedürfnis nach Schutz der Persönlichkeit und psychiatrischer Behandlung	26
2. Handeln und Einstellungen des Pflegepersonals	27
2. 1 Ungünstige Bewertung der Versorgungslage der Patienten durch das Pflegepersonal	27

2. 2	Einstellungen zum Patienten zwischen Verständnis und Ambivalenz	27
2. 3	Handlungsweisen des Pflegepersonals gegenüber Patienten zwischen aufopferndem Engagement und zynischer Unterdrückung	28
2. 4	Kompetenzen des Pflegepersonals zwischen Über- oder Fehlqualifikation und Überforderung	28
2. 5	Ungünstige Bewertung der eigenen Arbeitsbedingungen	29
2. 6	Abwanderung aus dem Krankenhaus oder resignatives Abfinden	29
2. 7	Einstellungen zu Reformen zwischen Bereitschaft und Pessimismus	30
3.	Randbedingungen der Patientenversorgung	31
3. 1	Materielle Unterausstattung und finanzielle Benachteiligung	31
3. 2	Personelle Unterbesetzung	31
3. 3	Mängel im Versorgungssystem außerhalb des PK - Fehlplatzierung von Patienten	32
3. 4	Überholte rechtliche Grundlagen	32
4.	Gesamteinschätzung und Schlußfolgerung	33
5.	Reformvorschläge	34
Teil III: Analyse der Patientenversorgung		41
1.	Pflegepersonal und Patientenbedürfnisse	43
1. 1	Zuschreibung und Akzeptierung von Bedürfnislagen der Patienten	43
1. 1. 1	Zuschreibung besonderer Bedürfnisse für psychisch Kranke	46
1. 1. 2	Akzeptierung unterschiedlicher Patientenbedürfnisse	50
1. 1. 2. 1	Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten	50
1. 1. 2. 2	Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten	54
1. 1. 3	Zusammenfassung	61
1. 2	Wahrnehmung und Bewertung der Versorgung von Patientenbedürfnissen	63

1. 2. 1 Wahrnehmung der Versorgung von Patientenbedürfnissen im allgemeinen	63
1. 2. 1. 1 Als gut versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse	63
1. 2. 1. 2 Als schlecht versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse	65
1. 2. 1. 3 Zusammenfassung	67
1. 2. 2 Bewertung der Versorgung unterschiedlicher Patientenbedürfnisse	67
1. 2. 2. 1 Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten	67
1. 2. 2. 2 Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten	72
1. 2. 2. 3 Zusammenfassung	78
1. 3 Das Verhältnis von Akzeptierungsgrad und wahrgenommener Güte der Versorgung von Patientenbedürfnissen	79
2. Die Versorgung der Patientenbedürfnisse	84
2. 1 Zur Systematisierung von Patientenbedürfnissen	84
2. 2 Körperliche Bedürfnisebene	90
2. 2. 1 Wärmeregulierung: Bekleidung - Bedeckung - Klimatisierung	90
2. 2. 2 Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes: Versorgung mit Getränken - Umstände der Urinausscheidung	99
2. 2. 3 Regulierung des Stoffhaushaltes: Versorgung mit Nahrung - Umstände der Stuhlausscheidung	111
2. 2. 4 Regulierung des Sauerstoffhaushaltes: Versorgung mit frischer Luft	128
2. 2. 5 Befriedigung des Schlafbedürfnisses: Nachtschlaf und Ruhebedürfnis untertags	132
2. 2. 6 Befriedigung sensorischer Bedürfnisse: Abwechslungsreichtum der sinnlichen Umwelt - Schutz vor Lärm und Geruch	140
2. 2. 7 Befriedigung motorischer Bedürfnisse: Bewegungsmöglichkeit - Schutz vor körperlicher Überbeanspruchung	148
2. 2. 8 Befriedigung sexueller Bedürfnisse: Sexuelle Stimulation und Möglichkeiten sexueller Kontakte	158
2. 2. 9 Befriedigung des Bedürfnisses nach Erhaltung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Integrität und Funktionstüchtigkeit: Schutz vor Verletzung und Erkrankung - Somatisch-medizinische Versorgung	168

2. 3 Psychische Bedürfnisebene	
2. 3. 1 Befriedigung des Bedürfnisses nach Information und Orientierung: Informationsangebote - Kommunikationsmöglichkeiten - Schutz vor Manipulation	191
2. 3. 2 Befriedigung des Bedürfnisses nach Realisierung eines positiven Selbstbildes: Akzeptiertwerden - Möglichkeiten der Selbstdarstellung - Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung	209
2. 3. 3 Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen: Emotionale Zuwendung - Kontaktmöglichkeiten - Schutz vor Verlust wichtiger Beziehungen	223
2. 3. 4 Befriedigung des Bedürfnisses nach praktischer Betätigung: Möglichkeiten zur Aktivität - Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung	235
2. 3. 5 Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der persönlichen Identität: Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Persönlichkeit - psychiatrische Behandlung	253
2. 4 Zusammenfassung	277

TABELLENVERZEICHNIS

Seite

Tab. 1: Die Akzeptierung besonderer Bedürfnisse bei psychiatrischen Patienten nach Abteilungstyp	46
Tab. 2: Verteilung der angeführten besonderen Bedürfnisse psychiatrischer Patienten, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen und Bedürfnislagen	47
Tab. 3: Als gut versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen, Bedürfnislagen und Abteilungstyp	63
Tab. 4: Als schlecht versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen, Bedürfnislagen und Abteilungstyp	66
Tab. 5: Einschätzung der Güte der Regulierung von Flüssigkeits- und Stoffhaushalt durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren	126
Tab. 6: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Schlafbedürfnisses durch das befragte Pflegepersonal	138
Tab. 7: Einschätzung der Befriedigungsgüte motorischer Bedürfnisse durch das befragte Pflegepersonal	156
Tab. 8: Einschätzung der Befriedigungsgüte sexueller Bedürfnisse durch das befragte Pflegepersonal	166
Tab. 9: Einschätzung der Befriedigungsgüte pflegerischer Versorgung durch das befragte Pflegepersonal	189
Tab.10: Durchschnittliche Anzahl besuchter Patienten der Abteilungen VM und AM an den einzelnen Besuchstagen des Jahres 1974	199
Tab.11: Einschätzung der Befriedigungsgüte von Informations- und Orientierungsbedürfnissen durch das befragte Pflegepersonal	207
Tab.12: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach einem positiven Selbstbild durch das befragte Pflegepersonal	222
Tab.13: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen durch das befragte Pflegepersonal	234

Tab.14: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach praktischer Betätigung durch das Pflegepersonal	251
Tab.15: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach Aufrechterhaltung persönlicher Identität durch das befragte Pflegepersonal	273
Tab.16: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach Wiederherstellung der persönlichen Identität durch das befragte Pflegepersonal	274

- Abb. 1: Die Einschätzung der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent 51
- Abb. 2: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig" 55
- Abb. 3: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig". 58
- Abb. 4: Die Einschätzung der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent 69
- Abb. 5: Vergleich der Einschätzung der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "sehr gut" und "eher gut" 73
- Abb. 6: Vergleich der Einschätzungen der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "sehr gut" und "eher gut" 76
- Abb. 7: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit und Güte der Befriedigung von Patientenbedürfnissen durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig" bzw. "sehr gut" und "eher gut" 80
- Abb. 8: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit und Güte der Befriedigung von Patientenbedürfnissen durch die Schüler (N=15) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig" bzw. "sehr gut" und "eher gut" 82

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN

Seite

Übersicht 1: Operationalisierung der Bedürfnisse in der Beobachtungsstudie	85
Übersicht 2: Charakterisierung der im Rahmen der Arbeitstherapie bestehenden Arbeits- gruppen	246
Übersicht 3: Institutionell akzeptierter Versorgungs- bedarf und Güte der beobachteten Ver- sorgung für somatische und psychische Bedürfnisse der Patienten	278

ZUSAMMENFASSUNG

Das vorliegende Forschungsmemorandum stellt den Abschlußbericht einer vierjährigen organisationssoziologischen Studie im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien dar. Die Studie besteht im wesentlichen aus vier Teilen, für die umfangreiches, mit unterschiedlichen Erhebungstechniken gewonnenes empirisches Material entsprechend den theoretischen Grundannahmen analysiert wurde:

- einer systematischen Beschreibung und Bewertung der Patientenversorgung;
- einer Analyse des Handelns und der Einstellungen des Pflegepersonals;
- einer Beschreibung und Bewertung der personellen und materiellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, welche die Versorgungsleistungen des Personals und die Versorgungsrealität der Patienten bestimmen;
- einem aus den Analyseergebnissen und den internationalen Reformerfahrungen abgeleiteten Reformprogramm für das Psychiatrische Krankenhaus im Rahmen einer Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgung in Wien.

Zur differenzierten Erfassung der Patientenversorgung wurde ein mehrstufiges Bedürfnismodell entwickelt. Dieses Modell ist auch für die Untersuchung der Versorgungssituation in anderen medizinischen Kontexten adaptierbar.

Die Interpretation der Zusammenhänge von Patientenversorgung, Pflegerhandeln und Krankenhausstruktur erfolgte im Rahmen einer soziologischen Handlungstheorie, die es erlaubt, das interaktive Zusammenspiel von Akteurenmerkmalen und Situationscharakteristika zu rekonstruieren.

ABSTRACT

This research memorandum is the final report of a four-year organizational analysis within the main Psychiatric Hospital of the City of Vienna. A large amount of empirical material relevant to the theoretical assumption was gathered by a combination of different data-collection-techniques. The study consists essentially of four parts:

- a systematic description and evaluation of patient care;
- an analysis of the working behavior and the attitudes of the nursing staff;
- a description and evaluation of the personal and material resources and of the organizational and legal context which determine the working behavior of the nursing staff and the quality of patient care;
- a reform program for the Psychiatric Hospital as part of a newly structured system of psychiatric services in Vienna, which was developed in accordance with the results of the empirical and theoretical analyses and international experiences in the reform of psychiatric services.

A differentiated model of patient needs has been developed to investigate the quality of care from a patient's perspective. This model could easily be adapted for the analysis of different medical contexts.

The explanation of the interconnections between patient-care, staff-behavior, and hospital-structure has been realized within a sociological paradigm of action, which allows to reconstruct the interdependence of actors-characteristics and situational circumstances.

VORWORT

Die Übergabe dieses Forschungsmemorandums an eine breitere Öffentlichkeit erfolgt - so hoffen wir zumindestens - zu einem günstigen Zeitpunkt. Es besteht, erstmals seit Jahrzehnten, ein größeres Interesse an der psychiatrischen Versorgung: die Öffentlichkeit ist sensibilisiert durch Skandalberichte und Diskussionen in den Medien. Politiker planen Reformen im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung: auf Bundesebene Frau Bundesminister Dr. Leodolter, auf Landesebene Herr Amtsführender Stadtrat Prof. Stacher, für das Anhalte- und Entmündigungsrecht Herr Bundesminister Dr. Broda.

Diese Initiativen werten wir als Beginn einer grundlegenden Reformdiskussion über eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Organisation der psychiatrischen Versorgung. Aktualität erhalten wird diese Diskussion spätestens wieder mit der Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse einer Untersuchung der Psychiatrischen Krankenhäuser der Gemeinde Wien durch den Rechnungshof.

Wir hoffen, daß die vorliegenden Ergebnisse einer vierjährigen empirisch-analytischen Studie und das aus ihnen abgeleitete, ebenfalls hier publizierte Reformprogramm in zweierlei Weise Auswirkungen auf die Veränderung der Psychiatrie - zumindestens in Wien - haben werden: als Anstoß zur raschen Inangriffnahme der dringend notwendigen Sanierung und Humanisierung der Anstaltspsychiatrie und als Planungsgrundlage für die längerfristige Umstrukturierung des Angebots an psychiatrischen Diensten, mit dem vorrangigen Ziel eines schrittweisen Abbaus der überkommenen psychiatrischen Sonderanstalten.

Eine Bemerkung zur Entstehung und zur Durchführung der Studie. Im Rahmen eines größeren Forschungsauftrages des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, zu Problemen

des Krankenpflegepersonals in Österreich, war auch eine Teilstudie zur Patientenversorgung und zum Pflegepersonalhandeln im Kontext von Krankenhausstationen vorgesehen. Bedingt durch die Interessen der Projektmitarbeiter und die Möglichkeit des Zuganges, wurde für diese Stationsanalysen das Psychiatrische Krankenhaus - Baumgartner Höhe gewählt. Diese Phase des Projektes resultierte zunächst in einem unveröffentlichten Bericht an den Auftraggeber und in Diplomarbeiten von Scholaren am Institut für Höhere Studien. Durch das Entgegenkommen des Instituts für Höhere Studien konnte eine zweite Projektphase in Angriff genommen werden, in der die Datenbasis erweitert und die theoretische und analytische Konzeption wesentlich ausgearbeitet werden konnte. Die Ergebnisse des erweiterten Projektes wurden im Juni 1978 in einer gemeinsamen⁺⁾ Enquete bzw. Pressekonferenz der Belegschaft des untersuchten Krankenhauses bzw. der Öffentlichkeit präsentiert. Der vorliegende Bericht wird in einer überarbeiteten Fassung auch als Buch publiziert werden. In diesem Buch ist auch eine Dokumentation über die öffentlichen Reaktionen auf diese Studie und die Konsequenzen, zu denen sie direkt oder indirekt beigetragen hat, vorgesehen.

Studien der vorliegenden Art sind in Österreich durchaus noch nicht selbstverständlich. Sie erfordern ein ungewöhnliches Maß an Offenheit und Bereitschaft aller Beteiligten, alltägliches Routinehandeln und verfestigte Organisationsstrukturen selbstkritisch in Frage zu stellen. Für die verständnisvolle Erfüllung dieser Anforderungen danken wir dem Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz als Auftraggeber, der Gemeinde Wien als Spitalserhalter, sowie insbesondere der Belegschaft und der Personalvertretung, der Direktion und Verwaltung des Psychiatrischen Kranken-

⁺⁾ von Bundesminister Dr. Leodolter und Stadtrat Prof. Stacher abgehalten

hauses als den am nächsten Betroffenen unserer Studie (im einzelnen vgl. die folgende Übersicht). Ohne den Einsatz eines großen Teams von Mitarbeitern (vgl. die folgende Übersicht) und das Entgegenkommen der Direktion des Instituts für Höhere Studien, hätten wir das ursprüngliche Auftragsprojekt niemals mit dem nun vorliegenden, wesentlich erweiterten Forschungsmemorandum abschließen können.

Dadurch bekommt der Bericht über seinen Stellenwert in der aktuellen und lokalen Reformdiskussion hinaus vielleicht auch eine gewisse Bedeutung für die Entwicklung einer medizinsoziologisch fundierten Versorgungsforschung.

ÜBERSICHT: Projektmitarbeiter und Projektunterstützung

Projektmitarbeiter

Projektgruppe: Leitung	Dr. Jürgen M. Pelikan
Wissenschaftliche Mitarbeiter:	Dr. Rudolf Forster
am Auftragsprojekt bis 1975:	Dr. Dimiter M. Hoffmann Monika Hoffmann-Paast Dr. Friedrich Leitner
Diplomarbeiten zu Spezialthemen:	Mag. Helmut Höpflinger Dr. Walter Reichelt Dr. Irmgard Stangl
Berichtabfassung:	Dr. Rudolf Forster, Dr. Jürgen M. Pelikan
Beobachtungsprotokolle:	Dr. Rudolf Forster Monika Hoffmann-Paast Dr. Dimiter M. Hoffmann
Interviews:	Mag. Ruth Bachmayer Ilse Baumgartner Mag. Helmut Höpflinger Dr. Friedrich Leitner Dr. Jürgen M. Pelikan Mag. Elisabeth Rössler
Auswertungsarbeiten:	Inge Forster Angelika Laburda Erich Laburda Christa Polster
Datenverarbeitung:	Viktor Manhart Manfred Kainz
Administration: Schreibarbeiten:	Ilse Baumgartner Gertraud Linshalm Christa Polster
Vervielfältigungs- arbeiten:	Rosina Auner

Projektunterstützung

Forschungsauftrag:

Bundesminister Primaria Dr. Ingrid Leodolter,
Bundesministerium für Gesundheit und Um-
weltschutzProjektbetreuung
seitens des
Auftraggebers:Sekt. Chef Dr. Albert Krassnigg
Dr. Walter Buchstaller
Paula MarguliesWissenschaftliche
Beratung:Prof. Aaron V. Cicourel, Ph. D
(University of California, San Diego)Prof. Dr. phil. Hannes Siegrist
(Universität Marburg)Prof. Dr. med. Hans Strotzka
(Vorstand des Instituts für Tiefen-
psychologie und Psychotherapie der
Universität Wien)Prof. Dr. med. Erich Wulff
(Mitdirektor der Psychiatrischen Klinik
an der Medizinischen Hochschule Hannover)Eröffnung von Zugangs-
möglichkeiten seitens
des Spitalserhalters:Prof. Dr. Alois Stacher, Amtsführender
Stadtrat für Gesundheit und Soziales
der Gemeinde Wien
O.Sen.Rat Dr. Hans Siebensohn
Sen.Rat Dr. Dkfm. Josef LeodolterUnterstützung durch
Angehörige des Psychi-
atrischen Krankenhauses
(Gewährung von Experten-
interviews, Überlassung
von Unterlagen, etc.):Leitung des ärztlichen Dienstes:Univ.Do. Dr. Wilhelm Solms-Rödelheim
Univ.Do. Dr. Heinz-Eberhard GabrielPrimärärzte:Dr. Heinrich Groß
Dr. Otto Hartmann
Dr. Josef Plavec
Dr. Hellmuth Schimko
Dr. Raoul Schindler

Verwaltung:

OAR Bruno Budik
OAR Rudolf Neumayr
AR Elisabeth Kautsky
Stat.Pfleger Friedrich Vrana
AR Erich Springer

Leitung des Pflegedienstes:

Pflegevorsteher Hildegard Biebl
Pflegevorsteher Helene Walter
Pflegevorsteher Alfred Wawrausek
Pflegevorsteher Georg Lang

Ausbildungsstätte für psych.Krankenpflege:

Schulvorsteher Josef Grünberger
Lehrschwester Christine Hochreiter

Personalvertretung:

Oberpfleger Ladislaus Altmann
Oberpfleger und -schwestern,
Stationsschwestern und -pfleger
fast aller Pavillons
Sozialarbeiter des Primariats für
Rehabilitation
70 Angehörige des Pflegepersonals
auf vier Pavillons
24 Lernpfleger und -schwestern

Im Laufe der vierjährigen Projektdauer sind bereits verschiedene Publikationen entstanden, die z.T. den Charakter von Vorfassungen dieses Berichtes haben. z.T. aber auch hier nicht weiter ausgeführte Teilaspekte der psychiatrischen Versorgung behandeln:

- FORSTER, R.: Organisationsanalyse einer psychiatrischen Krankenhausabteilung mittels teilnehmender Beobachtung, Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1974
- HOFFMANN, D.M.: Analyse einer psychiatrischen Krankenhausabteilung als Beitrag zur Reform der psychiatrischen Versorgung, Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1974
- FORSTER, R., F. LEITNER, J.M. PELIKAN: Psychiatrische Versorgung und menschliche Bedürfnisse - Abteilungsanalysen in einem psychiatrischen Großkrankenhaus (= Untersuchungen der Probleme des Krankenpflegepersonals Österreichs, Endbericht, Teil V.). Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, Wien, Institut für Höhere Studien, Dezember 1975
- REICHELT, W.: Rehabilitation psychiatrischer Patienten - eine empirische Untersuchung im Raum Wien, Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1976
- STANGL, I.: Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, unveröff. Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1976
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Widersprüche und Tendenzen im System der Versorgung psychischer Störungen, in: Forster, R., J.M. Pelikan: Psychische Störungen: Karriereprozeß und Versorgungssystem, Forschungsmemorandum Nr. 124, Wien, Institut für Höhere Studien, 1977, S. 31-64
- EISENBACH-STANGL, I.: Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, in: ÖZS 3/4, 1977, S. 54-63
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Fortschreibung oder Strukturreform? Ein Beitrag zur Reformdiskussion der psychiatrischen Versorgung in Österreich, in: Soziale Sicherheit, 31/1978a, S. 61-68

- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Organisationsanalytische Untersuchung der Patientenversorgung und der Arbeitssituation des Personals im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien, unkorrigierter Projektbericht, 3 Bde., Wien, Institut für Höhere Studien, April 1978b
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Gewalt im Alltag der Psychiatrie. Ausgewählte Ergebnisse einer Analyse der Patientenversorgung in einer psychiatrischen Sonderanstalt, in: ÖZS 2/1978c, S. 58-72
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer psychiatrischen Sonderanstalt. Eine Kurzdarstellung der Studie und ihrer wichtigsten Ergebnisse, in: Medizinsoziologische Mitteilungen, 4.Jg., H.3, 1978d, S. 1-15
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Menschliche Bedürfnisse und totale Institution - am Beispiel eines psychiatrischen Großkrankenhauses, in: K. Heinrich, U. Müller (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie, Weinheim/Basel, Beltz, 1979 (in Druck)
- FORSTER, R., J.M. PELIKAN: Anstaltspsychiatrie - Menschliche Bedürfnisse und totale Institution, Wien, Jugend und Volk (in Vorbereitung)

Teil I

E I N L E I T U N G

1. Öffentliche Kritik und Reformansätze zur stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich

In den letzten Jahren hat sich das Unbehagen über die Zustände in der stationären psychiatrischen Versorgung auch in Österreich - unter anderem gegenüber dem "Steinhof", oder richtiger dem "Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartner Höhe", als dem größten psychiatrischen Asyl in Österreich, zunehmend öffentlich artikuliert. Durch Erlebnisberichte von ehemaligen Patienten¹⁾ bzw. Pflegern²⁾, Reportagen von Journalisten³⁾, Fernsehfilme und Diskussionen⁴⁾ wurde versucht, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Verantwortlichen auf kritische Punkte der derzeitigen Versorgungslage zu lenken. Das öffentliche Problembewußtsein bezüglich der psychiatrischen Anstaltsversorgung bildet sich jedoch hauptsächlich an den unmittelbar sichtbaren und spektakulären Aspekten aus. Fragwürdige und umstrittene therapeutische Eingriffe (Elektroschocks, Psychochirurgie, Psychopharmaka) prägen daher dieses Bewußtsein ebenso wie die von Zeit zu Zeit an die Öffentlichkeit dringenden Berichte von gewaltsamen Übergriffen des Personals. Den konkurrenzbedingten Notwendigkeiten der Medien entsprechend, wird Kritik häufig personalisiert, verkürzt und auf skandalträchtige Ereignisse konzentriert vorgebracht. Die strukturellen Hintergründe der Versorgungsmisere und Gewalt bleiben ausgespart, die Wirklichkeit wird "halbiert", die Vorgänge und Zustände in den Anstalten werden als charakteristisch für die Psychiatrie aber nicht als Ergebnis von Entscheidungen in der Anstaltsumwelt wahrgenommen.

Beim betroffenen Personal löst diese Art der Kritik dann zu-
meist defensive Solidarisierung aus.

Neben diesen eher sporadischen Berichten und Anklagen einzelner Patienten und Journalisten ist es zu ersten Organisationsversuchen und Initiativen von Gruppen von Betroffenen (ehemaligen Patienten, Angehörigen von Patienten, verschiedenen in der Psychiatrie arbeitenden Berufen und engagierte Laien) gekommen, die sich öffentlich für die Rechte der psychiatrischen Patienten und eine Verbesserung der Situation der in der psychiatrischen Versorgung Arbeitenden einsetzen⁵⁾. Auch im Bereich der Gesundheitspolitik und Verwaltung hat im gleichen Zeitraum eine verstärkte Aufmerksamkeit und Aktivität gegenüber der psychiatrischen Versorgungsproblematik eingesetzt. Zum einen wurde die stationäre psychiatrische Versorgung von allgemeineren Planungsmaßnahmen zur Verteilung und Organisationsstruktur im Krankenhaussektor mitberührt⁶⁾. Zum anderen wurden Versuche unternommen, die wichtigste gesetzliche Grundlage des derzeit dominanten Aufnahmemodus in psychiatrische Anstalten, das aus dem Jahre 1916 stammende Entmündigungs- und Anhalterecht, zu reformieren⁷⁾. Vom 1975 konstituierten Psychohygienebeirat des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz wurden außerdem noch Initiativen zur Trennung der Dienste für geistig Behinderte von der psychiatrischen Versorgung ergriffen.

2. Zum Stand sozialwissenschaftlicher Forschung zur psychiatrischen Versorgung Österreichs

Verglichen mit diesen Aktivitäten ist das Defizit an systematisch erhobenen Daten und empirisch-wissenschaftlicher Analyse der stationären psychiatrischen Versorgung und ihrer Rahmenbedingungen in Österreich besonders augenfällig. Die vorliegenden österreichischen Arbeiten zur stationären Versorgung⁸⁾ waren entweder rein (KATSCHNIG et al., 1975) oder vorwiegend (WEISS, 1975) epidemiologisch ausgerichtet, stützten sich nur auf wenige gesamtösterreichische Daten der Rahmenbedingungen der Versorgung (FORSTER & PELIKAN, 1977a) oder beschränkten sich thematisch auf den Aspekt des "Offen-

heitsgrades", wobei die Analyse neben der Verwendung weniger globaler Deskriptionen vor allem auf Einstellungen von Ärzten zur Offenheitsstruktur beruhte (MICKA, 1970).

Es gibt jedoch im angelsächsischen Bereich⁹⁾ eine Reihe, bzw. in der BRD¹⁰⁾ zumindestens einige empirisch-analytische Arbeiten, welche Organisation und Qualität der stationären psychiatrischen Versorgung direkt zum Gegenstand haben. Aber auch in der internationalen sozialwissenschaftlichen Psychiatriediskussion und Forschung dominieren im allgemeinen Themen wie: das Krankheitsparadigma der Psychiatrie, Vorurteile und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, oder der Stellenwert sozialer Faktoren bei der Entstehung von psychischen Krankheiten, während die stationäre Versorgung vorwiegend im Rahmen der Diskussion ihrer Reformmodelle thematisiert wird. Teilweise ist aber auch die Brauchbarkeit dieser vorliegenden empirischen Analysen einzelner psychiatrischer Krankenhäuser durch bedenkliche Einseitigkeiten hinsichtlich Fragestellung und Methodik eingeschränkt¹¹⁾.

3. Erkenntnisinteressen und Fragestellungen der Studie

Die vorliegende Untersuchung hatte - im Gegensatz zu den obengenannten - eine umfassendere und konkretere Zielsetzung. Mit den Mitteln der sozialwissenschaftlichen Forschung sollten jene deskriptiven und analytischen Grundlagen erarbeitet werden, die einer wissenschaftlich angeleiteten Reform eines psychiatrischen Großkrankenhauses zugrundegelegt werden können. Den Anlaß für die Ausrichtung der Untersuchung auf eine Reformstudie bildete das bereits erwähnte öffentliche Image des Krankenhauses hinsichtlich der Patientenversorgung einerseits, die berechtigten Sorgen der Verantwortlichen über die Abgänge qualifizierten Personals andererseits. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand damit die Fragestellung: Wodurch ist die

Qualität der Patientenversorgung im Psychiatrischen Krankenhaus und seine Attraktivität als Arbeitsstätte derzeit determiniert, welche Veränderungen sind notwendig und möglich, um beides zu verbessern ?

Zur Beantwortung dieser generellen Fragestellung schien es notwendig, entsprechend den verschiedenartigen Erkenntnisinteressen drei Teiluntersuchungen durchzuführen:

Erstens sollte eine systematische, umfassende und überprüfbare Beschreibung und Bewertung des Anstaltsalltags und der Versorgungsrealität der Patienten bzw. unterschiedlicher Patientengruppen im Psychiatrischen Krankenhaus von einem objektivierend - distanzierenden, d.h. interessenmäßig reflektierten Standpunkt aus geleistet werden. Die explizite Einführung der Patientenperspektive ist notwendig angesichts der Konzentration des Wissens bei den Professionellen, deren Perspektive zudem durch den eingeschränkten Charakter des naturwissenschaftlichen Krankheitsmodells und ihre situationsspezifischen Interessen verzerrt ist. Eine Funktion dieser Beschreibung sollte es auch sein, die "Kritik an der Psychiatrie" so zu konkretisieren, zu fundieren und zu differenzieren, daß ihre begründeten Inhalte für die Verantwortlichen und das betroffene Personal nachvollziehbar und handlungsrelevant werden.

Zweitens sollte eine beispielhafte Rekonstruktion des Zustandekommens der vorherrschenden Patientenversorgung und ihrer Vermittlung über die Dienstleistungen des Personals erarbeitet werden. Durch die vorrangige Untersuchung der Bedürfnisgerechtigkeit des Umgangs mit den Patienten statt der "Effizienz" der Behandlung bzw. der alltäglichen Ereignisse und Zustände statt der spektakulären Übergriffe und Manipulationen wird das Handeln des Pflegepersonals in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und möglicherweise der Kritik gerückt. Um der Gefahr einer vorschnellen und ungerecht-

fertigten Personalisierung von Strukturproblemen und Schuldzuschreibungen vorzubeugen, wurde für das pflegerische Handeln ein Analyseverfahren gewählt, welches es ermöglicht, die Grenzen von Handlungsspielräumen offenzulegen und das Gewicht von Rahmenbedingungen zu bestimmen.

Drittens sollten der Zustand wie die Veränderungstendenzen der rechtlichen, organisatorischen, personellen und materiellen Rahmenbedingungen des Psychiatrischen Krankenhauses, welche die Versorgungsleistungen des Personals und die Versorgungsrealität der Patienten determinieren, beschreibend erfaßt werden. Denn im Hinblick auf das Ziel der Studie, einen Beitrag zur Einleitung von Reformen zu leisten, ist die Auffindung der letztlich wirksamen und direkt veränderbaren Strukturen notwendig.

4. Theoretische Ansätze und Konzepte der Studie

Wünschenswert wäre es gewesen, die Durchführung der drei genannten Untersuchungsteile auf eine einheitliche und fundierte sozialwissenschaftliche Theorie der psychiatrischen Versorgung zu stützen. Da eine solche Theorie derzeit ausgearbeitet nicht vorliegt, war es notwendig, für die einzelnen Untersuchungsteile theoretische Ansätze und Konzepte aus verschiedenen Bereichen der sozialwissenschaftlichen Forschung aufzugreifen, weiterzuentwickeln und zu integrieren.

Als Ausgangspunkt für die Konzeptualisierung der psychosozialen Situation des Patienten wurde ein Bedürfnisansatz gewählt. Im Vergleich zu den vorliegenden Ansätzen zu einer Soziologie des Patienten - Rollentheorie¹²⁾, Etikettierungsansatz¹³⁾, Karriereparadigma¹⁴⁾ - erwies sich der Bedürfnisansatz, gemessen an den Kriterien der Berücksichtigung einer Patientenperspektive, der Eignung für die Erfassung einer längerfristigen Krankenhausstationierung und der Praxisre-

levanz als am besten brauchbar für die empirische Analyse der durchschnittlichen Versorgung von Patienten. Die verschiedenen, für unsere Zwecke aber nicht ausreichend umfassend und systematisch ausgearbeiteten impliziten oder expliziten Berücksichtigungen von Bedürfnislagen der Patienten in der medizinsoziologischen Literatur können hier nicht entsprechend gewürdigt werden¹⁵⁾. Innerhalb der Tradition von Bedürfnismodellen knüpfen wir an jene von MASLOW (1954) und ERIKSON (1971) an, die einerseits zur Messung von Lebensqualität in Teilen der Sozialindikatoren-bewegung aktualisiert¹⁶⁾ und auch in organisationssoziologischen Untersuchungen von Gefängnissen angewandt wurden¹⁷⁾.

Aus der extremen Situation einer langfristigen Hospitalisierung in einer abgeschlossenen "totalen Institution" ergibt sich das Problem, daß die Institution tendentiell die Versorgung und Regulierung sämtlicher Bedürfnisse des Patienten übernehmen muß bzw. bestimmt. Daraus wiederum folgt für eine empirisch orientierte Versorgungsforschung, daß einerseits eine Analyse der Befriedigung aller relevanten Bedürfnisse geleistet werden muß, andererseits, daß für die Erklärung der Befriedigung der Patientenbedürfnisse die Problematik der Erbringung von Dienstleistungen als Berufswarbeit im Krankenhauskontext einen zentralen Stellenwert enthält.

Die Dienstleistungen des Personals wurden innerhalb eines Handlungsansatzes, der vier prinzipielle Determinanten berücksichtigt, rekonstruiert bzw. erklärt. Konkrete Handlungen sind demnach in einer Querschnittsanalyse jeweils nur aus der gleichzeitigen Berücksichtigung von Fähigkeiten und Einstellungen der Handelnden einerseits und der objektiven Möglichkeiten und normativen Einschränkungen der Handlungssituation andererseits verstehbar.

Mit diesem Ansatz können gewisse Einseitigkeiten anderer Perspektiven der Erklärung von Versorgungsdefiziten in medizinischen Kontexten vermieden werden. Z.B. werden in einer rollentheoretischen Perspektive (in der Terminologie des Handlungsansatzes) nur personenspezifische und situative Einstellungs- bzw. Normstrukturen berücksichtigt, wobei die schlechte Qualität von Dienstleistungen als Abweichung definiert wird, der durch verbesserte Ausbildung und/oder verstärkte Kontrolle entgegengewirkt werden könnte. Im Rahmen einer Theorie der Professionalisierung wiederum wird hauptsächlich das Zusammenspiel von Wertorientierungen und in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten beim Handeln betont, und mehr und wissenschaftlich fundierte Ausbildung als Reformstrategie gefordert.

Demgegenüber kommen bei der Analyse von Dienstleistungen mittels des Handlungsansatzes die Rahmenbedingungen der Versorgung als situativer Handlungskontext des Personals ins Blickfeld. Dadurch wird die Organisation, die bereits als Kontext für die Befriedigung von Patientenbedürfnissen thematisiert wurde, aus der Perspektive des Personals erfaßt. Neben den normativ institutionellen Momenten treten die materiellen und personellen Voraussetzungen stärker in den Vordergrund. Damit wird auch an eine Tradition in der Krankenhaussoziologie angeknüpft, die bei PERROW (1965) durch die Einführung von technologischen Komponenten in die Krankenhaustheorie begründet und die in neuester Zeit im deutschen Sprachraum von SIEGRIST (1978) durch die Konzeptualisierung von Dienstleistungen als Arbeit und Interaktion fortgeführt wurde. In dem die Organisation als Handlungskontext mit analytisch unterscheidbaren Komponenten aufgefaßt wird, ergibt sich gleichzeitig die Möglichkeit, diese ihrerseits als Resultat von Handlungen in der gesellschaftlichen Umwelt zu analysieren.

Für eine an Evaluation und Planung orientierte Studie bietet diese - einer qualitativen Mehr-Ebenen-Analyse entsprechende Untersuchungsstrategie - die Möglichkeit, differenziertere Reformmaßnahmen für alle Ebenen abzuleiten. Das gilt für die Analyseebenen: Versorgungszustand der Patienten, Versorgungshandeln des Personals - institutioneller Kontext der Station - institutioneller Kontext des Krankenhauses - krankenhausrelevante Handlungen und Entscheidungen in der gesellschaftlichen Umwelt.

5. Methodische Anlage der Studie

Aufgrund der Größe der Krankenanstalt und der beschränkten finanziellen und personellen Kapazitäten des Projektteams mußte die Erforschung der beiden ersten Fragestellungen - Patientenversorgung und Pflegepersonalhandeln - auf eine Auswahl von Abteilungen eingeschränkt werden. Die Analyse der Patientenversorgung und der Arbeit des Personals wurde in drei bzw. vier Abteilungen (Pavillons) des Psychiatrischen Krankenhauses durchgeführt. Um die wesentlichsten Ursachen von Variationen zwischen den Abteilungen zu kontrollieren, wurde die Auswahl unter Berücksichtigung des Geschlechts der Patienten bzw. des Personals (Männer- vs. Frauenabteilungen) sowie unter Berücksichtigung der Funktion und Spezialisierung von Abteilungen (Abteilungen mit zusätzlicher praktischer Ausbildungsfunktion für psychiatrisches Krankenpflegepersonal und primär "psychotischen" Patienten vs. Abteilungen mit normaler Versorgungsfunktion und primär "alterskranken" Patienten) vorgenommen.

Die Erfassung der Rahmenbedingungen (dritte Fragestellung) bezog dagegen, auch um Rückschlüsse auf die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse der Abteilungsanalysen zu ermöglichen, alle Abteilungen der Krankenanstalt ein.

Die unterschiedlichen Fragestellungen erforderten unterschiedliche methodische Vorgangsweisen. Für die Analyse der ersten Fragestellung - die Bestimmung der Güte der Patientenversorgung -

schien neben einer systematischen Einschätzung durch die mit den Patienten unmittelbar interagierenden Betreuungspersonen eine Ergänzung durch theoretisch angeleitete und damit auch vergleichbare Beobachtungen unerlässlich. Dagegen würde die Möglichkeit einer Befragung der Patienten aufgrund verschiedenster Bedenken verworfen (Kommunikationsprobleme aufgrund medikamentöser Dämpfung der Patienten sowie durch Krankheits- und Hospitalismusschäden; Gültigkeitsprobleme aufgrund der abhängigen Position der Patienten; Irritation des Personals).

Zur Erforschung des Handelns der Betreuer, deren handlungsrelevante Bedingungen und Wahrnehmungen mußte eine Befragung als Methode der Wahl angesehen werden. Auch hier erschienen jedoch Beobachtung und Arbeitserfahrungen durch Projektmitarbeiter als wichtige Ergänzung notwendig.

Die Analyse der Rahmenbedingungen konnte sich z.T. auf vorhandene Dokumentationen und Statistiken stützen. Allerdings werden wesentliche Aspekte des Anstaltsgeschehens nicht routinemäßig dokumentiert, sodaß administrative Entscheidungsträger um die Erstellung besonderer Dokumentationen und die Beantwortung schriftlicher Fragen ersucht werden mußten. Durch mündliche Interviews mit Personen in verantwortlichen Führungspositionen wurde eine Vervollständigung des Gesamtbildes aus der Perspektive unterschiedlicher Positionen angestrebt. Im einzelnen stützte sich die Analyse schließlich auf folgende Daten:

- Tagesprotokolle von zwei Scholaren des Instituts für Höhere Studien und einer Dissertantin der Universität Wien über ihre Ferial-Arbeit in drei Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses während eines Vierteljahres des Jahres 1974. Die Arbeitstätigkeit diente der Materialsammlung für Diplomarbeiten bzw. Dissertationen und erfolgte in der für Studenten während der Sommermonate im Psychiatrischen Krankenhaus durchaus üblichen Rolle von vorübergehend angestellten

Stationsgehilfen. Die drei Abteilungen (je eine Frauen- und Männer-Ausbildungsabteilung sowie eine Männer- Versorgungsabteilung - im folgenden AF, AM und VM genannt) fun- gierten in der weiteren Untersuchung als hauptsächliche Untersuchungseinheiten.

- Interviewbögen einer mündlichen Befragung des Pflegeperso- nals von vier Abteilungen (obige Abteilungen ergänzt um eine Frauen-Versorgungsabteilung VF) im Jahre 1975. Die Situationseinschätzung des Pflegepersonals wurde mittels der Methode der intensiven Befragung anhand eines Inter- view-Leitfadens und eines standardisierten Fragebogens zum Selbstaussfüllen, die unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Beobachtungsstudie erarbeitet worden waren, erhoben. In das durchschnittlich etwa zwei Stunden dauernde Inter- view wurden folgende Themenkomplexe einbezogen:
 - . Strukturelle Probleme des psychiatrischen Krankenhauses (Personalmangel, Ausbildungsorganisation, Zieldefinitionen)
 - . Merkmale des Berufes und der Arbeitssituation des Pflle- gepersonals
 - . Probleme der Interaktion des Pflegepersonals mit Direk- tion und Verwaltung, Ärzten, Chargen, Kollegen, Patienten und Patientenangehörigen
 - . Idealvorstellungen und wahrgenommene Ausprägungen von Einstellungen und Fähigkeiten der eigenen Berufsgruppe im Psychiatrischen Krankenhaus
 - . die Versorgungslage der Patienten
 - . die Reformbedürftigkeit und die Reformierbarkeit des Kran- kenhauses bzw. seiner Abteilungen.

Insgesamt wurden im Jahr 1975 70 Personen (38 Männer, 32 Frauen) in der auf ca. 2 Wochen angelegten Befragung erfaßt. Ausfälle kamen v.a. durch Urlaub und Krankenstand vor und wurden soweit wie möglich durch eine Nacherhebung reduziert.

Die befragten Personen verteilten sich je zur Hälfte auf Ausbildungsabteilungen und Versorgungsabteilungen. Im Jahre 1977 wurden nochmals bei 14 Schülerinnen und 10 Schülern des 3. Jahrganges der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege, die Arbeitserfahrungen in den vier Ausbildungsabteilungen hatten, entsprechende Daten für die beiden letztgenannten Themenkomplexe erhoben.

Eine parallel geplante Befragung der Chargen und Ärzte konnte aus Kapazitätsgründen nicht realisiert werden.

- Fragebögen einer schriftlichen Befragung der Chargen aller Abteilungen im Jahre 1975. Darin war nach Quantität und Güte der materiellen Ausstattung sowie nach der Versorgungsbedürftigkeit der Patienten gefragt worden.
- Protokolle von Experteninterviews, die zwischen 1974 und 1978 mit Direktion, Verwaltung, Pflegevorsteher, Personalvertretung, Schulvorsteher, Vorsteher der Arbeitstherapie, Primärärzten und Sozialarbeitern durchgeführt wurden.
- Tagesrapporte über die Pflegepersonalbesetzung der Abteilungen AF, AM und VM im Jahre 1974
- Daten über Ausbildung, Alter und Dauer der Zugehörigkeit zum Psychiatrischen Krankenhaus für das in den drei genannten Abteilungen arbeitende Pflegepersonal
- Tagesrapporte über die Pflegepersonalbesetzung aller Abteilungen an einem Stichtag des Jahres 1977
- Indexbücher der Gesamtanstalt bzw. der einzelnen Abteilungen mit Informationen über die 1974 versorgten Patienten (Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer)

- Routinemäßig produzierte anstaltsinterne Statistiken über Personalausstattung, Patienten, materielle Belange (zumeist bis einschließlich 1976)
- Statistiken der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Krankenpflegepersonals über Schüler- und Diplomiertenzahlen bis einschließlich 1977
- Statistiken der Veröffentlichungen "Die Krankenanstalten Österreichs", bzw. "Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich" über die finanzielle und personelle Ausstattung der österreichischen Krankenanstalten innerhalb des Zeitraums zwischen 1958 und 1976.

Der Vergleich der intensiver untersuchten Abteilungen (AF, AM, VM, VF) mit allen übrigen Abteilungen hinsichtlich personeller und materieller Ausstattung und Versorgungsbedürftigkeit der Patienten läßt folgende Schlußfolgerung über den Stellenwert und die Generalisierbarkeit der Abteilungsanalysen zu:

Die Ausbildungsabteilungen hatten überdurchschnittlich gute Voraussetzungen zur Patientenversorgung. Die dort vorgefundene Versorgungsqualität repräsentiert deshalb die obere Grenze der zum Untersuchungszeitpunkt im Psychiatrischen Krankenhaus üblichen Versorgungsgüte. Die Versorgungsabteilung VM dagegen wies durchschnittliche bis leicht unterdurchschnittliche Voraussetzungen auf. Die dort realisierte Versorgung ist daher eher repräsentativ für die damalige Versorgungslage in der Gesamtanstalt.

Aufgrund der Personalselektion der Ausbildungsabteilungen geben die Befragungsergebnisse dieser Personalgruppe v.a. den Standpunkt der höherqualifizierten und jüngeren Personalangehörigen wieder. Daher sind eher die Befragungsergebnisse in den Versorgungsabteilungen für die Einstellungen und Einschätzungen des gesamten Pflegepersonals repräsentativ.

6. Zum Aufbau des Berichtes

Der detaillierten Darstellung der Ergebnisse, Schlußfolgerungen und Reformüberlegungen wird als Teil II eine Zusammenfassung vorangestellt. Diese Zusammenfassung wurde bereits im Juni 1978 im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit übergeben. Die Darstellung der Analyseergebnisse erfolgt in zwei Teilen: Im Teil III steht die Patientenversorgung im Mittelpunkt, die Einstellungen des Pflegepersonals zu den Patienten, die Einschätzung des Pflegepersonals bezüglich der Qualität der Patientenversorgung und schließlich die tatsächlich beobachtete Güte der Befriedigung von Patientenbedürfnissen. Während Teil III einen Versuch darstellt, die Perspektive des Patienten zu übernehmen, rückt Teil IV das Handeln des Pflegepersonals und die situativen Rahmenbedingungen, unter denen es stattfindet, in den Mittelpunkt. In diesem Teil wird auch den Einstellungen und Situationseinschätzungen, der Arbeitszufriedenheit und den Veränderungswünschen des Pflegepersonals breiter Raum gewidmet. Aus den Ergebnissen der Analyse wurde unter Berücksichtigung der sozialpsychiatrischen Literatur und der Reform Erfahrungen in anderen Ländern ein Reformprogramm abgeleitet (Teil V). Dieses Programm berücksichtigt die einzelnen Bedingungsfaktoren der derzeitigen Situation und ihre unterschiedliche Manipulierbarkeit und gliedert die Reformvorschläge entsprechend nach drei Reformzielen, denen jeweils ein Bündel möglicher Maßnahmen zugeordnet ist.

Teil VI enthält als Anhang v.a. jenes ausführliche statistische Material über die Rahmenbedingungen der Versorgung, welches in den Analyseteilen nur selektiv und gezielt dargeboten werden konnte.

ANMERKUNGEN

- 1) Isabelle Meissner, "Wir leben wie in Watte", Profil, 5/76, S. 26; Hans T., "Irrenpflege - Wie Homosexualität geheilt wird", Neues Forum, 284/285, 1977, S. 47-49; Eva P., "In der Scheiße - Erzählungen aus dem Steinhof", Neues Forum 284/285, 1977, S. 50-51; "Die räudigen Brüder - Suchtkranke im 'Steinhof': Patienten oder Deliquenten ?", Extrablatt, 3/1978, S. 56-58
- 2) "Nervenheilanstalten: Tagebuch eines Irrenwärters", Profil 22/1976, S. 30-35
- 3) "Österreichische psychiatrische Bewahranstalten am Beispiel von Steinhof: Wahnsinn von Innen", Profil 5/1976, S. 22-29; Nicole Schmidt, So einfach wird man in Österreich entmündigt: Ein Rest von Untertanenstaat, Extrablatt 3/1977, S. 8-11; Gerhard Mayer, "Elektroschock - Therapie der Ratlosigkeit", Profil 42/1977, S. 52-56; Gerhard Mayer, "Entmündigung - nicht angepaßt", Profil 44/1977, S. 52-56; Nicole Schmidt über das Problem der "Geisteskrankenkartei": Lebenslänglich, Extrablatt, 3/1978, S. 28-29
- 4) "Teleobjektiv"-Sendung über Psychiatrie in Österreich, April 1976; Sendung "In eigener Sache", Kritik an psychiatrischen Behandlungsmethoden 11.7.1976; "Prisma"-Sendung über die psychiatrische Krankenversorgung in Wien und Triest, April 1977; "Club 2": "Wer ist hier eigentlich verrückt?" am 23.3.1978, vgl. dazu die Glosse Gluthammer korrespondiert "Betrifft: Spital oder 'Gefängnis'?" in AZ-Arbeiterzeitung vom 25.3.1978
- 5) Gründung der Arbeitsgemeinschaft "Demokratische Psychiatrie" anlässlich des Symposiums "Krank-zur Krise der Medizin", 26.-28.3.1976 in Wien, seitdem hat die Arbeitsgemeinschaft ca. 10 Flugblätter herausgegeben, mehrere öffentliche Diskussionsveranstaltungen durchgeführt und eine Aktion zur Abschaffung der Geisteskrankenkartei initiiert; Gründung der "Österreichischen Gesellschaft zum Schutz vor Verstößen der Psychiatrie gegen die Menschenrechte", die Gesellschaft ist seither mit zahlreichen Pressemitteilungen an die Öffentlichkeit getreten und hat ein Archiv über Psychiatrieverstöße eröffnet, wobei der Schutz der Patienten vor bedenklichen Behandlungsmethoden im Mittelpunkt der Bemühungen der Gesellschaft steht.
- 6) Krankenanstaltenplan, Teil A: Akutversorgung, 1. revidierte Fassung, Hrg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien, 1974, Teil B: Langzeit- und Sondernversorgung, Hrg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien, unveröffentlicht.

Zur kritischen Einschätzung vgl. FORSTER & PELIKAN, 1978a.
Zur Konkretisierung und Weiterentwicklung für Wien vgl.:
Krankenversorgung und Altenhilfe in Wien (Zielplan), 1.
Fassung, Hrsg. vom Presse- und Informationsdienst der
Stadt Wien, 1974; Gesundheitsplan für Wien, Hrsg. Stadt
Wien, MA 15 - Gesundheitsamt, 1977

- 7) Entwurf eines Bundesgesetzes über die Anhaltung und Behandlung von psychisch gestörten Personen (Anhaltungsgesetz), Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, 1974 und Fachgespräch darüber im November 1974 in Altmünster. Enquete über die Reform der Entmündigungsordnung", veranstaltet vom Bundesministerium für Justiz, Wien, Juni 1978
- 8) H. KATSCHNIG, I. GRUMILLER, R. STROBL, Wien, 1975; H. WEISS, 1975; E. MICKA, 1970; R. FORSTER, J.M. PELIKAN, 1977a
- 9) Vgl. als Überblick: C. PERROW, 1965; H. KUNZE, M.KUNZE-TURMANN, 1975
- 10) Vgl. z.B. H. KUNZE, M. KUNZE-TURMANN, 1975; R.D. HEMPRICH, K.P. KISKER, 1968; F. FISCHER, 1969; P. RUNGE, 1971; verschiedene Artikel zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie, 25. Jg. 1973, S. 229-495; Teile des "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung", bzw. seines Anhangs, 1975;
- 11) Vgl. die kritische Übersicht in H.KUNZE, M. KUNZE-TURMANN, 1975;
- 12) PARSONS, 1951; ROHDE, 1962; kritisch: SIEGRIST, 1972; DÖRNER, 1973; ROHDE, 1975;
- 13) SCHEFF, 1973; SPITZER & DENZIN, 1968;
- 14) GOFFMAN, 1961; GERHARDT, 1976; FORSTER & PELIKAN, 1977b;
- 15) GOFFMAN, 1961; WING & BROWN, 1970; SIEGRIST, 1972, 1977; RASPE, 1976b
- 16) ALLARDT, 1973; KRIEGER, 1972; BAUER u.a., 1973; HONDRICH, 1974 bzw. auch ETZIONI, 1968;
- 17) SYKES, 1959; COHEN & TAYLOR, 1972.

TEIL II

ZUSAMMENFASSUNG

1. Versorgung von Patientenbedürfnissen

Die Lage der Patienten dreier ausgewählter Abteilungen wurde anhand eines Modells menschlicher Bedürfnisse systematisch erfaßt und im Bericht detailliert für neun somatische und fünf psychische Bedürfnisse beschrieben. Die folgenden Punkte fassen die besonders kritischen Aspekte bei der Befriedigung der Patientenbedürfnisse zusammen.

1.1 Bedürfnis nach Kleidung und Bedeckung

Die meisten Patienten dürfen **keine private** Kleidung benutzen. Die von der Anstalt zur Verfügung gestellte Einheits-Kleidung ist eine "Krankensbekleidung", obwohl die Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses in ihrer Mehrzahl nicht bettlägrig sind. Es kommt immer wieder zu Knappheiten, v.a. bei Mänteln, Socken und Hausschuhen. Die Kleidungsstücke werden meist wahllos zugeteilt, sind daher häufig völlig unpassend und nur eingeschränkt funktionstüchtig.

1.2 Bedürfnis nach Essen, Trinken und Ausscheiden

Kritische Punkte der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung sind v.a.: Die Unmöglichkeit, auch außerhalb der Routine-Mahlzeiten individuelle Wünsche erfüllt zu bekommen; die geringe Variation bei Frühstück und Abendessen; das Fehlen jeglicher Wahlmöglichkeit - bis hin zur Zuckermenge im Kaffee ist alles festgelegt; das häufige Erkalten warmer Speisen; die Umstände der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme: Noch immer gibt es Blechnäpfe, die Getränke werden in unappetitlichen Plastikbechern gebracht, Löffel dienen als Einheitsbesteck, Tischtücher oder Servietten sucht man vergebens. Da die Betten überwiegend keine Stützvorrichtungen haben, sind insbesondere die Bettlägrigen benachteiligt, sie essen dann liegend oder halbliegend. Patienten die auszuspeisen sind, laufen bei dünner Personalbesetzung Gefahr, nicht ausreichend versorgt zu werden.

Die Umstände der Urin- und Stuhlausscheidungen sind z.T. unzumutbar. Noch immer gibt es gänzlich unverdeckte Toiletten und viele sind nur durch halbhohes Glasverdecke abgeschirmt. Auch Toiletten in den Krankensälen - unmittelbar neben den Betten - sind noch in Benutzung. Die Toiletten sind häufig verschmutzt, Toilettenpapier ist manchmal nicht vorhanden. Ungünstiger ist noch die Situation von Bettlägrigen und Gitterbettpatienten. Die Harnflaschen sind oft stark verschmutzt, es fehlt an Verschlusskappen, eine rechtzeitige Entleerung ist insbesondere an Tagen mit schlechter Personalbesetzung nicht gewährleistet.

1.3 Bedürfnisse nach Schlaf und Ruhe

Verschiedene störende Umstände bedeuten eine wesentliche Beeinträchtigung des nächtlichen Schlafes: Große Schlafsäle, die oft nicht einmal durch Türen voneinander abgetrennt sind, Toiletten im Schlafsaal oder unmittelbar nebenan, Steinböden, Schlüssellarseln, permanent brennendes Deckenlicht. Die Qualität der Betten entspricht nach Ansicht der Oberpfleger in keiner Weise modernen medizinischen Standards. Für viele Patienten besteht ab 18 Uhr Nachtruhe. Dieser frühe Termin wird durch übermäßige und z.T. unkontrollierte Schlafmittelvergabe an viele Patienten erzwungen. Auf der anderen Seite beginnen Pflegeaktivitäten schon um 1/2 5 Uhr früh.

1.4 Bedürfnisse nach Abwechslungsreichtum und Schutz vor Lärm und Geruch

Die meisten Patienten leben in der typischen "Anstaltsatmosphäre". Unpersönliche, eintönige, farblose Gestaltung der Umwelt, ärmliche, z.T. schäbige Ausstattung, Fehlen jeder gemütlichen, wohnlichen Note. Zur Anstaltsatmosphäre gehören auch häufige Lärmbelästigungen und das Vorhandensein eines charakteristischen unangenehmen Geruchs.

1.5 Bedürfnisse nach Bewegung und Aufenthalt im Freien

Die Bewegungseinschränkungen aller Patienten in geschlossenen Abteilungen sind drastisch. Gartenbesuche sind nur im Sommer

bei Schönwetter und ausreichender Personalbesetzung vorgesehen. Innerhalb der Pavillons werden die Patienten auf wenig Räume eines abgeschlossenen Areals beschränkt. Besonders benachteiligt sind bettlägrige Patienten, die vorgesehene Mobilisierung kann aufgrund der personellen Unterausstattung nur unzureichend durchgeführt werden. Relativ viele Patienten werden in Gitterbetten verwahrt. Die Notwendigkeit dieser Beschränkung bzw. ihrer Aufrechterhaltung wird von Seiten der Ärzte häufig nicht explizit begründet bzw. selten kontrolliert.

1.6 Bedürfnisse nach sexuellen Anreizen und Kontakten

Noch immer wird in der Anstalt das antitherapeutische, weil realitätsfremde Prinzip der strengen Geschlechtertrennung weitgehend durchgehalten. Patienten, die keine Erlaubnis haben, ihre Abteilungen zu verlassen, leben in einer Subkultur, in der sexuelle Bedürfnisse ignoriert oder wegdefiniert werden. Die Patienten werden zu geschlechtslosen Wesen erklärt.

1.7 Bedürfnisse nach körperlicher Sicherheit und somatisch-medizinischer Behandlung

Die körperliche Sicherheit der Patienten, d.h. ihr Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung, wird durch zahlreiche Regelungen und die Gestaltung der Umwelt geschützt. Allerdings repräsentieren viele diese Maßnahmen und Zustände - wie der Verschluß von Steckdosen und Heißwasserhähnen, die Verschließung der Türen, der Entzug persönlicher Gegenstände, die ständige Überwachung - das Weiterbestehen stereotyper Einschätzungen über die Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit psychiatrischer Patienten. Für viele Patienten sind diese einengenden Lebensverhältnisse eine zusätzliche Belastung.

Auf der anderen Seite wird das körperliche Wohlbefinden der Patienten durch das allgemein desolate hygienische Niveau und durch die unzureichende Körperpflege gefährdet. Die Behandlung somatischer Erkrankungen steht zwar im Vordergrund der ärztlichen und pflegerischen Bemühungen. Aufgrund der schlechten Personalausstattung, ungenügender Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal und der durch die Dienstenteilung bedingten Diskontinuität des Personal-Patienten-Kontakts kommt es jedoch auch zu bedenklichen Verzögerungen und Fehlern.

1.8 Informations- und Orientierungsbedürfnisse

Im allgemeinen befinden sich die Patienten in völlig unaufgeklärtem Zustand über Art und Schwere ihrer Krankheit, die an ihnen vollzogenen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, ihre voraussichtliche Aufenthaltsdauer und ihre weitere Zukunft. Niemand klärt den neueingewiesenen Patienten über die Alltagsroutinen auf der Station auf, stellt ihm die Betreuungsperson vor und weist ihn auf seine Rechte und Ansprüche hin. Von Informationen über die Welt außerhalb der Station ist der Patient weitgehend abgeschnitten: Es liegen keine Zeitungen auf, Radio- und Fernsehzugang sind nur einer ausgewählten Patientengruppe zugänglich.

Die Kommunikationsmöglichkeiten mit den Ärzten beschränken sich auf die Visite. Zum Arzt durchzudringen und darüber hinaus eine befriedigende Antwort zu bekommen ist schwierig. Aus einer Analyse von Visiten ergab sich ein (statistischer) Mittelwert von ca. 15 sec. Zeit pro Patient oder anders: nur etwa ein Zehntel der Patienten wurde tatsächlich in die Visite einbezogen.

Die Orientierung der Patienten wird durch häufige Verlegungen innerhalb der übergroßen Station und durch ständige Rotationen des Pflegepersonals im Rahmen der Diensterteilung zusätzlich erschwert.

1.9 Bedürfnisse nach Akzeptierung und Selbstdarstellung

Im allgemeinen herrscht von seiten des Personals eine distanzierte Beziehung zu den Patienten vor. Positive Bewertungen gibt es am ehesten für Krankheitseinsicht, Anpassung und Fügsamkeit, Abwertungen, Kränkungen und Demütigungen von Patienten kommen häufig vor. Bestimmte Umgangsformen - wie Duzen und Ansprechen mit Vornamen sind weitverbreitet. Bei der Versorgung der Patienten wird keinerlei Rücksicht auf Intimitätsschranken genommen, in den großen Sälen ist jegliche Privatsphäre aufgelöst. Den Patienten werden die in unserer Gesellschaft üblichen Formen der Selbstdarstellung weitgehend entzogen. Sie dürfen fast keine persönlichen Gegenstände haben, sie werden überwiegend in eine uniforme Anstaltskleidung gesteckt, sie können ihr Äußeres kaum beeinflussen, sie können keine Vorlieben äußern, Ent-

scheidungen treffen oder ihre noch vorhandenen Fähigkeiten gebrauchen.

1.10 Bedürfnisse nach persönlich-emotionalen Beziehungen

Die Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen ist durch die begrenzte Besuchszeit (vier Tage pro Woche 1 1/2 Stunden) und ihre Anordnung (am frühen Nachmittag), die Unmöglichkeit intimerer Kontaktformen zu Besuchern und die Schwierigkeit, telefonischen Kontakt aufnehmen zu können (im Gelände der gesamten Anstalt gibt es zwei Telefonzellen, für die Patienten der geschlossenen Abteilungen sind diese nicht zugänglich) stark eingeschränkt. Die Herstellung persönlicher Beziehungen zu Mitpatienten ist durch die undifferenzierte Unterbringung in große Stationen, die Bewegungsbeschränkungen auch innerhalb von Stationen, häufige Verlegungen des Patienten ohne Rücksicht auf solche Beziehungen und das völlige Fehlen von organisierten, gemeinsamen Aktivitäten von Patienten ebenfalls nur schwer möglich. Die eingeschlechtliche Belegung der überwiegend geschlossenen Pavillons bedeutet eine weitere empfindliche Einschränkung von möglichen Beziehungsformen.

Der Aufbau persönlicher Beziehungen zum Pflegepersonal ist durch die derzeitige Organisationsform der Diensterteilung weitgehend ausgeschaltet. Eine Kombination von Raddienst und Funktionsdienst in den übergroßen Stationen führen dazu, daß zwischen zwei Diensten bei der gleichen Patientengruppe zwei bis drei Wochen liegen können.

1.11 Bedürfnisse nach praktischer Betätigung

Die große Mehrheit der Patienten befindet sich in einem Zustand absoluter Untätigkeit, der durch den totalen Mangel an Materialien, Anleitungen und Programmen erzwungen wird. Selbständigkeit der Patienten in der alltäglichen Versorgung von Grundbedürfnissen wird häufig unterbunden. Andererseits wird die teilweise Arbeitsfähigkeit und -bereitschaft von ca. 200 chronischen Patienten ohne Entlassungschance in Form der sog. Hausarbeit (Reinigungs- und Küchenaufgaben) in den Pavillons für ein lächerliches Taschengeld von S 66,-- bis S 132,-- monatlich

ausgebeutet. Diese Patienten leisten eindeutig einen Beitrag zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes, sparen also Hilfspersonal ein. Die "Arbeitstherapie" ermöglicht zwar ca. 400 Patienten der Eintönigkeit und Abgeschlossenheit der Abteilungen zu entkommen. Auch hier ist allerdings die Bezahlung überwiegend minimal und der Nutzen für den Anstaltsbetrieb nicht unwesentlich. So wird etwa die gesamte Pflege der riesigen Anlage von ca. 90 Patienten geleistet.

1.12 Bedürfnisse nach Schutz der Persönlichkeit und psychiatrischer Behandlung

Die Entlastung der Patienten durch den Krankenhausaufenthalt ist überwiegend eine scheinbare, in Wirklichkeit häufen sich Belastungsmomente, die in der Regel nicht als solche erkannt werden (Unsicherheit, Isolation, Freiheitsbeschränkungen, biologische Eingriffe, persönliche Kränkungen u.a.m.). Die Patienten können sich in ihrer Mehrheit keinen persönlichen Bereich erhalten. Private Gegenstände werden ihnen bei der Aufnahme weitgehend entzogen. Nur 10% der Patienten steht ein eigener Schrank zur Verfügung, 30% haben nicht einmal ein eigenes Nachtkästchen. Zwei Drittel müssen ihr Zimmer mit mehr als 10 anderen Patienten, ein Viertel gar mit mehr als 15 zusätzlichen Patienten teilen. Die zur Anwendung gebrachten Therapieformen sind extrem einseitig. Psychotherapeutische Verfahren existieren praktisch nicht. Bei den Langzeit- und Alterspatienten steht allein die somatische Pflege im Vordergrund. Persönliche Hilfestellung für den Patienten in Form von Gespräch und Zuwendung wird kaum realisiert.

2. Handeln und Einstellungen des Pflegepersonals

Es ist vor auszuschicken, daß derzeit im Psychiatrischen Krankenhaus eine Reihe unterschiedlich lang und intensiv ausgebildeter Pflegepersonalgruppen arbeiten: Als Höchstqualifizierte die in der Ausbildungsstätte des Psychiatrischen Krankenhauses ausgebildeten Diplomschwestern- und Pfleger, daneben sg. "altdiplomiertes" Pflegepersonal, weiters Stationsgehilfen ohne spezifische Psychiatriebildung sowie Lehrpflegepersonal der Ausbildungsstätte.

2.1 Ungünstige Bewertung der Versorgungslage der Patienten durch das Pflegepersonal

Die Versorgungslage der Patienten wird vom Pflegepersonal mehrheitlich kritisch und ungünstig bewertet. Die Versorgung psychischer Bedürfnisse wurde in den Interviews als besonders unzulänglich herausgestrichen. Je höher der Qualifikationsgrad, desto ungünstiger ist die Beurteilung der Versorgungsleistungen des Krankenhauses. Die hauptsächlichsten Ursachen schlecht befriedigter Patientenbedürfnisse sahen die Befragten im Mangel an Personal und den unzureichenden materiellen Voraussetzungen.

2.2 Einstellungen zum Patienten zwischen Verständnis und Ambivalenz

Die dem Patienten vom Personal zugestandene Bedürfnisbefriedigungen überschreiten das Ausmaß dessen, was für die Patienten an Dienstleistungen tatsächlich vorgesehen ist beträchtlich. Je höher die Qualifikation, desto größer ist die Identifikation mit Patientenbedürfnissen und das Verständnis für den Patienten. Dennoch sind auch Ambivalenz und Vorurteilshaftigkeit gegenüber den Patienten festzustellen, die sich gegen zu große Freiheiten und Rechte für die Patienten richten. Hierin drücken sich - z.T. nachweisbar - die täglich erlebten Zwänge und Anforderungen der pflegerischen Arbeit unter ungünstigen Bedingungen aus.

2.3 Handlungsweisen des Pflegepersonals gegenüber den Patienten zwischen aufopferndem Engagement und zynischer Unterdrückung

Die Handlungsweise des Pflegepersonals gegenüber den Patienten weisen - nicht zuletzt aufgrund der heterogenen Qualifikation - eine beträchtliche Variationsbreite auf. Da ist zum einen jene Personalgruppe, die trotz ungünstiger Voraussetzungen versucht, individuell auf die einzelnen Patienten abgestimmte Dienstleistungen zu erbringen, einen freundlichen Umgangsstil zu erhalten und unnötige Einschränkungen zu reduzieren. Da ist zum anderen die Mehrheit jener, die sich bemühen, die vorgesehenen Versorgungsleistungen einzuhalten, körperliche Grundbedürfnisse der Patienten zu erfüllen, die aber eine deutliche Distanz zu den Patienten errichtet und Abweichungen von der Routineversorgung nicht tolerieren will. Schließlich gibt es jene zahlenmäßig nicht allzu große, aber das Stationsklima häufig prägende Gruppe, welche den Patienten vorgesehene Dienstleistungen vorenthält, die vorhandenen Ermessensspielräume zuungunsten der Patienten ausnützt und einen unfreundlichen bis abwertend - demütigenden Umgangsstil mit den Patienten pflegt.

Die räumlich und funktionell isolierte Arbeitsweise des Personals fördert wechselseitige Gleichgültigkeit und den Rückzug auf den eigenen Zuständigkeitsbereich und ermöglicht somit das Nebeneinander dieser Verhaltensweisen ohne offene Konflikte.

2.4 Kompetenzen des Pflegepersonals zwischen Über-oder Fehloberqualifikation und Überforderung

Das in der Ausbildungsstätte des Psychiatrischen Krankenhauses ausgebildete Diplompflegepersonal ist unter den derzeitigen Bedingungen mit der Verwertbarkeit seiner Ausbildung in der praktischen Arbeit am Pavillon eher unzufrieden, es fühlt sich überqualifiziert. Auf der anderen Seite gab gerade das höher qualifizierte Personal Probleme der Versorgung an, für die es sich nicht ausreichend qualifiziert fühlt. Aufgrund des allgemeinen Personalmangels hat sich die Praxis eingebürgert, daß völlig unausgebildetes Pflegepersonal (Lernpfleger am Beginn ihrer Ausbildung, Stationsgehilfen vor ihrer Ausbildung und nur vorübergehend im

PK arbeitendes Personal) verantwortliche Aufgaben in der Patientenversorgung übernimmt. Entsprechend fühlten sich etwa zwei Fünftel der Befragten zu Beginn ihrer praktischen Tätigkeit überfordert.

2.5 Ungünstige Bewertung der eigenen Arbeitsbedingungen

Das Pflegepersonal des Psychiatrischen Krankenhauses ist mit den meisten Aspekten seiner Arbeits- und Berufssituation unzufrieden. Verschärft wird dies dadurch, daß die Unzufriedenheit mit vielen als besonders wichtig empfundenen Arbeitsmerkmalen - qualifizierte Arbeit, gute materielle Ausstattung, ausreichende Information von "oben", Mitbestimmungsmöglichkeiten und effiziente Leitungsstrukturen - besonders stark ausgeprägt ist.

Unter diesen Umständen bilden sich Interessen aus, die für die Güte der Patientenversorgung nachteilig sind: Die große Mehrheit des befragten Pflegepersonals war mit der gängigen Diensterteilung, die eine ständig wechselnde Zuständigkeit für unterschiedliche Patienten nach sich zieht und ein Hindernis für kooperative Arbeitsbeziehungen zu Kollegen darstellt, zufrieden.

Begründet wurde dies mit dem hohen Freizeit- und Erholungswert nach anstrengenden zwölfstündigen Diensten. Auf der anderen Seite gaben immerhin ein Drittel aller Befragten ausdrücklich ungünstige Folgen für Patienten und Personal zu Protokoll.

Die geäußerte Zufriedenheit mit dem Verhalten der Ärzteschaft war generell relativ hoch. Die Ärzte verhalten sich aus der Sicht des Pflegepersonals aber sehr distanziert und stellen für das Pflegepersonal keine Unterstützung dar. Hier wird "Stillhalten" resignativ als der bestmögliche Zustand akzeptiert.

2.6 Abwanderung aus dem Krankenhaus oder resignatives Abfinden

Das Psychiatrische Krankenhaus verfügt in der seit 1963 bestehenden Ausbildungsstätte über eine Institution zur Sicherung qualifizierten Nachwuchses an Pflegepersonal. Während der Ausbildungszeit sind die Ausfallsraten außerordentlich hoch, nur ein Drittel

der Eintretenden erreicht tatsächlich das Diplom. Von den in 12 Ausbildungslehrgängen ausgebildeten 222 Diplomierten arbeiten zur Zeit nur noch etwa 50% im Psychiatrischen Krankenhaus. Durch diese Ausfälle ist ein kontinuierlicher Nachschub an qualifiziertem Pflegepersonal nicht sicherzustellen. Das Verhältnis Diplomierte-Stationsgehilfen verschiebt sich zunehmend zugunsten der letzteren. Als hauptsächliche Erklärung wurde von den Befragten das Mißverhältnis zwischen hoher Qualifikation und hohen Erwartungen einerseits sowie realen Möglichkeiten der Umsetzung andererseits genannt. Bei den Verbliebenen lassen sich starke Tendenzen zur Resignation und Anpassung nachweisen.

2.7 Einstellungen zu Reformen zwischen Bereitschaft und Pessimismus

Nach den Ergebnissen dieser Studie ist die Reformbereitschaft des Pflegepersonals im Psychiatrischen Krankenhaus generell in hohem Ausmaß gegeben. Vor allem Umstrukturierungen, welche die Qualität der Arbeit verbessern, die Autonomie und Verantwortlichkeit stärken und die Zusammenarbeit verschiedener Personalgruppen stärker institutionalisieren, wurden in der Befragung unterstützt. Demgegenüber war die Reaktion auf Reformen, die primär die Rechte der Patienten vergrößern, die in ungewohnten Anforderungen resultieren könnten, reservierter. Je höher die Qualifikation, desto größer ist die Reformbereitschaft.

Bezüglich der Einführbarkeit von Reformen herrscht allgemein Pessimismus vor. Hindernisse wurden sowohl intern als auch außerhalb des PK wahrgenommen: Die derzeitige personelle Unterbesetzung, die versteinerten organisatorischen Strukturen und die materielle Unterausstattung auf der einen Seite, die finanzielle Benachteiligung im Vergleich zu anderen Krankenhäusern und die Fehlplatzierung somatisch kranker alter Menschen im Krankenhaus auf der anderen Seite.

3. Randbedingungen der Patientenversorgung

Wie an verschiedenen Stellen der bisherigen Ausführungen bereits deutlich wurde, sind Patientenversorgung und Arbeitssituation im Psychiatrischen Krankenhaus in entscheidendem Ausmaß von externen Randbedingungen abhängig. Diese lassen sich unter vier Punkten zusammenfassen.

3.1 Materielle Unterausstattung und finanzielle Benachteiligung

Hinsichtlich der Ausgaben und Investitionen befindet sich das PK in einer deutlich benachteiligten Position. So wurde 1974 - verglichen mit dem Durchschnitt der allgemeinen Spitäler in Wien - pro verrechneten Krankenpflegetag ausgegeben: insgesamt 290,- öS gegenüber 873,- öS, für Personalaufwand 158,- öS gegenüber 486,- öS, für ärztliche Erfordernisse 15,- öS gegenüber 134,- öS. Die Investitionen betrugen 28,- öS gegenüber 132,- öS. Entsprechend dürftig ist die materielle Ausstattung: Überbelegung der Räume (vgl. 1.12), Mangel an notwendigsten Einrichtungsgegenständen (vgl. 1.12), durchschnittlich teilen sich 10 Patienten ein WC, 15 eine Badewanne oder Dusche, es fehlt an notwendigsten Mitteln zur Körperpflege (Zahnpasta, Zahnbürsten, Rasierapparate, etc.).

3.2 Personelle Unterbesetzung

Die Unterprivilegierung des PK wird besonders deutlich sichtbar im Personalbereich: Im Jahr 1974 kamen - verglichen mit den Wiener Allgemeinspitälern - folgende Anzahlen von Patienten im Durchschnitt auf einen Personalangehörigen: Auf einen Bediensteten überhaupt 2,0 gegenüber 0,7, auf einen angestellten Arzt 55 gegenüber 6, auf einen Angehörigen des Pflegepersonals 3,5 gegenüber 1,8.

In der täglichen Praxis bedeutet dies dann etwa, daß eine anwesende Pflegeperson im Durchschnitt 20 Patienten zu versorgen hat. In einer der detailliert untersuchten Abteilungen entfielen an 110 Tagen des Jahres 1974 mehr als 30 Patienten auf eine Pflegeperson.

3.3 Mängel im Versorgungssystem außerhalb des PK - Fehlplatzierung von Patienten

Die Patientenversorgung im PK ist wesentlich bestimmt durch die Strukturmängel des psychiatrischen Versorgungssystems insgesamt: Mangel an ambulanten Diensten, Schwächen im Nachbetreuungssystem, Fehlen sg. komplementärer Einrichtungen (Wohnheime u.a.) bedingen die Einweisung der Patienten in relativ späten, oft schon chronischen Stadien der Krankheit, führen zur häufigen Wiederaufnahme entlassener Patienten und behindern die Entlassung nicht krankenhausbedürftiger Patienten.

Die randständige Position des PK führt dazu, daß aus anderen Sektoren der medizinischen Versorgung schwierige und unattraktive Patienten mittels Spitalsparere abgeschoben werden. Die Zuweisungshäufigkeiten aus anderen Spitälern sind stark angestiegen, die Patientenpopulation des PK ist stark überaltert, immer mehr Patienten sind auch somatisch krank, die Sterberaten im PK liegen deutlich über dem allgemeinen Spitalsdurchschnitt.

3.4 Überholte rechtliche Grundlagen

Über die dringende Reformbedürftigkeit der rechtlichen Grundlagen von Anhaltung und Entmündigung herrscht - wie etwa die jüngst abgehaltene Enquete des Justizministeriums beweist - allgemeiner Konsens. Im PK erfolgte 1976 88% aller Aufnahmen zwangsweise, aus der Untersuchung von KATSCHNIG und Mitarbeitern weiß man um den außerordentlich hohen Anteil von Entmündigten in den Psychiatrischen Krankenhäusern. Zu Ende des Jahres 1974 waren 40% der im PK versorgten Patienten dort schon länger als 5 Jahre, 10% länger als 20 Jahre hospitalisiert.

Die Existenzberechtigung von Sonderanstalten wird in der internationalen Diskussion schon seit Jahrzehnten in Zweifel gezogen. Die heute in den Psychiatrischen Krankenhäusern möglichen Einschränkungen von Grundrechten bedürfen dringend einer expliziteren Formalisierung.

4. Gesamteinschätzung und Schlußfolgerung

Die alltägliche Lage der Patienten wird sichtbar und unmittelbar durch die Dienstleistungen des Personals, insbesondere des Pflegepersonals vermittelt. Dadurch entsteht die Gefahr einer einseitigen und vorschnellen "Schuldzuschreibung" an jene Personen, die in einer längeren Kette von Handlungen und Entscheidungen das letzte Glied mit dem zugleich geringsten Dispositionsspielraum darstellen und an denen jene Diskriminierungen, Unterlassungen und Fehler konkret sichtbar werden, die das Resultat von Entscheidungen auf anderen, in der Regel höheren Ebenen sind.

Eine kombinierte und zusammenfassende Abwägung aller Bedingungsfaktoren führt u.E. zur Schlußfolgerung, daß das generell niedrige Niveau der Patientenversorgung in überwältigendem Ausmaß von den ungünstigen Randbedingungen bestimmt ist und nur zu einem geringen Teil auf mangelnde Fähigkeiten oder ungünstige Einstellungen des Personals zurückgeht.

5. Reformvorschläge

1. Es erwies sich als notwendig, Reformvorschläge differenziert nach drei Reformzielen zu gliedern, die sich als Ergebnis der Analyse und in Übereinstimmung mit der derzeit laufenden Diskussion zur Reform der psychiatrischen Versorgung in Wien ergeben haben. Diese sind:

- Basissanierung und Humanisierung des PK
- Realisierung der therapeutisch-rehabilitativen Zielsetzung des PK
- Überführung des PK in ein sektorisiertes Versorgungssystem.

Die diesen Zielsetzungen zugeordneten Maßnahmen unterscheiden sich nicht nur inhaltlich, sondern vor allem auch nach Dringlichkeit und Zeitperspektive, Komplexität und Aufwand.

2. Das Reformziel Basissanierung und Humanisierung ist orientiert an der Anhebung des derzeitigen Versorgungsniveaus von Patientenbedürfnissen auf ein menschenwürdiges und gesundheitspolitisch vertretbares Niveau und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen des (Pflege-)Personals.

Der Realisierung dieses Zieles dienen die folgenden vorgeschlagenen Maßnahmen:

3. Beseitigung der materiellen Unterausstattung, durch ein Investitionsprogramm mit den Schwerpunkten:

- Verkleinerung der Krankenzimmer auf maximal 6 Betten
- Vermehrung und Verbesserung der sanitären Einrichtungen (Entfernung der Toiletten und Badewannen aus den Krankenzimmern)
- Anschaffung einer Minimalausstattung von ansprechendem Bett, Nachtkästchen und Schrank für jeden Krankenhausplatz
- wohnliche Gestaltung der Tagräume durch Anschaffung bequemer Sitzmöbel, Auflage von Teppichböden, Anbringung von Vorhängen und Bildern
- Schaffung einer angemessenen Grundausrüstung mit Krankenhausgeräten bzw. Hilfsmitteln

durch Erhöhung der laufenden Aufwendungen für:

- Kleidung (Anschaffung von Alltagskleidung !)
- Essen (Verbesserung der Variation; Verbesserung des Transportsystems; Erneuerung des Eßgeschirrs)

- Körperpflegemittel (Grundausrüstung mit Zahnbürste, Zahnpasta, Seife und Kamm für jeden Patienten; Anschaffung von Rasierapparaten, Handtüchern und Waschlappen)
- Informationsmittel und Beschäftigungsmaterial

4. Verbesserung des Personal-Patienten-Verhältnisses durch:

- Schaffung überschaubarer Einheiten, d.h. eine Untergliederung der derzeit bestehenden Pavillons mit durchschnittlich mehr als 100 Betten in Stationen mit 20 - 30 Betten, als Voraussetzung für eine neue menschlichere und therapeutisch effektivere Beziehung zwischen Personal und Patienten
- Schaffung relativ stabiler Personal-Patienten-Beziehungen durch Zuordnung des Pflegepersonals zu Stationen, Unterbindung unnötiger Rotation und zumindestens einer Veränderung der Dienstabfolge im Sechseradl (Das hierfür ausgearbeitete detaillierte Modell ist bereits beim gegenwärtigen Personalstand verwirklichtbar !)
- Verlegung von Patienten nur unter therapeutischen Gesichtspunkten und mit ausdrücklicher Genehmigung des behandelnden Arztes
- Aufhebung der Geschlechtertrennung bei Personal und Patienten durch die Einrichtung von Männer- und Frauenstationen in einem Pavillon mit gemeinsamen Tag- und Eßräumen. Gleichzeitig sollte graduell zu gemischtgeschlechtlichen Personalbesetzungen übergegangen werden

5. Verbesserung der Qualität und Zusammensetzung des Pflegepersonals durch:

- Reduktion der hohen Abwanderung des qualifizierten Pflegepersonals u.a. durch die Schaffung des neuartigen Stationspflegers, einer Position, die einen eigenverantwortlichen, kontinuierlichen und qualifizierten Einsatz der erworbenen Kompetenzen ermöglichen und damit einen Anreiz zum Verbleiben von Schuldiplomierten im PK darstellen könnte
- Einschränkung des selbständigen Einsatzes von unausgebildeten bzw. teilausgebildeten Stationsgehilfen durch Einbindung in die Teamarbeit im Rahmen des vorgeschlagenen Stationsorganisationsmodells für den Pflegedienst

- eine massive Anhebung des Reinigungspersonalstandes bzw. die Einführung eines Küchenangestellten pro Abteilung zur Freisetzung von qualifiziertem Pflegepersonal für andere Aufgaben
- Verminderung der Patientenzahl durch Reduktion von Fehlplatzierungen von Patienten im PK durch den schrittweisen Aufbau entsprechender ambulanter Dienste bzw. durch den Aufbau eines psychiatrischen Konsiliardienstes in den Krankenanstalten, die derzeit von der Möglichkeit der Ausstellung eines "Spitalspareres" allzu großzügig Gebrauch machen.

6. Neudefinition des Patientenstatus bzw. der Patientenrechte zur Sicherung der Grundrechte der Patienten entsprechend den Grundsätzen der Europäischen Menschenrechtskonvention bzw. im Sinne sozialpsychiatrischer Therapie- und Rehabilitationsbestrebungen. U.a. geht es hier um das Recht

- auf Tragen von Privatkleidung
 - auf regelmäßigen Aufenthalt im Freien
 - auf das Behalten persönlicher Gegenstände
 - auf Freisein von mechanischen Einschränkungen
 - auf ausreichende Körperpflege
 - auf therapeutisch indizierte Dosen an Medikamenten
 - auf ungehinderten Post- und Telefonverkehr
 - auf regelmäßige, verständliche und richtige Information über Diagnose, Therapie und Prognose durch den Arzt
 - auf häufigen und ausgedehnten Besuch von Angehörigen und Bekannten
 - auf angemessene Entlohnung von Arbeiten, die zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes dienen,
- etc.

Für diese und weitere Rechte müßte gelten, daß ihr Entzug in begründeten Einzelfällen jeweils vom Arzt schriftlich zu rechtfertigen und zu dokumentieren und einer zwingenden periodischen Überprüfung zu unterziehen ist.

7. Dringend geboten ist eine Neuregelung der Patientenarbeit im PK, wobei klar zu unterscheiden ist zwischen der Durchführung

zeitlich begrenzter, vom behandelnden Arzt supervisierter Arbeiten im Rahmen eines Behandlungs- oder Rehabilitationsplanes und Arbeiten die auch oder vor allem der Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes dienen, d.h. Arbeitskräfte oder Ausgaben einsparen. Für diese Arbeiten ist eine entsprechende Abgeltung zu leisten. Darüber hinaus ist die Einrichtung von "geschützten Arbeitsplätzen" entsprechend den gesetzlichen Richtlinien für ehemalige Patienten zu erwägen.

8. Da die meisten Patienten nicht oder nur teilweise unter den derzeitigen Bedingungen in der Lage sind, ihre Rechte effektiv durchzusetzen, bedarf es zusätzlicher institutioneller interner und externer Kontrollmöglichkeiten der Patientenversorgung:

- Verdichtung bzw. Einrichtung professioneller Selbstkontrolle als Konsequenz des vorgeschlagenen Organisationsmodells und zusätzlicher Forcierung von Teamarbeit und Kommunikation
- stärkere Einbeziehung, Ausweitung und Schulung der Angehörigen zur Unterstützung der Patienten im Therapie- und Rehabilitationsprozeß
- Einführung von Sozialarbeitern auf jedem Pavillon zur qualifizierten und unabhängigen Vertretung von Interessen der Patienten außerhalb (Arbeitsplatz, Wohnung, Angehörige, etc.) und innerhalb des PK (Teilnahme an Aufnahme- und Entlassungsgesprächen, Visiten und Gerichtskommissionen etc.).

9. Eine erfolgreiche Basisanierung des PK würde dieses hinsichtlich Effektivität der Therapie und bedingt auch der Verweildauer der Patienten dem Standard anderer Krankenhäuser schrittweise annähern. Beides rechtfertigte die Erhöhung der von den Krankenversicherungsträgern bezahlten Pflegesätze sowie einen weitgehenden Verzicht auf die Aussteuerung psychiatrisch Kranker als reine Pflegefälle. Ohne diese Angleichung der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung psychisch kranker Patienten wird eine Weiterführung der Reform für den Spitalserhalter wenig attraktiv sein.

10. Unter den derzeitigen materiellen, personellen und organisatorischen Umständen ist für die Mehrzahl der Patienten eine adäquate und entsprechend differenzierte psychiatrisch/psychotherapeutische Therapie und Rehabilitation nicht zu verwirklichen. Deshalb ist nach einer Phase der Basisanierung und Humanisierung in der diese Bedingungen geschaffen werden mußten, das Ziel der Realisierung der therapeutisch-rehabilitativen Funktion des PK direkter in Angriff zu nehmen. Dazu ist notwendig eine Verbesserung der personellen Voraussetzungen in qualitativer Hinsicht, eine Veränderung von Organisationsstrukturen im inneren und der Abbau von Isolation durch Öffnung des PK nach außen.

11. Zur Verbesserung der personellen Voraussetzungen scheinen dreierlei Maßnahmen überlegenswert:

- die Einführung eines einjährigen eigenen Kurses für "psychiatrische Stationsgehilfen", etwa analog dem Vorbild des seit drei Jahren von der Gemeinde Wien erfolgreich geführten Kurses für die Pflege langzeit- und chronisch Kranker um eine umfassendere und v.a. psychiatriespezifische Ausbildung dieser immer bedeutsamer werdenden Berufsgruppe zu gewährleisten
- eine verbesserte Selektion des Pflegepersonals für den psychiatrischen Diplompflege- und psychiatrischen Stationsgehilfenkurs u.a. durch die Einführung einer mindestens einmonatigen praktischen Probezeit unter direkter Supervision durch einen Stationspfleger/-schwester (des neuen Typs) zur Vermeidung der hohen Austrittsraten während der Ausbildung
- Ausstattung der Abteilungen mit Angehörigen spezifisch qualifizierter, therapeutisch-rehabitativer Berufsgruppen (zumindestens 1 Sozialarbeiter, 1 Beschäftigungstherapeut, 1 gruppen/psychotherapeutisch qualifizierter Arzt auf 100 Patienten, 1 gruppen/psychotherapeutisch qualifizierter Psychologe auf 200 Patienten).

12. Zur Verbesserung der organisatorischen Voraussetzungen sind die folgenden Maßnahmen angezeigt:

- Bildung von Behandlungsteams aus Arzt, Krankenpfleger und Sozialarbeiter, die für jeden Patienten arbeitsteilig aber koordiniert einen Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsplan ausarbeiten und durchführen
- mehr institutionalisierte Kommunikation im Behandlungsteam (gemeinsames Aufnahmegespräch, Entlassungsgespräch, Visite, regelmäßige Teamgespräche und regelmäßige Stationsbesprechungen)
- Entwicklung von strukturierten Tages-Programmen auf den Stationen für mobile Patienten

13. Schrittweise Öffnung des PK und verstärkter Aufbau von Kontakten mit der gesellschaftlichen Umwelt durch:

- sukzessive Öffnung von Abteilungen
- Forcierung von Ausgang und Urlaub
- Aufbau von Kommunikationszentren im PK (Patientencafe, etc.)
- institutionalisierte Einbeziehung von Angehörigen der Patienten
- Organisation von Angehörigen-Selbsthilfegruppen
- stärkere Heranziehung von Laienorganisationen

14. Mittelfristig ist das Ziel der Überführung des PK in ein sektorisiertes Wiener Versorgungssystem in Angriff zu nehmen.

1. Phase:

Unterteilung der 4 für Wien definierten Versorgungsräume in jeweils 3 Sektoren mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von ca. 130.000 Einwohnern und entsprechende interne Sektorisierung des PK in 12 Primariate mit je 2 Pavillons und durchschnittlich 200 Betten; Aufnahme von zunächst nachstationärer Ambulanztätigkeit im Sektor (z.B. an einem Bezirksgesundheitsamt); Rascher Aufbau eines Modellsektors im 21. Bezirk in enger Kooperation zum PK.

2. Phase:

Sukzessive Auslagerung der stationären Einrichtungen von jährlich etwa einem Primariat des PK als psychiatrische Abteilung in ein Wiener Allgemeinspital bei gleichzeitiger Erweiterung der ambulanten Angebote in den Sektoren

3. Phase:

Sukzessive Umwandlung des PK in ein Allgemeinspital (z.B. mit einem Schwerpunkt für die Versorgung geriatrischer Patienten). Bei der Durchführung dieser übergreifenden Umstrukturierung wird es besonders wichtig sein, Veränderungen im stationären Bereich und den Aufbau neuartig ambulanter Einrichtungen koordiniert und aufeinander bezogen zu organisieren und das Entstehen isolierter Versorgungsstränge unterschiedlicher Qualität und Attraktivität zu verhindern. Nur eine effektivere Verankerung der Psychiatrie im allgemeinen medizinischen Versorgungssystem kann ihre derzeitige Ghettosituation beenden zum Nutzen der betroffenen Patienten und des dort arbeitenden Personals.

15. Das Psychiatrische Krankenhaus der Gemeinde Wien in Ybbs war nicht Gegenstand der Untersuchung. Wegen der extrem ungünstigen geographischen Lage, der überdimensionalen Größe und der überalteten Funktion dieses Krankenhauses als isolierter Ausgrenzungs- und Verwahreinstitution darf die Reform der Wiener psychiatrischen Versorgung aber nicht an dieser Anstalt vorbeigehen. Ein sofortiger Überweisungsstop nach Ybbs sollte die erste Maßnahme in dieser Richtung sein.

TEIL III

ANALYSE DER PATIENTENVERSORGUNG

1. Pflegepersonal und Patientenbedürfnisse

1. 1 Zuschreibung und Akzeptierung von Bedürfnislagen der Patienten

Die Bedeutsamkeit der vom Pflegepersonal den Patienten zugeschriebenen Bedürfnisse für die tatsächliche Versorgungslage ist auf zweierlei Weise gegeben: Zum einen sagt die Zuschreibung und das Ausmaß der Akzeptierung von Patientenbedürfnissen etwas aus über die Einstellungen und Erwartungen des Pflegepersonals und damit über einen von mehreren Bedingungsfaktoren, die in die tatsächliche Versorgung von Patienten in einer bestimmten Situation eingehen. In diesem Sinne ermöglicht die Kenntnis der den Patienten zugeschriebenen Bedürfnisse eine Einschätzung der Richtung und Wirksamkeit von Auswahl- und Ausbildungsmaßnahmen auf das Pflegepersonal des Psychiatrischen Krankenhauses. Zum anderen aber drücken sich in der Art der Akzeptierung von Patientenbedürfnissen auch Reaktionen auf alltäglich erfahrene Handlungsspielräume und -schränken aus. Die in eine bestimmte Situation eingebrachten Vorurteile bzw. die in der Ausbildung erlernten Orientierungen werden durch tatsächlich erfahrene Möglichkeiten und Beschränkungen des beruflichen Handelns weiter modifiziert und kompromißhaft verändert. Somit enthält das "Patientenbild" des Personals stets auch ein Stück Rechtfertigung eigenen Handelns. Die Erarbeitung von Veränderungsstrategien kann daher nicht ausschließlich an aufgefundenen Bewußtseinsstrukturen ansetzen, sondern muß mindestens so sehr situationsbedingte Handlungsinteressen berücksichtigen.

Man muß davon ausgehen, daß die Entstehung und Veränderung des Patientenbildes beim Pflegepersonal neben den beruflichen Erfahrungen in der Praxis der psychiatrischen Versorgung im wesentlichen von drei weiteren Faktoren bestimmt wird: den Vorurteilen der Laien gegenüber Personen mit psychischen Störungen, dem Krankheitsverständnis der wissenschaftlichen

Psychiatrie und den relevanten gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Versorgung von Patienten in Krankenanstalten für Geisteskrankheiten. In zahlreichen empirischen Untersuchungen wurde in den letzten Jahrzehnten v.a. in den USA die überaus ungünstige Einstellung von Laien gegenüber psychisch Kranken festgestellt. JAECKEL und WIESER (1970) sprechen sogar von einem "Extremstereotyp". Die Eigenschaften der "Gefährlichkeit" und "Unberechenbarkeit" werden besonders häufig mit psychisch Kranken verbunden (REINHARDT-SCHNADT, 1973, 337). Die Ergebnisse der meisten dieser Untersuchungen sind jedoch nicht unumstritten, da sich eine Reihe methodischer und theoretischer Einwände gegen sie anführen lassen (STUMME, 1974). Die Realität der Anstaltspsychiatrie wird in solchen Studien zumeist ausgespart. Zugleich wird die Existenz von Laienvorurteilen als Haupthindernis für Reformen der psychiatrischen Versorgung dramatisiert. Tatsächlich bestätigt aber die traditionelle Praxis der stationären psychiatrischen Versorgung diese Vorurteile ständig, sie muß sogar als wesentliche Ursache für das Entstehen derartiger Vorurteile angesehen werden (STUMME, 1973). Neuere Untersuchungen belegen, daß an die Stelle oberflächlicher Vorurteile gegenüber psychiatrischen Patienten differenzierte Haltungen treten, sobald konkrete Situationen des Zusammenlebens und -treffens mit psychisch Kranken zur Beurteilung vorgelegt werden (CHRISTIANSEN & MÜNSTERMANN, 1976). Nur in wenigen Studien wurden Bewußtseinsstrukturen von Laien und von Professionellen systematisch verglichen. Nennenswerte Differenzen ließen sich dort nicht nachweisen (STUMME, 1974,6).

Das Krankheitsverständnis der "klassischen" Psychiatrie ist in den letzten Jahrzehnten zunehmend unter Kritik geraten. Kritisiert wird das einseitige naturwissenschaftlich-medizinische Verständnis von der Entstehung und vom Verlauf psychischer Störungen unter Vernachlässigung psychodynamischer und sozialer Komponenten (DÖRNER, 1975a, 56). In diesem der Organmedizin entstammenden Paradigma dominiert ein quasi-

objektives, "von außen" beschreibendes, befundzentriertes Herangehen an den Patienten (BAUER et al., 1973, 12 f.). Bereits die Begriffsbildung drückt das distanzierte Verhältnis zum Patienten als Objekt deutlich aus: "bizarr", "manipuliert", "läppisch", "unergründlich", "defekt" sind Eigenschaftswörter, die sich in jedem traditionell ausgerichteten Lehrbuch finden. Das "Botanisieren von Geisteskrankheitsbildern" (FOUDRAINE, 1973, 11) ist Ausdruck und Voraussetzung für die Errichtung einer Mauer der Unverstehbarkeit, durch die die postulierte Andersartigkeit des psychisch Gestörten keine gemeinsame Gesprächsbasis mehr zuläßt.

In der theoretischen und praktischen Ausbildung des hier untersuchten psychiatrischen Krankenpflegepersonals dominiert eindeutig diese klassische Sichtweise von psychiatrischen Patienten.

Die relevanten gesetzlichen Bestimmungen betonen ebenfalls die Andersartigkeit und Gefährlichkeit der psychisch Kranken. Sie gestatten weitreichende Eingriffe in den Freiheitsspielraum von zwangsweise aufgenommenen Personen (vgl. die detaillierten Analysen im Abschnitt 2). In der Dienstvorschrift für das psychiatrische Krankenpflegepersonal ist die oben charakterisierte distanzierte Haltung geradezu vorgeschrieben: Das Krankenpflegepersonal hat demnach:

"den Pflegling bzw. seine Krankheitserscheinungen zu beobachten und für die Beurteilung der Krankheiten auffällige Wahrnehmungen oder wichtige Mitteilungen von Besuchern und Angehörigen aufzuzeichnen und den Ärzten zu melden".

In den Interviews mit dem Pflegepersonal wurden die den Patienten zugeschriebenen Bedürfnisse - in Übereinstimmung mit den oben dargelegten konzeptuellen Überlegungen - durch offene Fragen zu besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker und die Einschätzung der Wichtigkeit standardisiert vorgegebener Bedürfnisindikatoren erhoben.

1. 1. 1 Zuschreibung besonderer Bedürfnisse für psychisch Kranke

Drei Fünftel der Befragten bejahten das Vorhandensein von spezifischen Bedürfnislagen, die bei psychisch Kranken besser erfüllt werden müßten als bei anders erkrankten Patienten. Lediglich ein Fünftel antwortete mit einem ausdrücklichen "Nein", bzw. beantwortete die Frage nicht oder charakterisierte die Patienten auf abwertende Weise. Das restliche Fünftel bejahte nur die Frage, ohne daß bestimmte besondere Bedürfnisse genannt wurden. Befragte, die nicht antworteten oder lediglich eine abwertende Patientencharakterisierung vornahmen, arbeiteten ausschließlich in den Versorgungsabteilungen. Allerdings gab es in den Ausbildungsabteilungen vergleichsweise mehr Personen, die positiv antworteten, aber keine spezifischen Bedürfnisse psychiatrischer Patienten angaben (TABELLE 1).

TABELLE 1: Die Akzeptierung besonderer Bedürfnisse bei psychiatrischen Patienten nach Abteilungstyp^{*)}

Akzeptierung	Abteilungstyp						gesamt
	Ausbildung			Versorgung			
	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.	
	♂	♀	♂	♂	♀	♂	♂
ja mit Aufzählung	65	56	60	60	50	56	58
ja ohne Aufzählung	29	33	31	10	14	12	22
nein	6	11	9	5	21	12	10
keine Antwort/abwertende Patientencharakterisierung	-	-	-	25	14	21	10
zusammen	100	100	100	100	100	100	100
N =	(17)	(18)	(35)	(20)	(14)	(34)	(69)
nicht befragt				1			

*) "Gibt es Bedürfnisse, die bei psychisch Kranken besser erfüllt werden müßten, als bei Patienten mit anderen Krankheiten? nein/ja"

Als besonders prägnante Formulierungen der Kategorie "abwertende Patientencharakterisierung" seien exemplarisch angeführt:

"Manche Patienten wissen doch gar nicht, daß sie da sind" (VM, 09).

"Geisteskranke haben viele Wünsche, die aus der Krankheit herrühren und die man nicht gleich ernst nehmen kann" (VM, 17).

"Psychiatrische Patienten sind noch sensibler gegen Fäkalgeruch" (VM, 11).

"Der eine hat Freßlust, die gedämpft werden muß, der andere sammelt Brot ... - man muß alles überhören, sonst werden die Patienten noch tötlich" (VM, 18).

"Wir wissen nie, was in einem Patienten steckt, er ist voller Überraschungen. Beleidigungen müssen dem Pfleger egal sein" (VM, 07).

Von den 40 Patienten (58% der Befragten), die besondere Bedürfnisse psychisch Kranker auch inhaltlich bestimmten, wurden insgesamt 47 unterschiedliche Bedürfnisse genannt. Dies ergibt lediglich einen Durchschnitt von 1,18 genannten Bedürfnissen pro Person (TABELLE 2).

TABELLE 2: Verteilung der angeführten besonderen Bedürfnisse psychiatrischer Patienten, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen und Bedürfnislagen^{*)}

Bedürfnisse	Σ
<u>Körperliche Bedürfnisse</u>	
Schutz der körperlichen Integrität	11
Körperliches Wohlbefinden	2
<u>Psychische Bedürfnisse</u>	
emotionale Zuwendung	38
Selbstverwirklichung	21
Respektierung der persönlichen Identität	13
<u>Soziale Bedürfnisse</u>	
Soziale und berufliche Rehabilitation	11
Kompensatorische Bedürfnisse	6
zusammen	100
Anzahl der Nennungen	(47)

^{*)} "Gibt es Bedürfnisse, die bei psychisch Kranken besser erfüllt werden müßten, als bei Patienten mit anderen Krankheiten?
Wenn ja: Welche?"

Etwa 70% der genannten Bedürfnisse sind der psychischen Bedürfnisebene zuzurechnen. Besonders betont wurden Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung (Gespräch, persönlicher Kontakt) - jeweils bezogen auf das therapeutische Personal oder zumindest implizit als therapeutisch verstanden. Daneben wurden besonders häufig Bedürfnisse im Bereich von "Selbstverwirklichung" (z.B. nach Beschäftigung, Reaktivierung, "Zeitvertreib") genannt, von einem Teil der Befragten eher als Bedürfnis nach Therapie bezeichnet, von einem anderen eher als Bedürfnis nach "Ablenkung". "Respektierung der persönlichen Identität" beinhaltet Antworten wie "persönlicher Freiraum" und "Ausleben von Individualität". Antworten der letztgenannten Kategorie kamen ausschließlich von Angehörigen der Ausbildungsabteilungen. Lediglich ein geringer Anteil der Antworten bezieht sich auf die soziale und berufliche Reintegration der Patienten. Der Großteil der gegebenen Antworten bezieht sich also auf die besonderen psychischen und sozialen Bedürfnisse stationärer psychiatrischer Patienten unter den gegebenen Versorgungsbedingungen. Etwa 20% der Antworten sind jedoch deutlich ambivalent und knüpfen an gängige Stereotype an: Den Schutz der körperlichen Integrität der Patienten - hauptsächlich verstanden als Schutz vor Selbstverletzungen - nannten ausschließlich Angehörige der Männer-Versorgungsabteilungen als vordringliches Bedürfnis. In diesen Antworten manifestieren sich deutlich auch Vorurteile über die Natur der psychisch Kranken. Möglicherweise gehen diese auch in jene Bedürfniszuschreibungen ein, welche in der Tabelle als "kompensatorische" ausgewiesen werden. Genannt wurden hier die "Beobachtung des Patienten" und das "Denken für den Patienten"; es ist zu vermuten, daß in diesen Antworten reale Patientenbedürfnisse und institutionell bevorzugte Praktiken der Patientenversorgung gleichermaßen zum Ausdruck kommen.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, daß etwa die Hälfte der Befragten eine eindeutig akzeptierende Grundhaltung gegen-

über den Besonderheiten der von ihr versorgten Patienten einnimmt. Die geringe Anzahl durchschnittlicher Nennungen und typische Ausblendungen in den Antworten verweisen jedoch auch bei dieser Personengruppe auf einen, durch offene Fragen nicht weiter erfaßbaren Bereich von Vergessen, Ambivalenz und Nicht-Akzeptierung, der aber durch systematisches Befragen aufgeheilt werden konnte. Zur Verdeutlichung dieser Ausblendungen sei auf das Fehlen von Informations- und Selbstwertbedürfnissen in den Antworten und auf die seltene Nennung sozialer Bedürfnisse hingewiesen. Drückt sich in ersterem eine Zentrierung des Bewußtseins auf - durch eigene Handlungen - kontrollierbare Patientenbedürfnisse aus, so verdeutlicht letzteres die große Gegenwärtigkeit von Bedürfnissen, die in den Mauern der Institution (intramural) befriedigt werden können.

1. 1. 2 Akzeptierung unterschiedlicher Patientenbedürfnisse

1. 1. 2. 1 Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten

Der überwiegende Teil der vorgegebenen Patientenbedürfnisse wurde durch das befragte Pflegepersonal in hohem Maß akzeptiert⁺⁾ . Bei 17 von 21 Bedürfnissen hielten mehr als die Hälfte der Befragten eine adäquate Befriedigung für "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig". Demgegenüber wurden nur vier Bedürfnisse von mehr als einem Fünftel der Befragten hinsichtlich ihrer Befriedigung als "eher unwichtig" oder "unwichtig" bewertet (ABBILDUNG 1).

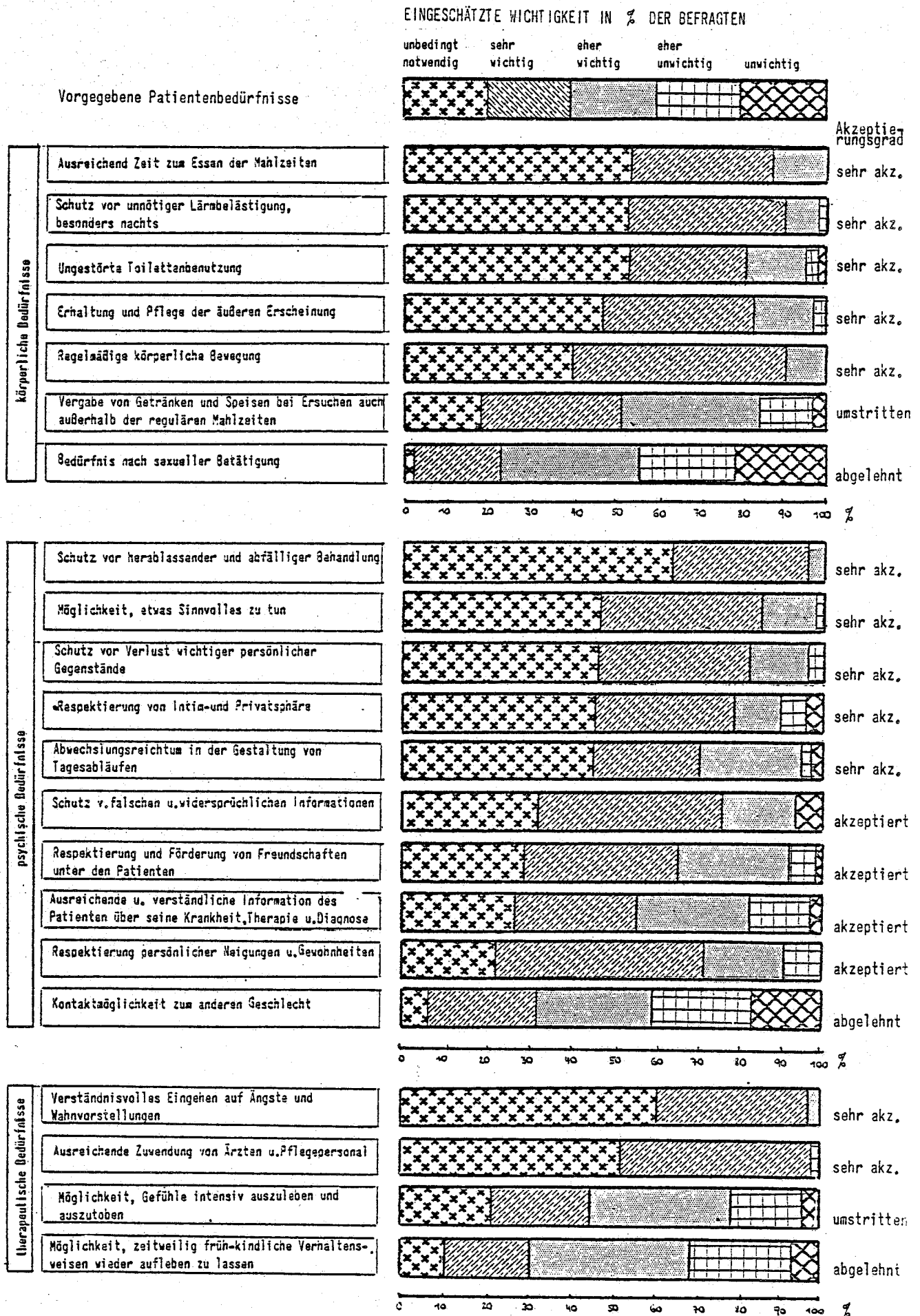
In dieser hohen Akzeptierung von vorgegebenen Patientenbedürfnissen kommen sicher Orientierungswerte zur Geltung, die in Ausbildung und Stationsleben vermittelt und durch die Befragungssituation aktualisiert worden sind. Methodenkritisch muß jedoch angemerkt werden, daß Erwartungseffekte im Sinne sozialer Wünschbarkeit den Akzeptierungsgrad beeinflussen haben könnten. Davon unbeeinflusst dürfte aber die Variation des Akzeptierungsgrades zwischen den Bedürfnissen sein, die deutlich ausgeprägt ist. Es lassen sich vier Kategorien von Bedürfnissen mit unterschiedlichem Akzeptierungsgrad differenzieren:

- Die erste Kategorie umfaßt die "sehr akzeptierten" Bedürfnisse. Sie wird gebildet aus fünf der sieben körperlichen, fünf der zehn psychischen und zwei der vier therapeutischen

⁺⁾ Die vorgegebene Frage lautete:

"Wie wichtig ist es Ihrer Meinung nach, diese Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen ? unbedingt notwendig, sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig, unwichtig", wobei eine Liste von 21 Patientenbedürfnissen vorgelegt wurde, die aus verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen zusammengestellt worden war.

ABBILDUNG 1: Die Einschätzung der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent



Bedürfnisse und stellt somit die zahlenmäßig größte Kategorie dar.

- Die zweite Kategorie der "akzeptierten" Bedürfnisse unterscheidet sich von der ersten durch geringere Prozentsätze bei "unbedingt notwendig" und höhere Prozentsätze bei den Vorgaben "unwichtig" und "eher unwichtig". Sie besteht ausschließlich aus (vier) psychischen Bedürfnissen.
- In der dritten Kategorie finden sich die "umstrittenen" Bedürfnisse. Hier ist das Verhältnis zwischen hoher Wichtigkeit und geringer Wichtigkeit bzw. Unwichtigkeit ausgeglichen. Die Kategorie umfaßt ein körperliches und ein therapeutisches Bedürfnis.
- Die vierte Kategorie enthält die "abgelehnten" Bedürfnisse. Die Verteilung der Antworten ist in Richtung einer Bevorzugung der Vorgaben "eher unwichtig" und "unwichtig" verschoben. Diese Kategorie besteht aus je einem Bedürfnis der körperlichen, psychischen und therapeutischen Ebene.

Zunächst fällt auf, daß die körperlichen Bedürfnisse der Patienten durchschnittlich besser akzeptiert wurden als ihre psychischen und psychotherapeutischen Bedürfnisse. Die einem somatischen psychiatrischen Krankheitsbegriff entsprechende Einengung des ärztlichen und pflegerischen Blickes auf körperliches Befinden läßt sich somit auch in dieser Untersuchung belegen. Allerdings muß vermerkt werden, daß durch die zunehmende Überalterung der hospitalisierten psychiatrischen Patienten der physische Zustand der Patienten und die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen stärker in den Vordergrund treten.

Unabhängig von der Bedürfnisebene läßt sich der Unterschied zwischen akzeptierten und nicht akzeptierten Patientenbedürfnissen folgendermaßen charakterisieren: Je unmittelbarer die Befriedigung eines Bedürfnisses vom ärztlichen und pflegerischen Personal direkt abhängt, je eindeutiger seine

Befriedigung durch eine kompensatorische Dienstleistung des Personals erfüllbar ist, desto eher wird es akzeptiert. Je mehr die Bedürfnisbefriedigung aber Toleranz, Zugeständnis von Freiräumen oder Förderung der Handlungsmöglichkeiten der Patienten erfordert, desto mehr wird es abgelehnt. Dies illustrieren beispielhaft die Ergebnisse, daß Bedürfnisse wie Eingehen auf Symptome, Zuwendung durch das Personal und Schutz vor schlechter Behandlung am höchsten eingestuft wurden, während Bedürfnisse wie Sexualität, gemischtgeschlechtlicher Kontakt und Ausleben von Regression am wenigsten akzeptiert wurden. Aber auch die relativ häufige Unwilligkeit, die Patienten über ihre Krankheit zu informieren oder Freundschaften von Patienten zu respektieren, unterstützt diese Interpretation.

Am deutlichsten läßt sich diese Tendenz auf der Ebene der psychotherapeutischen Bedürfnisse ablesen. Zuwendung durch das Personal und Eingehen auf Symptome wurden fast durchgängig akzeptiert, das Ausleben von regressiven Bedürfnissen und Gefühlen fast durchwegs abgelehnt. Die Bedürfnisse der Patienten werden also in einer Weise zu einem Patientenbild konstruiert, bzw. umstrukturiert, das auch den Interessen der Dienstleistenden entspricht.

Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Auffassungen jener Kritiker des "Regressionstheorems", die in regressiven Tendenzen der Patienten hauptsächlich die Folgen einer übermäßigen Reglementierung und Kontrolle durch die professionellen Experten sehen (SIEGRIST, 1972; RHODE, 1973, 32 - 35; TROSCHKE, 1974, 129 - 140).

Eine zweite, untergeordnete Tendenz in den Antworten bestätigt diese Ausführungen. Jene Bedürfnisse, welche routinemäßig für alle Patienten befriedigt werden können, wurden eher akzeptiert als solche, welche in ihrer Befriedigung auf individuelle Bedürfnislagen abgestimmt werden müßten. Die relativ geringe Akzeptierung persönlicher Neigungen und Gewohnheiten ist ein Beispiel hierfür.

Dies bestätigt die eingangs formulierte Auffassung, daß die Charakteristika des Handlungskontextes - in diesem Fall die Restriktionen einer bürokratischen Organisation - das Bewußtsein mitprägen. Die zugeschriebenen Patientenbedürfnisse werden dadurch den situationsbedingten Interessen des Pflegepersonals angeglichen. Der Kompromiß zwischen universalistischen professionellen Werten und den Handlungsmöglichkeiten bestimmter Situationen muß also nicht nur praktisch eingegangen werden, er wird auch im Bewußtsein der Akteure ausgebildet. Die folgenden gruppenspezifischen Analysen werden weitere Aussagen zum Problem des Verhältnisses von Wertstrukturen und Handlungskontext ermöglichen.

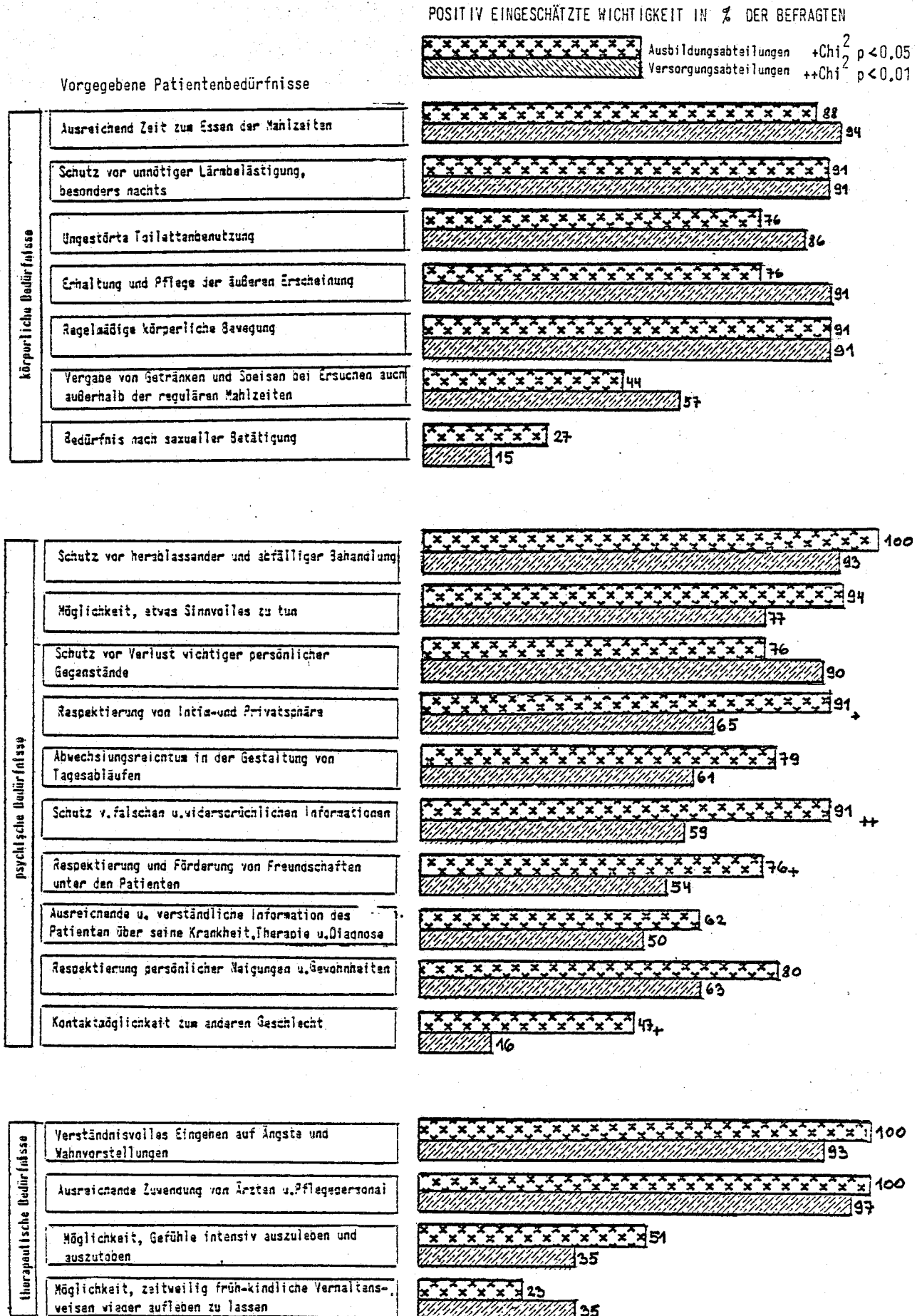
1. 1. 2. 2 Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten

Abteilungszugehörigkeit

Es gibt Differenzen zwischen den Einschätzungen des Personals der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (ABBILDUNG 2)⁺⁾ . Sie gehen in die erwartete Richtung der durchschnittlich höheren Akzeptierung von Patientenbedürfnissen durch Angehörige der Ausbildungsabteilungen. Signifikante Unterschiede finden sich allerdings nur auf der Ebene der psychischen Bedürfnisse. Neun der zehn psychischen Bedürfnisse wurden von den Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen stärker akzeptiert, bei vier Indikatoren sind die Differenzen statistisch signifikant. Auf der Ebene der körperlichen Bedürfnisse dagegen kehrt sich die Tendenz um. Alle vorgegebenen Indikatoren mit Ausnahme der Sexualität wurden von Mitgliedern der Versorgungsabteilungen gleich stark oder stärker akzeptiert als

+) Die Zugehörigkeit zu Abteilungen mit Patienten unterschiedlichen Geschlechts hat nur geringe Effekte. Lediglich bei zwei Patientenbedürfnissen ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen- und Männerabteilungen.

ABBILDUNG 2: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig"



von den Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen, allerdings sind die Prozentunterschiede gering und nicht signifikant. Auf der therapeutischen Bedürfnisebene sind die Unterschiede weder eindeutig noch signifikant.

Die akzeptierendere Grundhaltung des Personals der Ausbildungsabteilungen bei den psychischen Bedürfnissen ist wohl primär ein Produkt des höheren Professionalisierungsgrades. Professionalisierung "erzeugt" nach diesen Ergebnissen ein "Patientenbild", das sich durch größere Offenheit und Toleranz auszeichnet.

Die gleichartige Einschätzung somatischer Bedürfnisse in den Versorgungsabteilungen ist sicherlich zum Teil eine Konsequenz der Patientenzusammensetzung, d.h. der höheren Zahl pflegebedürftiger Personen in diesen Abteilungen.

Als weiterer Faktor für die beobachteten Differenzen müssen globale Abteilungsstrukturmerkmale angenommen werden. Die personellen, materiellen und organisatorischen Voraussetzungen der Ausbildungsabteilungen sind deutlich günstiger, der situative Zwang zu bürokratischem Handeln dadurch geringer (vgl. Teil IV, 1. 4).

Bedingt durch die kleinen Gruppengrößen sind die möglichen Vergleiche von Personalgruppen gleicher Qualifikation sehr eingeschränkt. Am ehesten ist der Vergleich zwischen den in beiden Abteilungsarten arbeitenden Stationsgehilfen zulässig (N = 8 bzw. 15). Eine Gegenüberstellung der Antwortverteilungen dieser beiden Gruppen ergibt allerdings keine bemerkenswerten Unterschiede.

Es stellt sich daher die Frage, ob zwischen den verschiedenen Qualifikationsgruppen in den beiden Abteilungstypen Unterschiede aufzufinden sind. Gleiche Einschätzungen würden auf einen vereinheitlichenden Effekt der Abteilungszugehörigkeit hindeuten, unterschiedliche Einschätzungen dagegen auf Effekte der Ausbildung und/oder von Selektionsprozessen hinweisen.

Qualifikationszugehörigkeit

Im folgenden werden drei Qualifikationsgruppen unterschieden: "Schüler" (unabhängig vom Jahrgang), "Schuldiplomierte" und als Restgruppe⁺): "Kursdiplomierte und Stationsgehilfen".

Die beiden ersten Gruppen stellen rund drei Viertel des befragten Personals der Ausbildungsabteilungen, die dritte einen ebenso großen Anteil des Personals der Versorgungsabteilungen.

Die Unterschiede zwischen Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen kommen hauptsächlich durch die Einschätzungen der Schüler zustande, welche die Patientenbedürfnisse fast durchgehend am stärksten akzeptierten.

Die Akzeptierung von Patientenbedürfnissen ist bei den 1977 befragten Schülern des Kurses 1975 - 1977 noch deutlich größer. Diese Tendenz läßt sich fast durchgehend nachweisen, bei zwei Bedürfnissen ist der "Zuwachs" an Akzeptierung auch statistisch signifikant:

Die Befriedigung sexueller Bedürfnisse der Patienten wurde nur von 20% der Schüler des Jahres 1975 als "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig" erachtet, die Schüler des Jahres 1977 dagegen waren zu 83% dieser Ansicht. Den Schutz der Patienten vor Verlust von privaten Gegenständen akzeptierten nur 67% des früheren Jahrganges gegenüber 96% der jüngst befragten Schüler (ABBILDUNG 3).

⁺) Die Zusammenfassung der Restgruppe rechtfertigt sich sowohl durch die ähnliche Ausbildungslänge, als auch die ähnlichen Ausbildungsinhalte. Bei den Stationsgehilfen wurde wegen der geringen Anzahl nicht weiter zwischen solchen "mit Zeugnis" und "ohne Zeugnis" unterschieden.

ABBILDUNG 3: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N= 15 bzw. 15 bzw. 36)⁺⁾ in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig". Gegenüberstellung der Einschätzungen durch die Schüler des 3.Jg., 1977 (N=24)

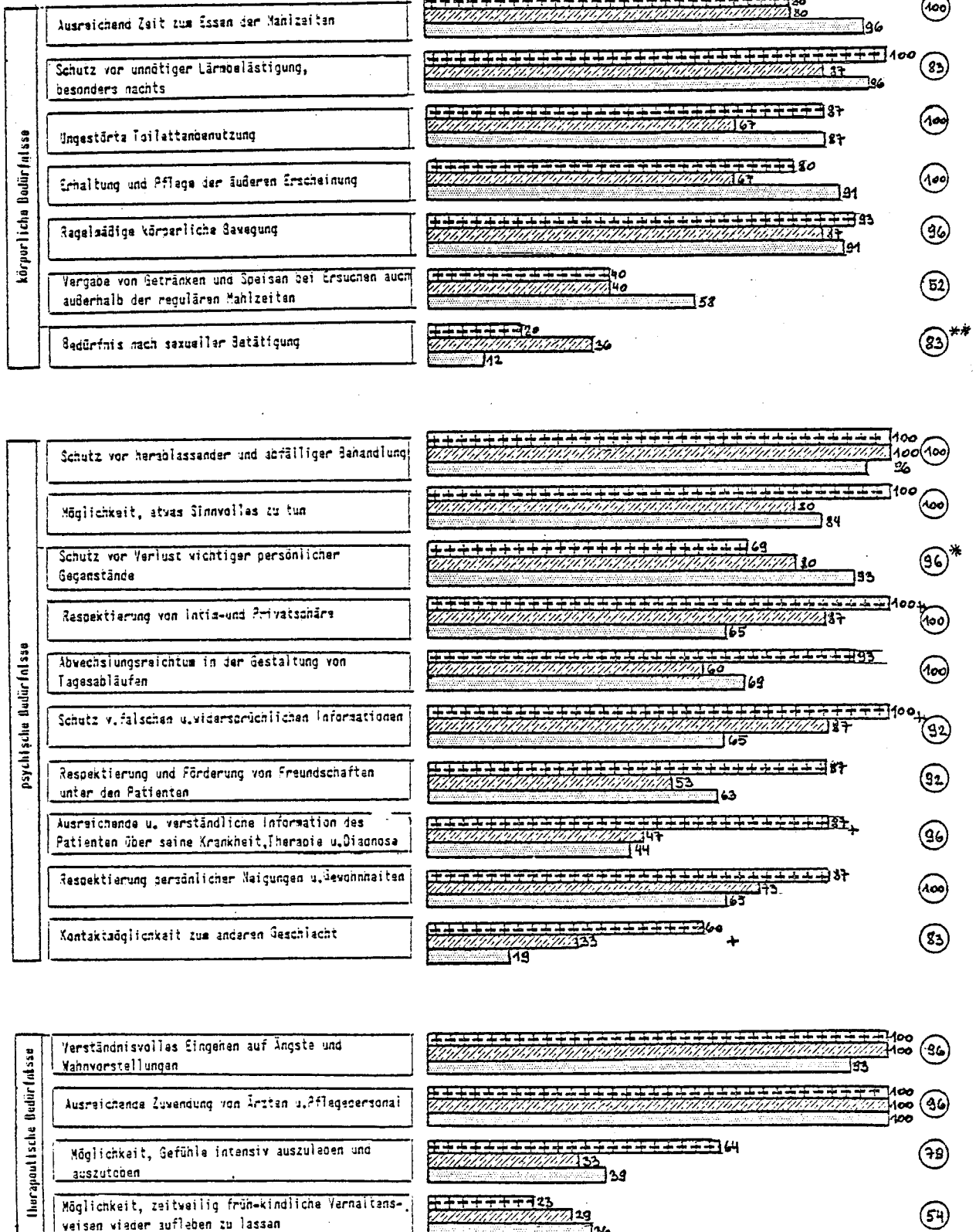
Vorgegebene Patientenbedürfnisse

POSITIV EINGESCHÄTZTE WICHTIGKEIT IN % DER BEFRAGTEN

Signifikanztests χ^2 $p < 0.05$ $p < 0.01$
 Vergleich Schüler/SchD/KD u. SHD * **
 Vergleich Schüler 75/Schüler 77 * **

Schüler
 Schuldiplomierte
 Kursdiplomierte u. Stationsgehilfen

Schüler
 1977



^{+) Bei der Differenzierung nach Qualifikationsgruppen verringert sich die Gesamtzahl der Befragten auf 66, da vier ausländische Arbeitskräfte nicht zugeordnet werden konnten.}

Wie verhalten sich aber die unterschiedlichen Akzeptierungsgrade der 1975 befragten Qualifikationsgruppen zueinander ? Im Vergleich zu den Schuldiplomierten gaben die Schüler durchgehend stärker patientenorientierte Antworten. Sowohl auf der somatischen als auch auf der psychischen Ebene gibt es nur je ein Bedürfnis, das von den Schuldiplomierten stärker akzeptiert wurde. Lediglich auf der therapeutischen Ebene ergeben sich keine konsistenten Unterschiede zwischen diesen Gruppen.

Diese Charakterisierung gilt gleichermaßen auch für das Verhältnis zwischen Schülern und Nicht-Schuldiplomierten - mit Ausnahme der somatischen Ebene, auf der keine Unterschiede auftreten.

Dementsprechend ergibt sich das überraschende Resultat, daß Schuldiplomierte im Vergleich zu den Kursdiplomierten und Stationsgehilfen Patientenbedürfnisse der psychischen und therapeutischen Ebene etwa gleich, der somatischen Ebene aber deutlich weniger akzeptierten.

Wie ist diese deutlich geringere Patientenorientierung der Schuldiplomierten zu erklären ? Sicherlich spielen hier Selektionsvorgänge eine Hauptrolle. Es ist bekannt, daß gerade engagierte Schulabsolventen das Krankenhaus enttäuscht verlassen und die Abgangsraten besonders hoch bald nach Abschluß der Schule sind (vgl. Teil IV, 1. 6).

Im Sinne der obigen Ausführungen läßt dies darauf schließen, daß für diese Personen ein Kompromiß zwischen internalisierten Werten und situativen Möglichkeiten nicht mehr möglich ist.

Eine weitere Interpretationsmöglichkeit für die Differenzen zwischen Schülern und Schuldiplomierten ist, daß die Bedeutung des situativen Kontextes mit der Zeit zunimmt, sodaß die länger in der Institution Arbeitenden unter dem Druck der "Realität" ihre Orientierungswerte verändern. Die Gegenüberstellung von Personen gleicher Ausbildung, aber unterschiedlich langer Dienstzeit könnte Aufschlüsse über eventuelle "Desillusionierungsvorgänge", die nicht zum Abwandern, sondern zu einer Anpassung führen, geben.

Dauer der Institutionszugehörigkeit

Der Vergleich von Schuldiplomierten unterschiedlich langer Zugehörigkeit ist durch die geringe Gruppengröße (sieben Personen 6 - 10 Jahre, acht Personen 1 - 5 Jahre) nur begrenzt verallgemeinbar. Bei drei Bedürfnisindikatoren sind beträchtliche Differenzen festzustellen: Information der Patienten; Möglichkeit für die Patienten, etwas Sinnvolles zu tun; Respekt für Patientenfreundschaften. Die Wichtigkeit dieser Bedürfnisse wurde jeweils durch die der Institution kürzer Zugehörigen erheblich stärker betont, z.B. hielten 88 % der "jüngeren" Schuldiplomierten die Möglichkeit, etwas Sinnvolles tun zu können, für unbedingt notwendig, gegenüber nur 14 % der "älteren".

Ein weiterer Vergleich in dieser Richtung ist durch die Gegenüberstellung all jener Kursdiplomierten bzw. Stationsgehilfen, die vor dem Jahr 1961 eingetreten sind, mit den danach entsprechend dem Krankenpflegegesetz 1961 ausgebildeten Stationsgehilfen möglich. Auch hier sind nur wenige Differenzen deutlich ausgeprägt. Die neuartig ausgebildeten Stationsgehilfen zeichnen sich durch höhere Akzeptierung der Bedürfnisse nach patienteninternen Freundschaften und nach Möglichkeiten zu Kontakten mit dem anderen Geschlecht aus. So hielten z.B. 58 % der ehemaligen "Irrenpfleger" zwischengeschlechtliche Kontakte für unwichtig, aber nur 8 % der neu ausgebildeten Stationsgehilfen.

Die angeführten Belege sind mit der These einer zunehmenden "Desillusionierung" vereinbar. Sie deuten zugleich an, in welche Richtung dieser Prozeß verläuft. Betroffen von der Rücknahme an Akzeptierung sind vor allem Bedürfnisse, die durchschnittlich sehr schlecht erfüllt sind (vgl. 2), für deren Befriedigung aber das Pflegepersonal nicht direkt verantwortlich ist. Die Anpassung des Bewußtseins an die objektive Situation ist somit durchaus "realistisch".

1. 1. 3 Zusammenfassung

Hat die offene Frage nach besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker lediglich bei der Hälfte der Befragten eine akzeptierende Grundhaltung ergeben, zeigt das Ergebnis der systematischen Befragung nach der Wichtigkeit konkreter Patientenbedürfnisse, daß das Bewußtsein des Großteils der Befragten so patientenfeindlich nicht ist, wie häufig in der Literatur behauptet oder auch von Experten bei Interviews im Rahmen dieser Studie zum Ausdruck gebracht wurde. Die Befragung brachte aber auch zutage, daß trotz genereller Akzeptierung doch Ablehnung und Ambivalenz im Bewußtsein des Pflegepersonals angelegt sind. Freilich sind Ambivalenz und Ablehnung nicht hauptsächlich das Ergebnis eines stereotypen Musters irrationaler Vorurteilshaftigkeit: Die Ablehnung sexueller Betätigung nährt sich z.B. ganz wesentlich aus einem allgemeinen gesellschaftlichen Tabu. Die geringe Akzeptierung von gemischtgeschlechtlichen Sozialkontakten entspricht der Realität des Psychiatrischen Krankenhauses und der dort praktizierten, überholten, antitherapeutischen Geschlechtertrennung. Auf die prägende Wirkung von täglich erlebten Einschränkungen und Notwendigkeiten, vor allem bei kontinuierlicher Erfahrung, wurde schon mehrmals verwiesen. Sie bedingen primär Abstriche bei individualisierter Bedürfnisbefriedigung und erzeugen eine Tendenz zur umfassenden Kontrolle. Eingespielte Routinen der psychiatrischen Krankenversorgung und ihre ideologische Rechtfertigung - wie etwa die Vorenthaltung von Informationen - werden von den statushöheren Ärzten täglich neu verstärkt (vgl. 2. 3. 5). Die Beispiele ließen sich vermehren.

Aus der Perspektive einer an den Bedürfnissen der Patienten orientierten umfassenden Versorgungswissenschaft muß jedoch - bei aller Berücksichtigung sachlicher Notwendigkeiten in komplexen Organisationen und unter Anerkennung prinzipieller Interessensgegensätze zwischen Patient und Institution

(RASPE, 1976a) - auf einem möglichst hohen Niveau der Bedürfnisbefriedigung auf allen Ebenen insistiert werden, aus humanitären wie aus gesundheitspolitischen Gründen. Dabei kann - für einzelne Bedürfnisse - auf zunehmende empirische Evidenz verwiesen werden. So zeigen etwa Untersuchungen in der BRD zum Problem der Patienteninformation (SIEGRIST, 1977) die versorgungsstrategische Bedeutung einer adäquaten Befriedigung ebenso wie die Interessensbedingtheit der derzeit zumeist ungenügenden Informiertheit.

1. 2 Wahrnehmung und Bewertung der Versorgung von Patientenbedürfnissen

1. 2. 1 Wahrnehmung der Versorgung von Patientenbedürfnissen im allgemeinen

1. 2. 1. 1 Als gut versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse

Die Ergebnisse sind in TABELLE 3 zusammengefaßt. Innerhalb von Bedürfnisebenen werden jeweils krankheitsbedingte von allgemeinen Bedürfnissen unterschieden.

TABELLE 3: Als gut versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen, Bedürfnislagen und Abteilungstyp^{*)}

Bedürfnisse	Abteilungstyp						gesamt
	Ausbildung			Versorgung			
	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.	
<u>körperliche Bedürfnisse</u>	88 %	67 %	77 %	76 %	100 %	86 %	81 %
allgemeine körperliche Bedürfnisse	53 %	39 %	46 %	57 %	79 %	66 %	56 %
- Essen	47 %	24 %	34 %	57 %	71 %	63 %	49 %
- Reinlichkeit/Hygiene	6 %	6 %	6 %	19 %	50 %	31 %	19 %
- Schlafen	24 %	6 %	14 %	10 %	-	6 %	10 %
- andere	18 %	17 %	17 %	29 %	14 %	23 %	20 %
krankheitsbed.körperliche Bedürfnisse (Pflege und/oder medizinische Versorgung körperlicher Leiden)	47 %	39 %	43 %	33 %	50 %	40 %	41 %
<u>psychische Bedürfnisse</u>	12 %	11 %	11 %	19 %	36 %	26 %	19 %
allgem.psychische Bedürfnisse	-	-	-	19 %	14 %	17 %	9 %
krankheitsbed. psych. Bedürfnisse (therapeutische Versorgung psychischer Leiden)	12 %	11 %	11 %	5 %	21 %	12 %	11 %
<u>soziale Bedürfnisse</u> (Rehabilitation)	6 %	-	3 %	-	-	-	1 %
alle Bedürfnisse erfüllt	6 %	6 %	6 %	10 %	-	6 %	6 %
gar keine Bedürfnisse erfüllt	-	-	-	5 %	-	3 %	1 %
N=	(17)	(18)	(35)	(21)	(14)	(35)	(70)

*) "Welche Bedürfnisse der Patienten werden Ihrer persönlichen Meinung nach auf diesem Pavillon eher gut erfüllt?"

*) Da Mehrfachnennungen möglich waren, addieren sich die Prozentsätze nicht auf 100, sondern sind jeweils bezogen auf das N der entsprechenden Untergruppe der Befragten

Die Befragten hielten vor allem körperliche Bedürfnisse für gut erfüllt, vier Fünftel nannten mindestens ein solches. Dagegen bezeichnete nur ein Fünftel der Befragten psychische Bedürfnisse der Patienten als gut erfüllt, soziale Bedürfnisse wurden gar nur von einer einzigen Person genannt.

Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten nannten allgemeine körperliche Bedürfnisse als gut erfüllt. Die dabei erwähnten Bedürfnislagen beziehen sich überwiegend auf die Qualität und Quantität der verabreichten Nahrung, auch Reinlichkeit und Körperhygiene wurden häufig erwähnt. Andere Bedürfnisse wie Schlafen, Bewegung und Bekleidung wurden nur von ganz wenigen Personen genannt.

Zwei Fünftel der Befragten betrachteten krankheitsbedingte körperliche Bedürfnisse, d.h. die medizinisch/pflegerische Versorgung körperlicher Leiden als gut erfüllt, wobei deutlich mehr Nennungen auf pflegerische Versorgung entfielen. Nur 11 % der Befragten sahen die psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung, eines der zentralen deklarierten Ziele der Institution als gut erfülltes Bedürfnis. Noch weniger Personen betrachteten die allgemein psychischen Bedürfnisse der Patienten als gut erfüllt. Erwähnt wurden vor allem Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (Karten-, Schachspielen, Kommunikation der Patienten untereinander).

Insgesamt vier der Befragten waren der Meinung, daß "alle" Bedürfnisse der Patienten durch die Institution gut erfüllt seien, ein Pfleger meinte dagegen "gar keine" Bedürfnisse würden gut erfüllt, ein anderer "die nötigsten, die ein Mensch hat" (AM, 01). Vier der Befragten waren der Auffassung, es ginge den Patienten relativ gut - gemessen an Altersheimstandards, am früheren Lebensstandard der Patienten oder an ihren aktuellen Lebenschancen außerhalb der Anstalt ("sie sind ja nicht lebensstüchtig", VM, 18). Ein Pfleger schließlich nannte den "Schutz der Gesellschaft" als gut befriedigtes Patientenbedürfnis (VM, 12), eine Schwester das Bedürfnis "sich nicht zu betätigen" (AF, 14).

Den Status der Patienten als Objekt körperlicher Pflege illustriert exemplarisch folgende, von einem Schuldiplomierten gegebene Antwort:

"Wünsche wie Verband wechseln, Nägel schneiden, Hustensaft, Vitamintabletten, Abführmittel, Kleinigkeiten aus dem Geschäft, schmerzstillende Mittel noch bevor sie der Arzt verordnet, Verabreichung von Fruchtsäften, wenn zeitlich möglich, kalter Tee bei Hitze, Luftzirkulation, Seitenwechsel bei liegenden Patienten ..." (VM, 03).

1. 2. 1. 2 Als schlecht versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse

Die Einschätzung der Erfüllung von körperlichen und psychischen Bedürfnissen kehrt sich wie erwartet um (TABELLE 4). Von etwa drei Fünftel aller Befragten wurden psychische Bedürfnisse als schlecht erfüllt genannt, von fast zwei Fünftel der Befragten auch körperliche Bedürfnisse. Soziale Bedürfnisse wurden auch unter den schlecht erfüllten kaum erwähnt.

Unter den körperlichen Bedürfnissen wurden jene, die unmittelbar mit der materiellen Ausstattung einer Abteilung zusammenhängen, am häufigsten angeführt: Überfüllung, zu große Räume, Mangel an Möbeln, unzulängliche sanitäre Anlagen etc.

"Das hier ist wie die Unterstellung von Menschen in einem Stall" (AM, 01).

"Steinböden - die Patienten gehen barfuß, Klosetts gleich neben den Aufenthaltsräumen" (VM, 11).

Unter den psychischen Bedürfnissen wurde die Untätigkeit, mangelnde Beschäftigung und geringe Abwechslung am häufigsten als negativ empfunden. Auch das Fehlen einer psychotherapeutisch/psychiatrischen Behandlung wurde kritisch vermerkt.

Beispielhaft die Antworten einiger Pflegepersonen:

"Man kümmert sich nicht viel um sie, alles ist meist Routine" (AM, 07).

"Derzeit ist nicht einmal Zeit genug, den Patienten anzuhören und mit ihm zu sprechen" (AM, 17).

"Schön haben sie es nicht hier, sie sind arm, weil sie immer eingesperrt sind" (VM, 15).

Insgesamt fünf Befragte waren der Meinung, daß es keine schlecht befriedigten Patientenbedürfnisse in ihren Abteilungen gäbe. Vier Befragte gaben keine Antwort. Eine Schwester meinte, die Patientinnen ihrer Abteilung hätten "kaum mehr Bedürfnisse" (VF, 01).

TABELLE 4: Als schlecht versorgt wahrgenommene Patientenbedürfnisse, zusammengefaßt nach Bedürfnisebenen, Bedürfnislagen und Abteilungstyp^{*)})

Bedürfnisse	Abteilungstyp						gesamt
	Ausbildung			Versorgung			
	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.	
körperliche Bedürfnisse	29 %	28 %	29 %	52 %	36 %	46 %	37 %
- mit materieller Ausstattung zusammenhängend	24 %	28 %	26 %	10 %	-	6 %	16 %
- individuelle Versorgung	12 %	11 %	11 %	14 %	-	9 %	10 %
- Essen	6 %	6 %	6 %	14 %	7 %	-	9 %
- körperliche Bekleidung	-	11 %	6 %	14 %	7 %	11 %	9 %
- andere	6 %	-	3 %	5 %	21 %	11 %	7 %
psychische Bedürfnisse	76 %	83 %	80 %	33 %	36 %	34 %	57 %
allgemeine psychische Bedürfnisse							
- Selbstverwirklichung (Beschäftigung, Tätigkeit)	41 %	17 %	29 %	-	14 %	6 %	17 %
+ emotionale Zuwendung	-	28 %	14 %	5 %	7 %	16 %	10 %
- Respektierung der persönlichen Identität	18 %	6 %	11 %	14 %	-	9 %	10 %
- andere	29 %	6 %	17 %	5 %	-	3 %	10 %
krankheitsbedingte psychische Bedürfnisse (psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung)	-	28 %	14 %	14 %	21 %	17 %	16 %
soziale Bedürfnisse	12 %	-	6 %	29 %	7 %	20 %	13 %
krankheitsbedingte soziale Bedürfnisse (Entlassung, Rehabilitation)	12 %	-	6 %	19 %	7 %	14 %	10 %
andere	-	-	-	10 %	-	16 %	3 %
keine schlecht erfüllten	-	-	-	14 %	14 %	14 %	7 %
Patienten haben keine Bed. mehr	-	-	-	-	7 %	3 %	1 %
keine Antwort	6 %	-	3 %	-	21 %	9 %	6 %
N=	(17)	(18)	(35)	(21)	(14)	(35)	(70)

*) "Und welche Patientenbedürfnisse werden eher schlecht erfüllt?"

*) Da Mehrfachnennungen möglich waren, addieren sich die Prozentsätze nicht auf 100, sondern sind jeweils bezogen auf das N der entsprechenden Untergruppe

1. 2. 1. 3 Zusammenfassung

Nach der spontan geäußerten Ansicht der Befragten scheint die Versorgung körperlicher Bedürfnisse in den jeweiligen Abteilungen deutlich besser gesichert zu sein, als die Befriedigung psychischer Bedürfnisse. Körperliche Bedürfnisse werden mit Abstand häufiger als gut erfüllt wahrgenommen (81 % zu 37 %), psychische Bedürfnisse ebenso eindeutig als schlecht erfüllt (57 % zu 19 %). Körperlichen Bedürfnissen wird auch insgesamt erheblich mehr Aufmerksamkeit geschenkt als psychischen, die von mindestens einem Viertel der Befragten gar nicht erwähnt wurden. Völlig unter der Wahrnehmungsschwelle der Befragten dürften soziale Patientenbedürfnisse liegen: Nur jeder siebente Befragte nannte ein solches Bedürfnis als gut oder schlecht erfüllt.

Unter den körperlichen Bedürfnissen würde die krankheitsbedingte Versorgung von Leiden ausschließlich als gut erfülltes Bedürfnis genannt, dagegen würde die Befriedigung allgemeiner körperlicher Bedürfnisse unterschiedlich beurteilt. Letzteres gilt auch für die psychischen Bedürfnisse, bei denen allerdings krankheitsbedingte Bedürfnisse bezeichnenderweise fast nicht erwähnt wurden.

1. 2. 2 Bewertung der Versorgung unterschiedlicher Patientenbedürfnisse

1. 2. 2. 1 Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten

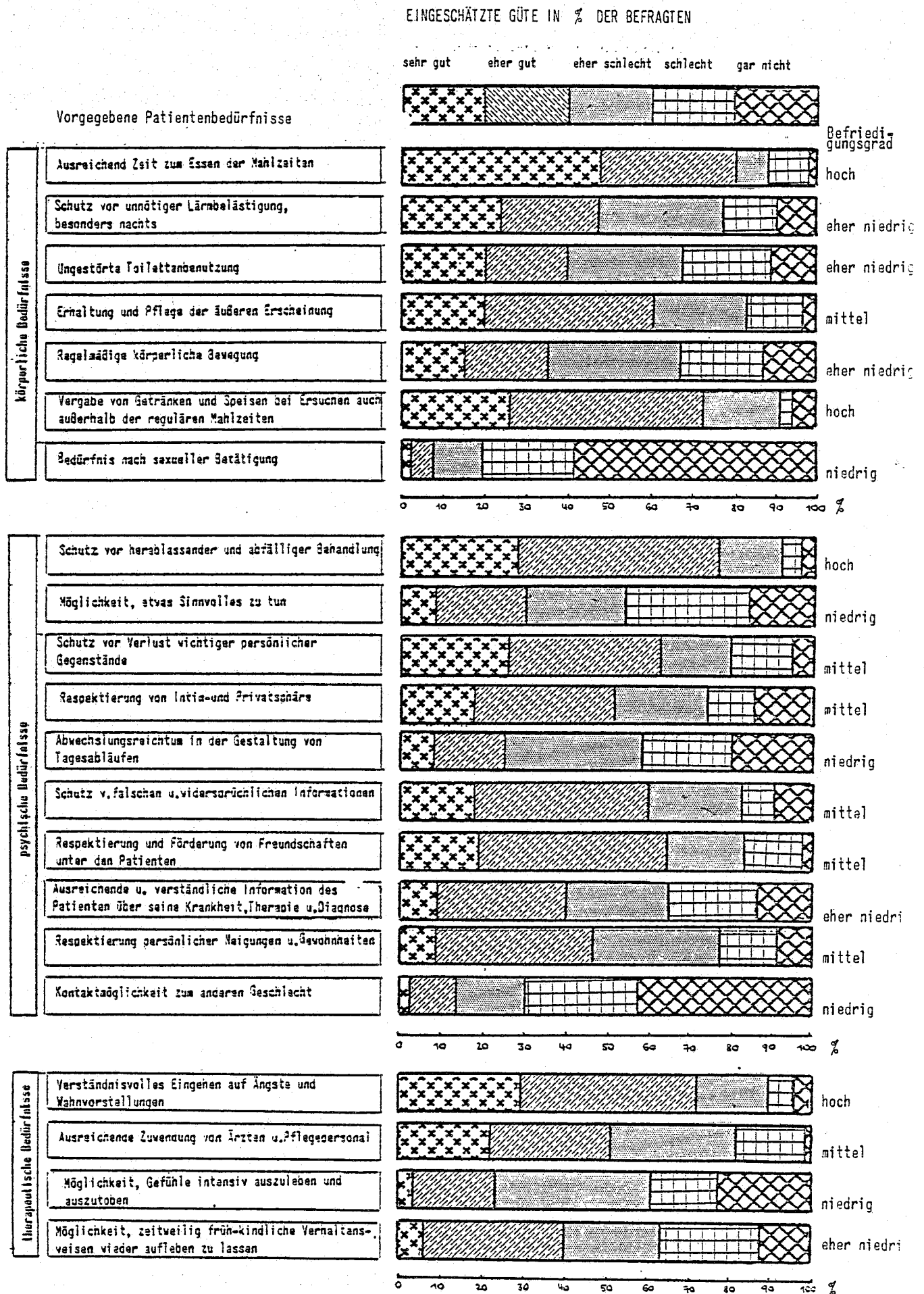
Die Befriedigung vieler der vorgegebenen Patientenbedürfnisse ist nach Ansicht des befragten Pflegepersonals nicht oder nur unzureichend gesichert. Die Bewertungen konzentrieren sich eher bei den negativen Vorgaben "eher schlecht", "schlecht" und "gar nicht" (ABBILDUNG 4). Bei 11 der 21 Bedürfnisindikatoren entschlossen sich mehr als 50 % der Befragten für eine Bewertung innerhalb des Spektrums dieser negativen Vorgaben.

Bei jedem der vorgegebenen Patientenbedürfnisse gab es eine Minderheit von Befragten, die es als "gar nicht" erfüllt ansahen. Bei 11 der 21 Bedürfnisindikatoren ist diese Minderheit größer als 10 %. Dagegen bewerteten nur bei 9 der 21 vorgegebenen Bedürfnisse mehr als ein Fünftel der Befragten deren Befriedigung als "sehr gut".

Über die Rangordnung der eingeschätzten Befriedigung der einzelnen Bedürfnisse lassen sich folgende Aussagen treffen (ABBILDUNG 4):

- Zur Kategorie mit hohem Befriedigungsgrad gehören vier Bedürfnisse, deren Befriedigung von etwa drei Viertel der Befragten als "sehr gut" oder "gut" angesehen wurde und in denen die Besetzung der zwei negativsten Vorgaben deutlich unter 10 % liegt. Zwei dieser Bedürfnisse sind der somatischen, je eines der psychischen bzw. der therapeutischen Ebene zuordenbar.
- Es folgen Bedürfnisse, deren Befriedigung nach Ansicht der Befragten mittelmäßig gewährleistet ist, d.h. positive Einstufungen (Vorgaben 1, 2) und negative Bewertungen (3 bis 5) halten sich etwa das Gleichgewicht. Es handelt sich um ein somatisches, fünf psychische und ein therapeutisches Bedürfnis.
- Auf der nächsten Stufe finden sich fünf Bedürfnisse, deren Befriedigungsgrad als eher niedrig eingestuft wurde. Der Anteil der Befragten, der sie für "eher schlecht" bis "gar nicht" befriedigt hielt, erreicht bereits deutlich das Übergewicht, die positiven Einschätzungen machen nur mehr 40 % aus. Unter den vier Bedürfnissen sind drei somatische, ein psychisches und ein therapeutisches.
- Zur Kategorie mit niedrigem Befriedigungsgrad zählen jene Bedürfnisse, die von mindestens zwei Drittel der Befragten als schlecht befriedigt eingeschätzt wurden. Es sind dies insgesamt fünf Bedürfnisse, drei psychische, ein somatisches und ein therapeutisches.

ABBILDUNG 4: Die Einschätzung der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent



Die systematische Befragung erbringt als ein Hauptergebnis, daß die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse ebenfalls als prekär angesehen wurde und daß somit die Unterschiede in der wahrgenommenen Befriedigungsgüte zwischen körperlichen und psychischen Bedürfnissen nur gering sind.

Aus der Akzeptierung von Patientenbedürfnissen wurden vorwiegend Aussagen über den Bewußtseinsstand der befragten Angehörigen des Pflegepersonals abgeleitet. Die Einschätzung der Befriedigung dieser Patientenbedürfnisse in den jeweiligen Abteilungen durch das Pflegepersonal erlauben zunächst ebenfalls Schlüsse auf den Bewußtseinsstand der Befragten.

Patientenbedürfnisse scheinen danach besonders schlecht erfüllt zu sein, wenn sie durch Verbote in bezug auf das sie befriedigende Patienten- oder Pflegerverhalten geregelt sind (Beispiele dafür sind: Sexualität, gemischtgeschlechtlicher Kontakt, Ausleben von Gefühlen und Regression, Patienteninformation über Krankheit).

Als gut befriedigt betrachtet wurden demgegenüber Bedürfnisse, für die es positive Gebote für Pflegepersonal oder Ärzte gibt, wie z.B. Nahrungsaufnahme, Schutz vor schlechter Behandlung, Eingehen auf Symptome, Zuwendung.

Es ist anzunehmen, daß das Vorhandensein von Verbots- oder Gebotsregeln für das Pflegepersonal am ehesten gewisse Verzerrungen bei der Einschätzung der tatsächlichen Befriedigungsgüte verursacht haben kann.

Von den restlichen vorgegebenen Bedürfnissen wurden jene als relativ gut befriedigt beurteilt, die nicht explizit geregelt sind und die von institutionellen, personellen und materiellen Voraussetzungen nur bedingt abhängig sind. Es sind dies: Schutz vor Verlust persönlicher Gegenstände, Respektierung von Privatsphäre und von Gewohnheiten der Patienten. Nach Ansicht der Befragten ist die Versorgung derjenigen körperlichen Bedürfnisse, die in besonderem Maß an bauliche oder personelle Ressourcen geknüpft sind, zum Teil sehr unbefriedigend. Das trifft zu auf: ungestörte

Toilettenbenutzung, ausreichende Bewegung, Schutz vor Schlafstörungen durch Lärm und adäquate Körperpflege. Weiters dürften auch Regeln eine Rolle spielen, wenn beispielsweise Körperpflege besser gewährleistet zu sein scheint als körperliche Bewegung. Äußerst schlecht wurde schließlich die Befriedigung jener Bedürfnisse eingeschätzt, die an (fehlende) institutionelle Voraussetzungen gebunden sind. So finden nach Ansicht der Befragten Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus kaum eine Möglichkeit, etwas Sinnvolles zu tun, oder ihre Tage abwechslungsreich zu verbringen.

Vor allem interessiert natürlich, inwieweit den Einschätzungen des Pflegepersonals Realitätsgehalt zukommt. Obwohl diese Einschätzungen in einer täglichen Auseinandersetzung mit einer objektivierbaren Realität zustandekommen, sind sie doch subjektiven Verzerrungen unterworfen, die sich aus situationsbedingten Interessen, unterschiedlichen Wertmaßstäben und Wahrnehmungsfähigkeiten ergeben können. Durch eine Analyse von Variationen soll daher vorerst der Bedeutungsgehalt der Pflegepersonal-Einschätzungen abgeschätzt werden.

Vergleicht man die Ergebnisse der offenen und der geschlossenen Befragung, so treten keine direkten Widersprüche auf. Die feststellbaren Differenzen sind zum Teil ein Produkt der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen: In den Antworten auf die offenen Fragen gibt es Lücken und Gewichungen, die Indikatorwert für die Wahrnehmungsschwellen und die Aufmerksamkeitsverteilung der Befragten in bezug auf Patientenbedürfnisse haben. In den Antworten auf die geschlossenen Fragen ist dagegen einzukalkulieren, daß der Vorteil der systematischen Erfassung durch für die Gültigkeit nachteilige Antworttendenzen, wie z.B. Erwartungseffekte, reduziert wird.

1. 2. 2. 2 Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten

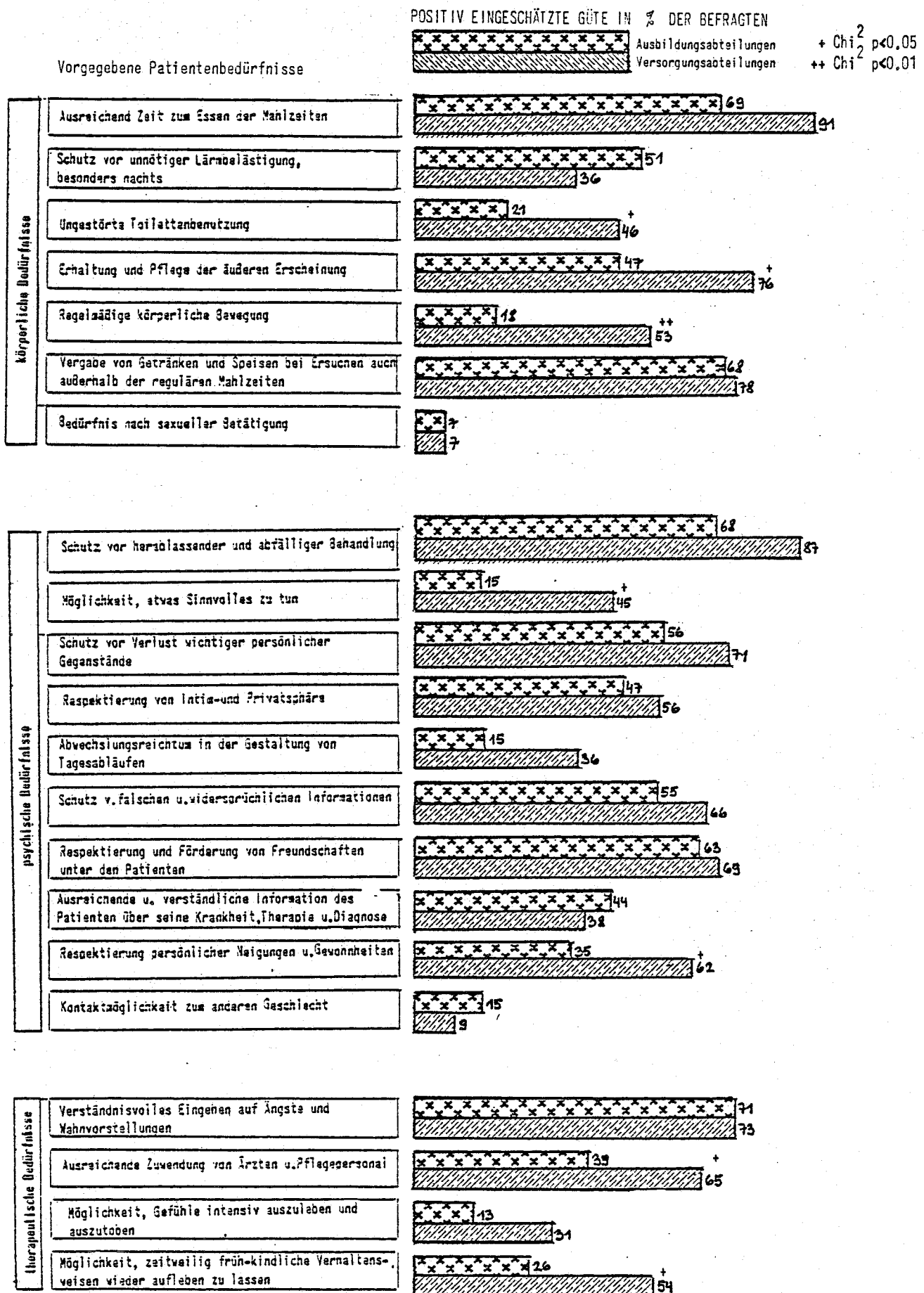
Unterschiede nach Abteilungszugehörigkeit

Zunächst ist von Interesse, ob die Einschätzung der Patientensituation mit der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Abteilungstyp variiert. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Versorgungsvoraussetzungen in den Ausbildungsabteilungen günstiger sind (vgl. Teil IV), sodaß eine günstigere Einschätzung der Patientenlage durch das Personal dieser Abteilungen erwartet werden müßte.

Das tatsächliche Ergebnis widerspricht dieser Erwartung. Das Personal der Ausbildungsabteilungen schätzte die Versorgungslage der Patienten durchschnittlich wesentlich ungünstiger ein als das Personal der Versorgungsabteilungen (ABBILDUNG 5, TABELLEN 3 und 4). Besonders deutlich sind diese Differenzen auf der Ebene der psychischen Bedürfnisse. Bei den offenen Antworten wurden psychische Bedürfnisse unter den schlecht erfüllten nur von einem Drittel des Versorgungsabteilungspersonals, aber von vier Fünftel des Ausbildungsabteilungspersonals genannt. Ein noch geringerer Prozentsatz (ca. ein Viertel) der Befragten der Versorgungsabteilungen nannte psychische Bedürfnisse als positiv erfüllt; was auf eine relativ geringe Bedeutsamkeit dieser Bedürfnisebene im Bewußtsein dieser Befragtengruppe schließen läßt. Bei der Beantwortung der geschlossenen Fragen ergab sich, daß die Mitglieder der Versorgungsabteilungen durchaus eine kritische Ansicht über die Befriedigungsgüte psychischer Patientenbedürfnisse haben, aber die Situation insgesamt tendenziell doch besser einschätzten als Mitglieder der Ausbildungsabteilungen.

Auf der Ebene der körperlichen Patientenbedürfnisse sind die Differenzen zwischen den Abteilungstypen geringer. Bei den offenen Antworten ist der Anteil der Befragten, die positiv oder negativ erfüllte Patientenbedürfnisse nannten, jeweils in den Versorgungsabteilungen größer. Dies belegt vor allem,

ABBILDUNG 5: Vergleich der Einschätzungen der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "sehr gut" und "eher gut"



wie sehr diese Bedürfnisebene im Bewußtsein dieser Personalgruppe im Vordergrund steht. Bei den geschlossenen Fragen zur Befriedigung körperlicher Bedürfnisse läßt sich dagegen eine deutlich ungünstigere Beurteilung durch das Ausbildungsabteilungspersonal feststellen.

Welche Aussagekraft kommt aufgrund dieser Ausführungen den Ergebnissen zu ? Das Pflegepersonal der Ausbildungsabteilungen ist wesentlich besser qualifiziert. Es kann davon ausgegangen werden, daß bessere Qualifikation zu einer besseren Kenntnis über "Soll-Zustände" und damit höhere Standards der Patientenversorgung impliziert. Zum anderen, daß durch die Einbeziehung psycho-sozialer Fächer in die Ausbildung des diplomierten Pflegepersonals insbesondere eine höhere Sensibilität für psychische Patientenbedürfnisse ausgebildet wird. Dies konnte bereits bei der Analyse des zugeschriebenen Patientenstatus belegt werden. Daraus folgt, daß den Einschätzungen des Pflegepersonals der Ausbildungsabteilungen größere Gültigkeit in bezug auf die tatsächliche Lage der Patienten zugeschrieben werden muß und daß damit die Beurteilungen des Pflegepersonals der Versorgungsabteilungen unrealistisch positiv sein dürften. Dies sei nochmals durch ein Beispiel belegt: Es gibt Patientenbedürfnisse, die nach den Ergebnissen der Beobachtungsstudie (vgl. 2) in allen untersuchten Abteilungen völlig unzureichend bis gar nicht befriedigt werden. Dazu gehören etwa die Möglichkeit etwas Sinnvolles zu tun sowie der Abwechslungsreichtum von Tagesabläufen. Diese Bedürfnisse wurden aber dennoch von 45 % bzw. 36 % der Befragten in den Versorgungsabteilungen als positiv erfüllt betrachtet, in den Ausbildungsabteilungen dagegen nur von je 15 %.

Die vorangegangenen Ausführungen haben sich vor allem auf die unterschiedliche Qualifikations-Zusammensetzung der Abteilungstypen gestützt. Im folgenden soll deshalb noch eine Differenzierung nach den hauptsächlichen Qualifikationsgruppen unabhängig von der Abteilungszugehörigkeit vorgenommen werden. Es ist noch darauf hinzuweisen, daß ein Ein-

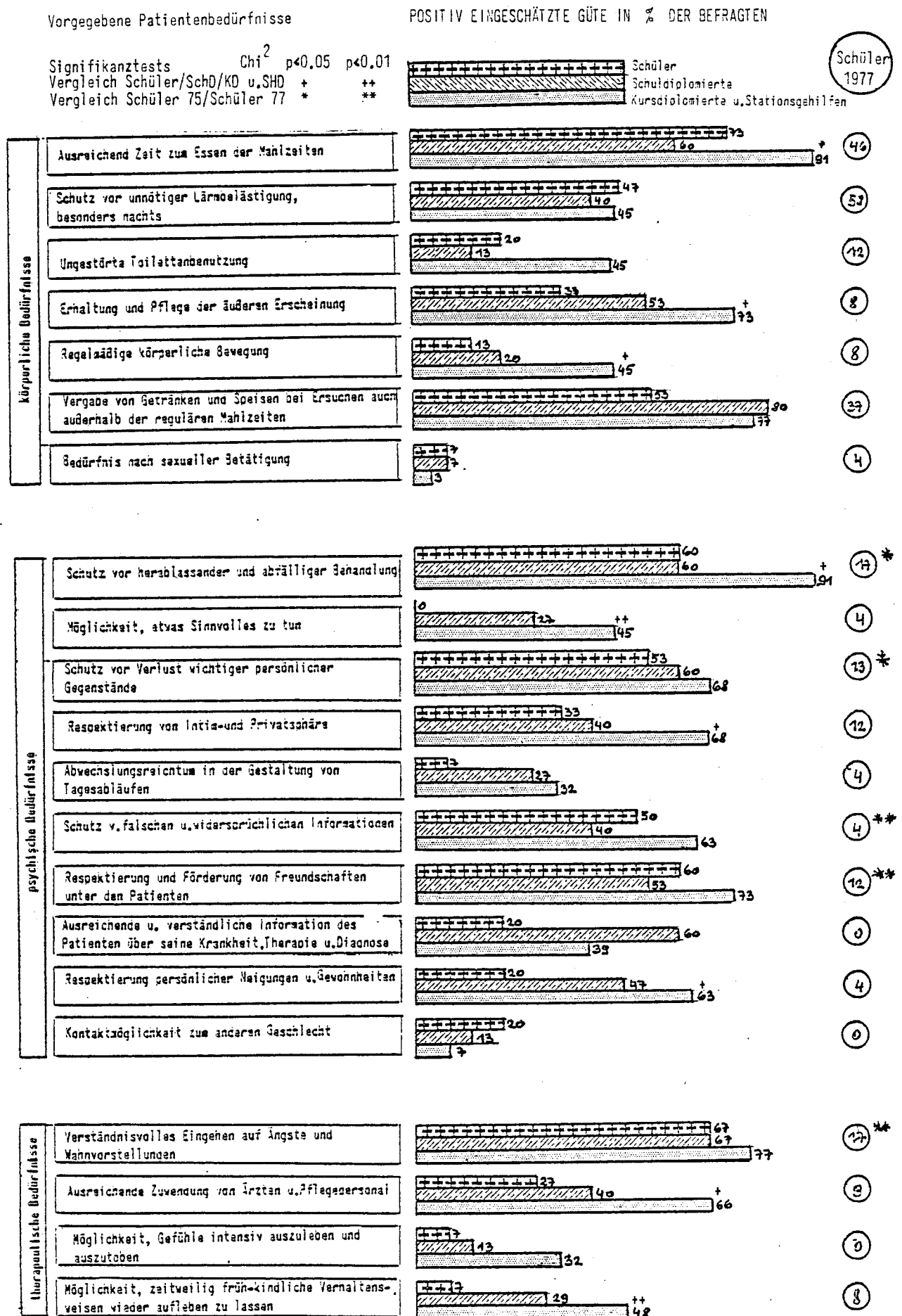
fluß von unterschiedlichen Abteilungsstandards an den vergleichbaren Gruppen der Stationsgehilfen in Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen nicht festgestellt werden konnte.

Unterschiede nach Qualifikation

Die Aufschlüsselung der Einschätzungsunterschiede nach Qualifikationsgruppen bestätigt die bisherigen Interpretationen: Je höher die Qualifikation, desto ungünstiger ist die Beurteilung der Patientenversorgung, und zwar auf allen Bedürfnisebenen (ABBILDUNG 6). Im Unterschied zur Einschätzung der Wichtigkeit von Patientenbedürfnissen ist bei der Beurteilung der Befriedigungsgüte eine Annäherung der Schuldiplomierten an die Schüler festzustellen. Zwar sind die Schüler durchschnittlich kritischer, vor allem was die therapeutische und psychische Bedürfnisebene angeht, aber die hauptsächliche Differenz besteht doch zwischen Schülern bzw. Schuldiplomierten gegenüber Nicht-Schuldiplomierten.

Auch hier ist die Einschätzung der 1977 befragten Schüler des Kurses 1975 - 1977 von Interesse. Man kann davon ausgehen, daß sich die reale Situation der Patientenversorgung in dieser kurzen Zeitspanne nur unwesentlich verändert hat. Die Differenzen zwischen den 1975 bzw. 1977 befragten Schülern bedeuten allerdings eine nach sozialwissenschaftlichen Maßstäben beträchtliche Veränderung - in Richtung einer nahezu totalen und durchgängigen Desillusionierung. Bei keinem der 14 vorgegebenen psychischen und psychotherapeutischen Bedürfnisse überschreitet der Anteil der Befragten, die die Patientenversorgung positiv einschätzten, die 20 % Grenze! (Dies war immerhin bei 10 Bedürfnissen in der früheren Befragung der Fall.) Bei fünf dieser Bedürfnisse ist die Einschätzung der Befriedigungsgüte durch die 1977 Befragten signifikant ungünstiger als die der 1975 befragten Schüler. Auch auf der Ebene der körperlichen Bedürfnisse ist die Beurteilung der Situation deutlich negativer: Es waren etwa nur mehr 8 % der 1977 Befragten der Auffassung, daß die

ABBILDUNG 6: Vergleich der Einschätzungen der Güte der Befriedigung ausgewählter Patientenbedürfnisse durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "sehr gut" und "eher gut". Gegenüberstellung der Einschätzungen durch die Schüler des 3. Jg., 1977 (N=24)



Pflege der äußeren Erscheinung der Patienten positiv erfüllt sei (gegenüber 33% der 1975 befragten Schüler). Nach Ansicht der großen Mehrheit der 1977 befragten, relativ hochqualifizierten Gruppe ist das Psychiatrische Krankenhaus nur (mehr) auf ganz wenigen Bedürfnisdimensionen in der Lage, die Patientenversorgung auf einem angemessenen Niveau zu garantieren, nach den vorgegebenen Indikatoren am ehesten in den Bereichen Nahrung und Schlaf.

Die Differenz zwischen Schülern und Schuldiplomierten kann zumindest durch drei verschiedene Bedingungsfaktoren zustandekommen. Zum einen ist die Ausbildung in den letzten Jahren deutlich professioneller geworden, insbesondere die psychosozialen Fächer wurden erweitert (PELIKAN und LEITNER, 1974). Zweitens ist die Zusammensetzung des diplomierten Personals bereits durch Abgänge verändert. Drittens schließlich sind "Anpassungsvorgänge" an die Realität des Psychiatrischen Krankenhauses im Sinne einer Lockerung von Standards anzunehmen. Diese Annahme kann durch das vorhandene Material überprüft werden.

Unterschiede nach Dauer der Institutionszugehörigkeit

Der Vergleich von Schuldiplomierten unterschiedlich langer Zugehörigkeit zeigt, daß die länger im Krankenhaus Arbeitenden unkritischer (geworden ?) sind. Bei insgesamt sechs Indikatoren gibt es bemerkenswerte Unterschiede, die alle in diese Richtung gehen. So hielten etwa alle Diplomierten, die erst 1 - 5 Jahre in der Institution arbeiteten, die Befriedigung des Bedürfnisses nach regelmäßiger Bewegung für eher schlecht bis gar nicht erfüllt, während jedoch nur die Hälfte der sechs und mehr Jahre Arbeitenden diese Einschätzung trafen. Ein weiterer Beleg für eine mögliche Abstumpfung infolge langer Zugehörigkeit könnte die wesentlich kritischere Sicht der neuartig ausgebildeten Stationsgehilfen gegenüber den vor der Ausbildungsreform eingetretenen

Personen sein, die sich vor allem bei der Beurteilung psychischer Bedürfnisse zeigt. Daß diese Unterschiede kaum aufgrund veränderter Ausbildung zustande gekommen sein dürften, wird durch die weitgehende Ähnlichkeit beider Gruppen bei der Einschätzung der Wichtigkeit von Patientenbedürfnissen bestätigt.

1. 2. 2. 3 Zusammenfassung

Die systematische Befragung des Pflegepersonals über die Güte der Patientenversorgung anhand von vorgegebenen körperlichen, psychischen und therapeutischen Bedürfnisindikatoren erbrachte eine tendenziell ungünstige Einschätzung der Situation. Die Mehrheit der vorgelegten Bedürfnisse wurde als unzureichend erfüllt wahrgenommen. Körperliche Bedürfnisse werden nach Ansicht der Befragten durchschnittlich kaum besser erfüllt als psychische, v.a. wenn ihre Befriedigung an unzureichende bauliche und personelle Voraussetzungen gebunden ist. Verschiedene Auffassungen über die Güte der Patientenversorgung sind zur Hauptsache ein Ergebnis unterschiedlicher Qualifikation: Je höher der Qualifikationsgrad, desto ungünstiger die Beurteilung der Versorgungsleistungen des Krankenhauses. Alarmierend sind die Einschätzungen der 1977 befragten angehenden Diplompfleger bzw. -schwestern: Obwohl diese Personengruppe ihre Einschätzung auf Erfahrungen in den damals relativ am besten ausgestatteten Abteilungen stützte, war ihre Beurteilung bei weitem die ungünstigste.

1. 3 Das Verhältnis von Akzeptierungsgrad und wahrgenommener Güte der Versorgung von Patientenbedürfnissen

Bei einigen der vorgegebenen Bedürfnisindikatoren tritt eine stark ausgeprägte Diskrepanz zwischen der ihnen zugeschriebenen hohen Wichtigkeit und der wahrgenommenen schlechten Erfüllung auf (ABBILDUNG 7).

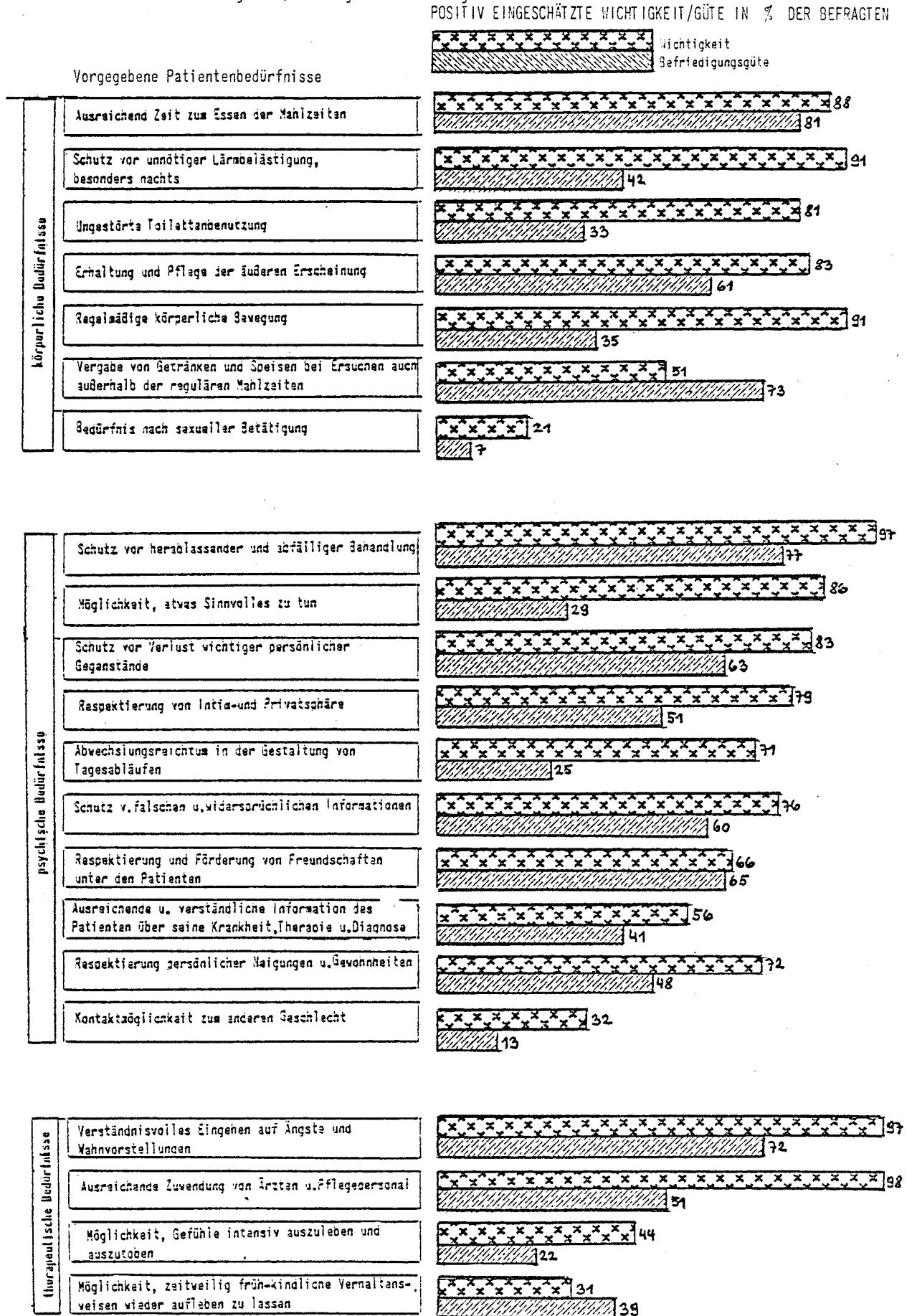
Auf der somatischen Bedürfnisebene z.B. hielten 91 % der Befragten regelmäßige körperliche Bewegung der Patienten für unbedingt notwendig bzw. sehr wichtig, aber nur 35 % sahen dieses Bedürfnis als ausreichend befriedigt an. Ähnlich ausgeprägte Diskrepanzen gab es bei den Bedürfnisindikatoren "Schutz vor nächtlichem Lärm" (91 % gegenüber 42 %) und "ungestörte Toilettenbenutzung" (81 % gegenüber 33 %). Die Erfüllung dieser Bedürfnisse ist an bauliche Voraussetzungen gebunden, die von den Befragten nicht beeinflußt werden können.

Auch bei den psychischen Bedürfnissen, die an das Vorhandensein von mehr bzw. besser und anders ausgebildetem Personal gebunden sind, klaffen Akzeptierung und Erfüllung weit auseinander. So hielten 98 % eine ausreichende Zuwendung durch Ärzte und Pflegepersonal für unbedingt notwendig bzw. sehr wichtig, nur 51 % jedoch beurteilten die Erfüllung als gut.

Ähnliches gilt dort, wo institutionelle Voraussetzungen fehlen, wie z.B. für die Möglichkeit der Patienten, etwas Sinnvolles zu tun (86 % gegenüber 29 %) bzw. für eine abwechslungsreiche Gestaltung des Tagesablaufs der Patienten (71 % gegenüber 25 %). Eine gewisse Übereinstimmung von zugeschriebener (geringer) Wichtigkeit und wahrgenommener (geringer) Befriedigungsgüte zeigt sich bei jenen Bedürfnissen, deren Befriedigung zum Untersuchungszeitpunkt durch Regeln unterbunden wurde.

Nur bei zwei der vorgegebenen 21 Bedürfnisse ist der Prozentsatz jener, die das Bedürfnis für positiv erfüllt hielten größer als der Prozentsatz jener, die es für wichtig hielten.

ABBILDUNG 7: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit und Güte der Befriedigung von Patientenbedürfnissen durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig" bzw. "sehr gut" und "eher gut"



Die Diskrepanz zwischen Akzeptierung und Befriedigungsgüte ist besonders gravierend aus der Sicht jener Gruppe, welche den Patientenbedürfnissen die größte Wichtigkeit beimaß, gleichzeitig aber deren Erfüllung als besonders unbefriedigend erlebte - das sind die in Diplombildung befindlichen Schüler (-innen) (ABBILDUNG 8).

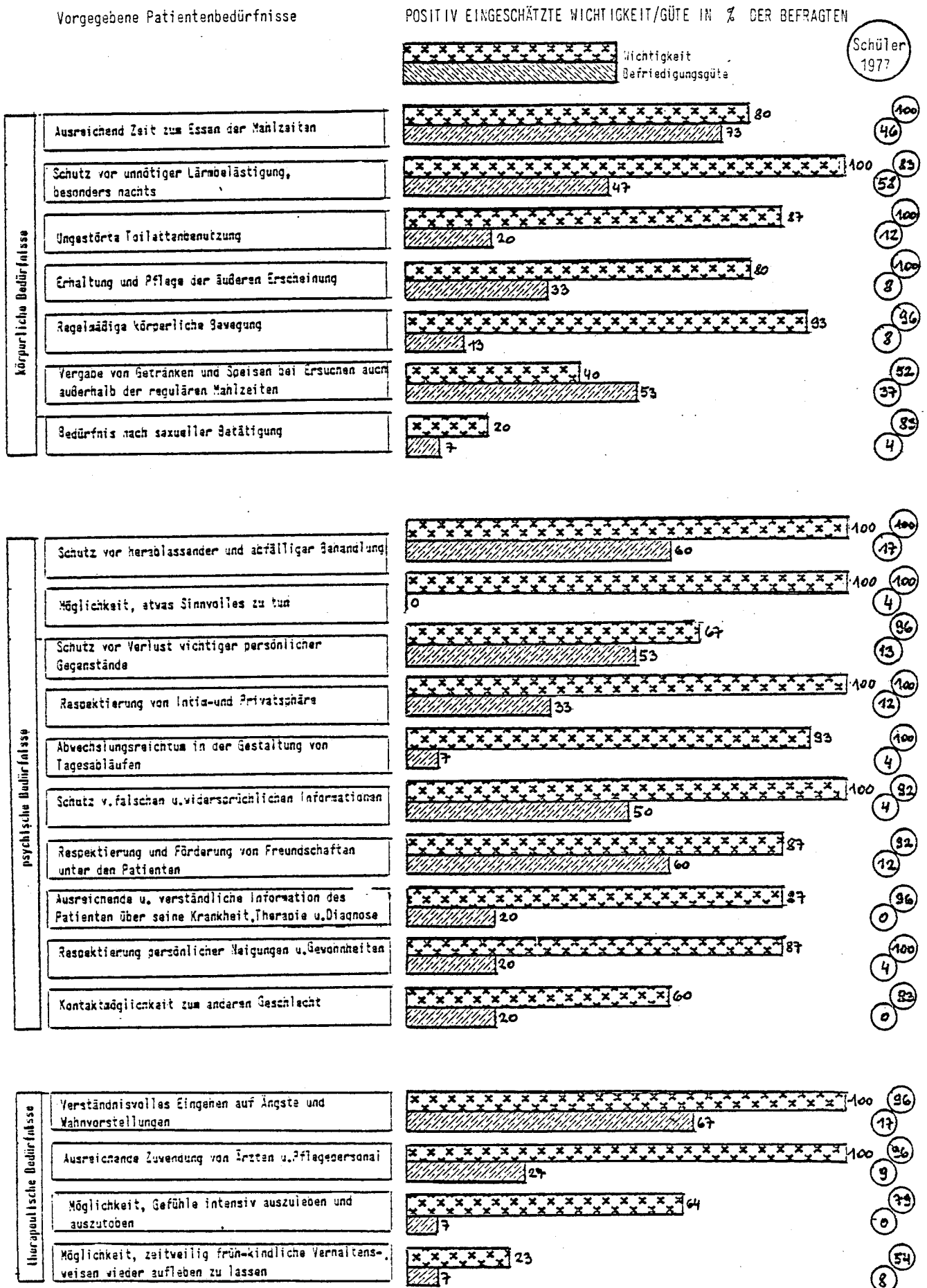
Vor allem bei den psychischen Bedürfnissen der Patienten wurden große Widersprüche wahrgenommen, z.B. hielten alle Schüler (-innen) die Möglichkeit, etwas Sinnvolles zu tun für unbedingt notwendig oder sehr wichtig, aber kein(e) einzige(r) sah dieses Bedürfnis als erfüllt an! Ähnliches gilt hinsichtlich des Abwechslungsreichtums in den Tagesabläufen der Patienten, der Respektierung der Intim- und Privatsphäre und der persönlichen Neigungen und Gewohnheiten, sowie der Information der Patienten.

Schließlich waren im Bewußtsein der Schüler die Widersprüche bei den körperlichen Patienten-Bedürfnissen, wie regelmäßige Bewegung (für 93 % zumindest sehr wichtig, von 13 % als befriedigt angesehen) und ungestörte Toilettenbenutzung (87 % gegenüber 20 %) im Vergleich zur Gesamtgruppe noch ausgeprägter.

Diese deutlichen Diskrepanzen sind umso bemerkenswerter, als angenommen werden muß und z.T. durch Gruppenvergleiche bereits belegt werden konnte, daß ohnehin eine Tendenz besteht, subjektive Bewertungsstandards der dominanten Realität anzupassen. Es verwundert deshalb nicht, daß ein beträchtlicher Anteil der in der psychiatrischen Ausbildungsstätte Ausgebildeten während und nach der Ausbildung für sich persönlich durch Wechsel des Krankenhauses oder des Berufes diese Widersprüche aufzulösen trachtet.

Für die 1977 befragten Schüler des Kurses 1975 - 1977 sind die Diskrepanzen zwischen zugeschriebener Wichtigkeit und wahrgenommener Erfüllung von Patientenbedürfnissen noch größer: Die Identifikation mit den Patienten ist so stark ausgeprägt,

ABBILDUNG 8: Vergleich der Einschätzungen der Wichtigkeit und Güte der Befriedigung von Patientenbedürfnissen durch die Schüler (N=15) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" und "sehr wichtig" bzw. "sehr gut" und "eher gut". Gegenüberstellung der Ergebnisse der Befragung der Schüler des 3.Jg., 1977 (N=24)



daß fast alle vorgegebenen Bedürfnisse in hohem Grad akzeptiert wurden. Zugleich war die Einschätzung der Versorgungslage fast durchgehend negativ. Für diese Gruppe sind die Widersprüche zwischen Anspruch und Wirklichkeit so unvereinbar groß, daß eine konstruktive Bewältigung ausgeschlossen scheint.

2. Die Versorgung der Patientenbedürfnisse

2. 1 Zur Systematisierung von Patientenbedürfnissen

Wie in der Einleitung bereits ausgeführt, wurde zur empirischen Erfassung der Versorgungssituation der Patienten ein Bedürfnisansatz gewählt. Die Modellannahmen, die diesem Ansatz zugrundeliegen, werden an anderer Stelle ausführlich dargestellt (FORSTER & PELIKAN, 1979).

Die folgende ÜBERSICHT 1 stellt einen Versuch dar, die bei verschiedenen Autoren erwähnten und behandelten Bedürfnisse zu systematisieren und zu integrieren. Berücksichtigt werden allerdings nur jene Bedürfnisse, die im Rahmen der empirischen Studie operationalisiert wurden.

ÜBERSICHT 1

Operationalisierung der Bedürfnisse in der Beobachtungsstudie

KÖRPERLICHE BEDÜRFNISEBENE

1. Wärmehaushalt: Bekleidung - Bedeckung - Klimatisierung
2. Flüssigkeitshaushalt: Versorgung mit Getränken - Umstände der Urinausscheidung
3. Stoffhaushalt: Versorgung mit Nahrung - Umstände der Stuhlausscheidung
4. Sauerstoffhaushalt: Versorgung mit frischer Lust
5. Schlafbedürfnis: Nachtschlaf und Ruhebedürfnis untertags
6. Sensorische Bedürfnisse: Abwechslungsreichtum der sinnlichen Umwelt - Schutz vor Lärm und Geruch
7. Motorische Bedürfnisse: Bewegungsmöglichkeit - Schutz vor körperlicher Überbeanspruchung
8. Sexuelle Bedürfnisse: Sexuelle Stimulation und Möglichkeiten sexueller Kontakte
9. Bedürfnis nach Erhalten bzw. Wiederherstellung der körperlichen Integrität und Funktionstüchtigkeit: Schutz vor Verletzung und Erkrankung - somatisch-medizinische Versorgung

PSYCHISCHE BEDÜRFNISEBENE

1. Bedürfnisse nach Information und Orientierung: Informationsangebote - Kommunikationsmöglichkeiten - Schutz vor Manipulation
2. Bedürfnis nach Realisierung eines positiven Selbstbildes: Akzeptiertwerden - Möglichkeit der Selbstdarstellung - Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung
3. Bedürfnis nach emotionalen Beziehungen: Emotionale Zuwendung - Kontaktmöglichkeiten - Schutz vor Verlust wichtiger persönlicher Beziehungen und vor beeinträchtigenden sozialen Beziehungen
4. Bedürfnis nach praktischer Betätigung: Möglichkeiten zur Aktivität - Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung
5. Bedürfnis nach Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der persönlichen Identität: Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Persönlichkeit - psychiatrische Behandlung

Jedes einzelne Bedürfnis wird in der folgenden Beschreibung unter vier Gesichtspunkten abgehandelt:

1. Die Wichtigkeit einer ausreichenden Bedürfnisbefriedigung wird zunächst durch eine Darstellung ausgewählter wissenschaftlicher Arbeiten illustriert (A.1): Neben einigen "klassischen" Arbeiten über die Situation psychiatrischer Krankenhauspatienten werden insbesondere Untersuchungen über die Situation in psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt. Zur Hauptsache werden jene Aspekte eines Bedürfnisses dargestellt, die für die stationäre Versorgung von psychisch Kranken als relevant identifiziert wurden, sei es weil ihre mangelhafte Versorgung zusätzliche Hospitalismusschäden bedingt, sei es, weil ohne ihre ausreichende Berücksichtigung eine angemessene Behandlung und Rehabilitation nicht durchführbar ist. In wenigen Fällen wurden Erkenntnisse eingearbeitet, die sich auf Untersuchungen in anderen Versorgungskontexten stützen, deren Übertragbarkeit in die psychiatrische Versorgung jedoch plausibel erscheint.

2. In einem zweiten Schritt wird die "Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen" untersucht (A.2). Politische Zieldeklarationen in der Krankenversorgung und gesetzliche Regelungen können als Voraussetzungen aber auch als Ausdruck der Versorgungssituation angesehen werden. Ihnen ist zu entnehmen, inwieweit die Befriedigung von Bedürfnissen psychiatrischer Patienten als problematisch und damit als zu regelnd eingeschätzt wird. Jeweils drei normative Texte werden berücksichtigt:

- die für das untersuchte Krankenhaus gültige Hausordnung (a), wobei vorwegnehmend darauf hinzuweisen ist, daß sich diese nicht von der in den Akutspitälern desselben Bundeslandes geltenden Hausordnung unterscheidet

- das Krankenanstaltengesetz, in dem die psychiatrische Krankenversorgung sowohl durch einen allgemeinen Teil geregelt ist, der sich auf alle Krankenanstalten bezieht, als auch durch einen spezifischen, der sich nur auf die psychiatrischen Krankenanstalten bezieht (b)

- zwei Broschüren des Bundesministeriums für Gesundheit, die für Patienten bestimmt sind (c). Es handelt sich zum einen um den Versuch, allgemeine Rechte von Krankenhauspatienten zu bestimmen ("Charta des Patienten"), zum anderen um ein Informationsblatt, in dem psychisch Kranken und ihren Angehörigen ein Überblick über Ziele und Methoden der psychiatrischen Krankenversorgung vermittelt werden soll.

Die Intention dieses Merkblattes "Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus" ist primär ein Abbau bestehender Vorurteile gegenüber den psychiatrischen Einrichtungen.

Da sich schon bei einer oberflächlichen Analyse dieser Texte die Lückenhaftigkeit und Einseitigkeit der gültigen rechtlichen Normierungen erweist, werden diese Bestimmungen mit einem bemerkenswerten Gerichtsurteil eines District Court in Alabama (USA) konfrontiert, in dem auf der Basis allgemeiner Menschenrechte und der US-Verfassung "verfassungsmäßige Minimalstandards für die angemessene Behandlung von psychisch Kranken" festgelegt wurden (KUNZE, 1976). Diese Gegenüberstellung verfolgt primär den Zweck, die gebotene Breite und den notwendigen Differenzierungsgrad gesetzlicher Normen für diesen Bereich zu signalisieren.

3. Im nächsten Schritt wird ausgeführt, welche Aspekte eines Bedürfnisses als Versorgungsbedarf in den einzelnen Abteilungen akzeptiert wurden (A.3). Die Akzeptierung wird aus dem Vorliegen von Vorschriften und Regeln, die eine entsprechende Dienstleistung betreffen, abgeleitet. Gibt es Normierungen, die einer adäquaten Bedürfnisbefriedigung im Wege stehen, werden sie ebenfalls dargestellt. Soweit der akzeptierte Versorgungsbedarf Differenzierungen zwischen Patienten mit unter-

schiedlichem Versorgungsbedarf enthält, werden diese durch eine Unterteilung in eine "vorgesehene Standardversorgung" und in eine "vorgesehene Versorgung für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf" berücksichtigt. Einzelne Aspekte des Bedürfnisses werden getrennt abgehandelt (3.1 - 3.3).

4. Schließlich wird die Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung dargestellt (A.4). Der Aufbau dieses Abschnittes erfolgt analog zu A.3 (4.1 - 4.3). Um die Anschaulichkeit der Darstellung zu erhöhen, werden Auszüge aus Beobachtungsprotokollen in den Text eingebaut.⁺

Im Anschluß wird als Punkt 5 eine zusammenfassende Einschätzung der normativen Standards der Patientenversorgung, der Einhaltung dieser Standards in der tatsächlichen Versorgung und der möglichen Konsequenzen gegeben (A.5).⁺⁺

Wurden bestimmte Indikatoren für die Befriedigung eines Bedürfnisses auch in der Pflegepersonal-Befragung vorgegeben, so werden die Einschätzungen des befragten Personals über die Güte der Bedürfnisbefriedigung in der jeweiligen Abteilung dargestellt (B) und der Grad der Übereinstimmung mit den Beobachtungsergebnissen wird überprüft.

In eigenen Unterabschnitten werden die Befriedigung körperlicher (2. 2) und psychischer Bedürfnisse (2. 3) analysiert. Da es in unserer Gesellschaft noch immer das Schicksal der meisten stationär versorgten Patienten ist, von der sozialen Partizipation in der Gesellschaft außerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses ausgeschlossen zu werden, wurde eine

+ Um die Identifikation einzelner Personen auszuschließen, wurden die jeweiligen, für Namen stehenden Abkürzungen (Pfleger X., Patient Y) zufällig zugeordnet. Pflegepersonalchancen werden aus dem gleichen Grund ebenfalls als "Pfleger" bzw. "Schwester" geführt. Ärzte werden unabhängig von Geschlecht und Position als "ein (der) Arzt" bezeichnet.

++ Die Abschnitte (A.3) - (A.5) sind im Präsens verfaßt, beziehen sich aber selbstverständlich auf den Erhebungszeitpunkt.

Analyse der Bedürfnisse auf der Ebene des sozialen Status in dieser organisationssoziologischen Untersuchung ausgeklammert. Diese Ebene, die v.a. für das weitere Lebensschicksal der Patienten relevant ist, müßte empirisch im Rahmen eines anderen Ansatzes, z.B. eines Karriereansatzes untersucht werden (vgl. FORSTER & PELIKAN, 1977b).

2. 2 Körperliche Bedürfnisebene

2. 2. 1 Wärmeregulierung: Bekleidung - Bedeckung - Klimatisierung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

In wissenschaftlichen Arbeiten zum Hospitalismus in psychiatrischen Krankenhäusern wird der Stellenwert von Bekleidung mehrfach erwähnt.

Dabei werden vor allem zwei Aspekte betont: Die Paßform, Qualität, Sauberkeit und Zeitgemäßheit der Kleidung, also ihre Attraktivität (BARTON, 1974, 25, 64), und das private Eigentum an oder die zeitweilige private Verfügung über Kleidungsstücke (Auswahl der Art und Menge, Waschmöglichkeit etc.) (WING & BROWN, 1970, 33, 42; KUNZE & KUNZE - TURMANN, 1975, 107).

Alle genannten Aspekte haben Bedeutung für die Selbstdefinition des Patienten, es handelt sich um Bestandteile seiner "Identitäts-Ausrüstung" (GOFFMAN, 1972, 30). Einschränkungen wie z. B. der Entzug der eigenen Kleidung, die Ersetzung durch wahllos zugeteilte, schlecht sitzende und uniforme Kleidungsstücke, die strikte Begrenzung der Menge u. a. m. lassen die Grundlagen des früheren Selbstbildes des Individuums außer Acht und sollen es ermöglichen, "den Neuankömmling zu einem Objekt zu formen, das in die Verwaltungsmaschinerie der Anstalt eingefüttert und reibungslos durch Routinemaßnahmen gehandhabt werden kann" (GOFFMAN, 1972, 27). Der Patient begegnet dieser Prozedur häufig mit einer reaktiven Vernachlässigung der Kleiderpflege (BARTON, 1974, 12).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) Die für das Krankenhaus gültige Hausordnung legt fest:
"Die Benützung eigener Betteinrichtung und Bekleidung kann nur ausnahmsweise mit Zustimmung des Abteilungsvorstandes gestattet werden" (§ 4).
- b) Im Krankenanstaltengesetz findet sich keine Normierung der Befriedigung dieses Bedürfnisses.
- c) In den Deklarationen des Bundesministeriums für Gesundheit wird dieser Aspekt ebenfalls nicht konkret erwähnt. In der "Charta des Patienten" wird allerdings das Recht auf "Unverletzlichkeit der Persönlichkeit und menschlichen Würde" unterstrichen:
"... der Patient bleibt Herr seiner Entscheidungen" ...
"So kann der Patient sein Eigentum bei sich behalten, wenn er es wünscht."

Die Bedeutsamkeit der Kleidung für psychiatrische Patienten wird somit nicht spezifisch berücksichtigt.

Demgegenüber enthält die Festlegung verfassungsmäßiger Minimalstandards für angemessene Behandlung von psychisch Kranken in den USA eine ganze Reihe von Aussagen über Bekleidung (KUNZE, 1976, 81):

"Patienten haben ein Recht darauf ihre eigene Kleidung zu tragen ..., außer wenn der Therapeut diese Kleidung ... für gefährlich oder für auf andere Weise therapeutisch unangemessen erklärt."

"Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle Patienten, die keine brauchbare eigene Kleidung haben, mit einer angemessenen Ausstattung zu versehen. Die Patienten sollen die Möglichkeit haben, unter verschiedenen Arten von sauberer, gefälliger und der Jahreszeit gemäßer Kleidung wählen zu können. Die Kleidung soll während des ganzen Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus als sein persönlicher Besitz angesehen werden."

"Das Krankenhaus soll Möglichkeiten zum Waschen der Patientenkleidung bereitstellen."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

Vorgesehene Standardversorgung

Institutionell akzeptierte und in ihrer Befriedigung geregelte Bedürfnislagen sind Bekleidung, Bedeckung und Regulierung der Umwelttemperatur.

In den Männer-Abteilungen VM und AM ist für die Patienten lediglich Anstaltsbekleidung vorgesehen, das Tragen von Privatkleidung ist - abgesehen von einzelnen Stücken wie Jacken und Pullover - untersagt. In Abteilung AF ist auch das Tragen von Privatkleidung grundsätzlich gestattet, muß jedoch vom Primararzt individuell genehmigt werden. Für Patienten, die keine Privatkleidung (mehr) besitzen oder denen das Tragen von Privatkleidung untersagt wird, ist ebenfalls Anstaltskleidung vorgesehen.

Bezüglich der Anstaltskleidung haben die Patienten keine Ansprüche auf Kleidungsstücke bestimmter Menge, Art oder Paßform, sie sollen nach Vorhandensein dieser Stücke durch das Pflegepersonal ausgestattet werden (Abteilungen VM und AM) bzw. sie dürfen grundsätzlich nach Vorhandensein Kleidung entnehmen (Abteilung AF). Kleidungsstücke sollen regelmäßig - maximal nach zwei Wochen in Abteilung VM bzw. nach einer Woche in Abteilung AM - gewechselt werden. In Abteilung AF sollen Anstaltskleider jederzeit gewechselt werden können. Für mobile Patienten sind mehr Bekleidungsstücke vorgesehen als für Bettlägrige.

Zur Bedeckung ist für jeden Patienten eine Bettdecke vorgesehen (Abteilungen VM und AM). In Abteilung AF ist es den Patienten grundsätzlich gestattet, nach Bedarf und Vorhandensein auch mehrere Decken zu entnehmen. Überzüge sollen jeweils nach Bedarf durch das Pflegepersonal gewechselt werden.

Generell wird die gesamte gebrauchte Wäsche außerhalb der Abteilungen gewaschen und ausgebessert. Lediglich die Privatwäsche der Patienten in Abteilung AF soll in der Abteilung gewaschen werden, nach Möglichkeit von den Patientinnen selbst.

Für die Regulierung der Raumtemperatur ist - in der Kältezeit - eine zentrale Beheizung vorgesehen. Die Öffnung der Fenster kann und darf nur durch das Pflegepersonal erfolgen.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Besondere Maßnahmen, d. h. Übernahme von Verrichtungen durch das Pflegepersonal, sind vorgesehen für jene Patienten, die ihre Kleidungsstücke nicht selbst an- und ausziehen können. Bei Patienten, die sich verunreinigen, soll die Kleidung nach Bedarf erneuert werden.

Insgesamt ist der Versorgungsbedarf in den Abteilungen VM und AM höher als in Abteilung AF, da es mehr Patienten gibt, die sich nicht selbst an- und ausziehen können und da mehr Patienten inkontinent oder bettlägrig sind. In einer von den Chargen vorgenommenen Einschätzung wurde die Zahl der Bettlägrigen in Abteilung VM mit durchschnittlich 50 Patienten, in Abteilung AM mit durchschnittlich 35 und in Abteilung AF mit durchschnittlich 5 - 10 Patienten angegeben. Die entsprechenden Anzahlen inkontinenter Patienten wurden auf 30 bzw. 35 bzw. 15 geschätzt (vgl. Anhang, 4. 3).

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

Standardversorgung

In den Männer-Abteilungen VM und AM tragen fast alle Patienten ausschließlich Anstaltskleidung, nur einige Patien-

ten besitzen private Kleidungsstücke. Diese sind jedoch des öfteren ein Streitpunkt zwischen den Patienten und werden daher den Patienten häufig von den Pflegern entzogen. Daraus entstehen auch Konflikte zwischen Personal und Angehörigen der Patienten.

Zur Anstaltskleidung ist folgendes zu bemerken: Jedem Patienten steht zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Garnitur Anstaltskleidung zu, die ihm vom Pflegepersonal zugeteilt wird (Männerabteilungen VM und AM) bzw. die er sich selbst entnehmen kann (Frauenabteilung AF). Für alle mobilen Patienten, die in ihrer Bewegungsfreiheit auf die Abteilung selbst eingeschränkt werden, ist die Anstaltskleidung eine "Krankensbekleidung", wie sie üblicherweise somatisch Kranken zur Verfügung gestellt wird. D. h. die Bestandteile dieser Garnitur sind im besten Fall ein weißes langes Hemd, eine weiße lange Hose, ein blau-weiß-gestreifter Mantel, Socken und Hausschuhe. Patienten mit Ausgangsgenehmigung oder Patienten-Hausarbeiter, die ihre Abteilungen verlassen, erhalten ebenfalls keine "Normalkleidung", sondern einheitliche Hosen, Jacken und Mäntel[†]. Bettlägrige bekommen meist nur weiße Hemden. Verlassen sie daher zeitweilig ihr Bett, etwa wenn sie die Toilette aufsuchen, laufen sie barfuß auf dem Steinboden. Bettlägrige Patienten, die zudem noch inkontinent sind, bekommen sogenannte offene Hemden, weil diese leichter zu wechseln sind. Andere Patienten wehren sich oft dagegen, diese Hemden anzuziehen, da sie als entwürdigend empfunden werden, zeitweilig stehen jedoch keine geschlossenen Hemden zur Verfügung. Für mobile Patienten ist nicht garantiert, daß sie alle Bestandteile der Anstaltskleidung tatsächlich auch bekommen. Knappheiten gibt es vor allem bei Mänteln, Socken und Hausschuhen[†]. Besonders viele Patienten laufen daher barfuß. Die Situation illustrieren folgende Auszüge aus Beobachtungsprotokollen:

"Patient M. erscheint barfuß am Balkon. Pfleger O. urgiert beim zuständigen Pfleger M. Hausschuhe für den Patienten. Da dieser keine Anstalten macht etwas zu unternehmen, sucht O. selbst nach Schuhen. Es gelingt ihm nicht, welche zu finden." (VM, 7/6)

+ Nach Angaben der Anstaltsleitung wurde seit dem Erhebungszeitpunkt mit einer Erneuerung des Anstaltskleidungs-Bestandes begonnen.

"Wenn Patienten Hausschuhe anhaben, ist das die Ausnahme. Es gibt sehr viele Patienten, die nur in Socken umherlaufen. Das Pflegepersonal nimmt sich zumeist nicht mehr die Mühe, den Patienten Hausschuhe anzuziehen." (AM, 2/39)

Während in Abteilung VM die einzelnen Stücke ausgegeben werden, solange sie reichen, versucht man in Abteilung AM die knappen Bestandteile vor allem für die Besuchstage aufzuheben. An diesen Tagen werden sie oft erst kurz vor Beginn der Besuchszeit verteilt.

Viele der Kleidungsstücke sind völlig unpassend, nur wenige Pflegepersonen machen sich die Mühe, in den unmarkierten Stößen nach passenderen Stücken zu suchen. Manche Teile der Anstaltskleidung sind nur eingeschränkt funktionstüchtig, sie sind zerrissen, haben fehlende Knöpfe oder abgerissene Schnüre⁺. Ein charakteristisches Bild stellen mobile Patienten dar, welche andauernd ihre Hosen mit den Händen halten müssen, um nicht zu stolpern. Manchmal liegen Patienten nackt im Bett, weil sich ihre Hemden nicht schließen lassen.

Die regelmäßige Erneuerung der Wäsche erfolgt in Abteilung VM beim vierzehntägigen, in Abteilung AM beim wöchentlichen Bad. Die Patienten besitzen keine freie Zugänglichkeit zu den Wäscheschränken, die sich zum Teil im Saal befinden. In Abteilung VM sind diese Kästen zumeist nicht abgeschlossen, eine Entnahme durch die Patienten wird jedoch unterbunden. Neue Kleidungsstücke werden in Abteilung AM auf Wunsch eher großzügig zur Verfügung gestellt, in Abteilung VM werden geäußerte Wünsche der Patienten je nach Einstellung des Pflegers sehr unterschiedlich berücksichtigt.

In Abteilung AF dürfen die Patienten private Kleidung - sofern vorhanden - tragen, wenn dies vom Primararzt gestattet wird. Außer älteren, bettlägerigen Patienten, die unter Umständen keine Privatkleidung mehr besitzen, Patienten, die sich verunreinigen und Patienten, bei denen Suizid-

⁺ Nach Angaben der Anstaltsleitung wurde seit dem Erhebungszeitpunkt mit einer Erneuerung des Anstaltskleidungs-Bestandes begonnen.

und Fluchtgefahr besteht, bekommen alle Patienten diese Erlaubnis. Der Entzug der Privatkleidung wird allerdings fallweise auch als Disziplinierungsmittel eingesetzt.

Die Privatkleidung wird in einem eigenen, nur den Schwestern zugänglichen Raum aufbewahrt. Zum Teil behalten die Patienten sie aber auch bei sich, im Nachtkästchen oder in Koffern. Bei Unordnung werden diese Möglichkeiten wieder zurückgenommen. Die Privatkleidung wird von den Patienten auch zum Teil selbst gewaschen.

Die Anstaltskleidung der Abteilung AF wird in offenen Kästen im Krankensaal aufbewahrt und jeder Patient kann sie sich frei entnehmen. Auch Patienten, die zeitweilig im Bett liegen, bekommen vollständige Garnituren. Alle Bestandteile sind so gut wie immer vorhanden. Auch in dieser Abteilung sind sie oftmals unpassend, meist aber funktionstüchtig. Kleidungswechsel kann jederzeit vorgenommen werden.

In den Männer-Abteilungen VM und AM bekommen die Patienten je eine Decke, in Abteilung AF können auch Decken frei entnommen werden.

Eine relative Verbesserung der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung ergibt sich in allen Abteilungen für artikulationsfähige Patienten, die sich für die Vollständigkeit, Paßform und Funktionstüchtigkeit ihrer Kleidung einsetzen können. In allen Abteilungen können die Patienten durch besonderes Wohlverhalten eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung erreichen.

Die Sorge um die eigene Kleidung ist bei den weiblichen Patienten der Abteilung AF viel stärker ausgeprägt als bei den männlichen Patienten der Abteilungen VM und AM. Dies mag zum Teil durch geschlechtsspezifische Rollenerwartungen bedingt sein, ist aber wahrscheinlich auch ein Resultat der

zugestandenen freieren Verfügbarkeit, insbesondere der Möglichkeit, Privatkleidung zu tragen. Viele der Patienten der männlichen Abteilungen dagegen sind gleichgültig und apathisch in bezug auf ihre Kleidung. Sie haben sich völlig der Versorgung durch das Pflegepersonal überantwortet.

Auf die Gestaltung der Raumtemperatur können die Patienten nur wenig Einfluß ausüben. Die Fenster sind nur durch Schlüssel zu öffnen, die sich in der Hand des Pflegepersonals befinden. Den Pflegern und Schwestern obliegt damit die Entscheidung über das Öffnen der Fenster. Auch wegen der großen Patientenzahl pro Raum wird eine Interessensabstimmung mit den Patienten praktisch nicht vorgenommen.

Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Kleidung und Bettwäsche inkontinenter Patienten wird am ehesten in Abteilung AF nach Bedarf erneuert. In den Männerabteilungen, wo die Zahl diesbezüglich zu versorgender Patienten unverhältnismäßig größer ist, ist eine bedarfsgemäße Versorgung nicht mehr zu sichern. Häufig wartet man daher mit dem Umbetten bis zur nächsten routinemäßig vorgesehenen Kontrolle des Bettenzustandes, v.a. vor der Abendübergabe. Patienten, die sich häufig verunreinigen, wird vollständige Kleidung eher vorenthalten, sie erhalten lediglich Hemden, was zum Teil auch als Folge der Wäscheknappheit zu verstehen ist.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Wärmeregulierung

1. Die Bedürfnisregulierung des Wärmehaushaltes durch Bekleidung ist in den Abteilungen VM und AM lediglich auf einem Minimalniveau akzeptiert. Nur die physischen Notwendigkeiten werden berücksichtigt, die vielfältigen kulturellen und psychologischen Dimensionen der Bekleidung werden ignoriert. In Abteilung AF sind die akzeptierten Standards sowohl durch die Möglichkeit der Privatkleidung als auch durch freien Zugang zu den Wäschenvorräten auf einem höheren Befriedigungsniveau etabliert. In dieser Abteilung wird auch eine entsprechende Differenzierung von Patienten nach ihren Fähigkeiten vorgenommen, in den Männerabteilungen dagegen werden durch die vorgesehene Standardversorgung vorhandene Kompetenzen der Patienten nicht berücksichtigt.
2. In den Abteilungen VM und AM ist die durchschnittliche Befriedigung nicht einmal auf dem vorgesehenen elementarsten Niveau der Vollständigkeit der Bekleidung gesichert. Patienten mit eingeschränkten Fähigkeiten wie Bettlägrige oder Artikulationsunfähige sind besonders benachteiligt. In Abteilung AF ist die Befriedigung auf einem vergleichsweise hohen Niveau sichergestellt, es bestehen sogar gewisse Selektions- und Selbststeuerungsmöglichkeiten für die Patienten. Die Nichtberücksichtigung vorhandener Fähigkeiten der Patienten in den Abteilungen VM und AM durch völligen Ausschluß der Selbststeuerungsmöglichkeit und die Nichtberücksichtigung der kulturellen und psychologischen Bedeutsamkeit privater Kleidung leisten Hospitalisierungstendenzen Vor-schub.

2. 2. 2 Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes:
Versorgung mit Getränken - Umstände der
Urinausscheidung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be-
friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri-
schen Literatur

Verschiedene Aspekte des Bedürfnisses werden von GOFFMAN (1972) erwähnt, und zwar primär unter dem Gesichtspunkt der Entwürdigung, Demütigung und Entblößung: Das Vorenthalten von vollständigem Geschirr und der Zwang um Kleinigkeiten betteln zu müssen bei der Versorgung mit Getränken (ebd. 31 f.), die physische Entblößung vor anderen durch türlose Toiletten und der Zwang um Toilettenpapier ersuchen zu müssen bei der Urinausscheidung (ebd. 34 und 47). WING & BROWN (1970, 42 f.) nehmen einige konkrete Formen der Befriedigung dieses Bedürfnisses als Indikatoren in ihre "Abteilungs-Restriktivitäts-Skala" auf: die Möglichkeit, Zucker und Milch beim Tee nach eigener Wahl beizumengen und die Möglichkeit der Küchenbenutzung in bezug auf Flüssigkeitsaufnahme, die Abschirmung von Toiletten und Versperrbarkeit von Toiletten bezüglich der Flüssigkeitsausscheidung.

In einer deutschen Untersuchung (KUNZE & KUNZE-TURMANN, 1975, 107 f.) wurden einige Aspekte dieses Bedürfnisses als Indikatoren der "soziotherapeutischen Orientierung" von psychiatrischen Krankenhäusern verwendet: Das Vorhandensein von vollständigem und normalem Eßbesteck bei den Mahlzeiten, die Möglichkeit der Selbstbedienung der Patienten bei den Mahlzeiten einerseits sowie die Nichteinsehbarkeit und Abschließbarkeit der Toiletten andererseits.

FINZEN und KLUGE (1974, 130 ff.) betrachten die Humanisierung der Befriedigung von elementaren Grundbedürfnissen (z. B. Vorhandensein von vollständigem Besteck und von Ser-

vierten bzw. Verschließbarkeit von Toiletten) als psychologische und sachliche Voraussetzung für die "Normalisierung" des Lebens im psychiatrischen Krankenhaus.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der Spitalshausordnung sieht man die Gefahr unzureichender Bedürfnisbefriedigung hauptsächlich beim Patienten selbst:

"Die Pfleglinge dürfen nur die vom Anstaltsarzt verordnete Diätkost essen." (§ 6)

"Die Verteilung der Kost obliegt der Schwester... Es ist den Pfleglingen untersagt, ihre Speisen untereinander zu vertauschen, zu verschenken bzw. an Bedienstete der Anstalt oder Besucher weiterzugeben. Die Angehörigen dürfen den Pfleglingen Speisen und Getränke nur mit allgemeiner oder besonderer Bewilligung der Direktion bzw. der Abteilungsärzte mitbringen." (§ 7)

"Der Zutritt in die ... Teeküchen ... ist untersagt." (§ 9)

"Die Pfleglinge sind verpflichtet, ... die sanitären Anlagen peinlich rein zu halten und unnötigen Wasserverbrauch zu vermeiden." (§ 10)

- b) Im Krankenanstaltengesetz gibt es keine entsprechende Normierung der Bedürfnisbefriedigung.
c) In den Deklarationen des Bundesministeriums für Gesundheit ist dieses Bedürfnis ebenfalls nicht erwähnt.

Demgegenüber enthält das Urteil über verfassungsmäßige Minimalstandards für eine angemessene Behandlung von psychisch Kranken in den USA eine Reihe von spezifischen Vorschriften über Ernährung einerseits und Gestaltung der Toiletten andererseits (KUNZE, 1976, 82).

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Versorgung mit Getränken

Vorgesehene Standardversorgung

Für alle physisch "normalen" Patienten ist die Zuteilung bestimmter Flüssigkeitsmengen in regelmäßigen Intervallen vorgesehen. Die Intervalle sind durch die Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten vorgegeben. Außerhalb der Mahlzeiten steht es Patienten, die dazu in der Lage sind, offen, sich mit Leitungswasser zu versorgen. Das Pflegepersonal verwaltet überdies Mineralwasser, das den Patienten bei Anfrage verabreicht werden soll.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Besondere Maßnahmen, die vom Pflegepersonal durchzuführen sind, sind vorgesehen für:

- Patienten in kritischem körperlichen Zustand, die eine bestimmte Minimalmenge an Flüssigkeit erreichen sollen. Für diese Patienten muß die Flüssigkeitsaufnahme kontrolliert werden, die Flüssigkeitswerte müssen in Tabellen vermerkt werden, es soll vermehrtes Bemühen um Erreichen einer bestimmten Menge erfolgen und bei Nichterreichen einer bestimmten Menge muß eine Meldung an den Arzt gemacht werden.
- Patienten, die nicht in der Lage sind, sich außerhalb der Mahlzeiten selbst mit Wasser zu versorgen, wie z. B. Bettlägrige, weiters für Patienten, die nicht in der Lage sind, selbst zu trinken und schließlich für Patienten, die nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu erkennen oder zu äußern - für sie alle soll die Versorgung durch das Pflegepersonal übernommen bzw. unterstützt werden.

In den Abteilungen VM und AM gibt es viele Patienten mit den angegebenen Bedarfssteigerungen, in Abteilung AF nur wenige:

In Abteilung VM und AM gibt es eine Reihe von Patienten, für die eine bestimmte Flüssigkeitsmenge zwingend vorgeschrieben ist. Bei Unterschreitung dieser Menge müssen Infusionen verabreicht werden.

In den Abteilungen VM und AM gibt es weit mehr bettlägerige Patienten als in Abteilung AF und mehr Patienten, die ausgespeist werden müssen. Auch gibt es dort mehr Patienten, die ihre Bedürfnisse nicht artikulieren bzw. nicht erkennen können.

Nach einer Einschätzung der Chargen der betreffenden Abteilungen beträgt die durchschnittliche Anzahl der bettlägerigen Patienten in Abteilung VM 50, in AM 35, in AF 5 - 10, die entsprechenden Zahlen auszuspeisender Patienten wurden mit 20 bzw. 30 bzw. 15 angegeben (vgl. Anhang, 4. 3).

(3. 2) Umstände der Urinausscheidung

Vorgesehene Standardversorgung

Es handelt sich um ein institutionell akzeptiertes Bedürfnis, dessen Befriedigung jedoch nur für Patienten mit bedarfssteigernden Merkmalen spezifisch geregelt ist, ansonsten der Selbstregulierung durch die Patienten überlassen ist.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Besondere Maßnahmen durch das Pflegepersonal sind vorgesehen

- für Patienten, deren Harnmengen oder Harnzusammensetzung kontrolliert werden muß (Kontrolle der Menge der Ausscheidungen, eventuell auch der Zusammensetzung; Vermerke in Tabellen; Meldungen von Besonderheiten an den Arzt).

- für Patienten mit Kathetern (regelmäßige Blasenspülungen und Eintragungen; Wechseln der Harnsäcke; bei Anomalien Meldungen an den Arzt).
- für bettlägrige Patienten, die nicht selber zur Toilette gehen können (Unterstützung durch das Pflegepersonal; Vergabe von Harnflaschen)
- für Patienten, die inkontinent sind (Bettwäsche- und Kleidungswechsel nach Bedarf).

In den Abteilungen VM und AM gibt es viele Patienten mit den angegebenen Bedarfsanomalien, in Abteilung AF wesentlich weniger.

Vor allem bettlägrige und inkontinente Patienten sind in besonders großer Zahl in den Abteilungen VM und AM vorhanden. Ihre durchschnittliche Anzahl beträgt nach Angabe der Chargen dieser Abteilungen 50 bzw. 30 (Abteilung VM) sowie 35 bzw. 35 (Abteilung AM). In Abteilung AF dagegen sind durchschnittlich nur 5 - 10 bettlägrige und 15 inkontinente Patienten.

(3. 3) Schutz vor Aufnahme bzw. Abgabe von gefährdender bzw. notwendiger Flüssigkeit

Schutz vor Aufnahme gefährdender Flüssigkeit ist vorgesehen für Diabetiker, die nur bestimmte Flüssigkeitsarten bekommen sollen, für Alkoholiker, die vom Alkoholgenuß strengstens abzuhalten sind, sowie für bestimmte medikamentös behandelte Patienten, die vom Genuß bestimmter Flüssigkeitsarten auszuschließen sind.

Die im Zusammenhang mit der Abgabe notwendiger Flüssigkeit wichtigen Aspekte der Bekleidung, Bedeckung und Temperaturregelung wurden im Abschnitt 2. 2. 1. behandelt.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Versorgung mit Getränken

Standardversorgung

Für Patienten mit normalem Versorgungsbedarf ergeben die bei den einzelnen Mahlzeiten - Frühstück, Gabelfrühstück, Mittagessen, Jause, manchmal auch Abendessen - verabreichten Flüssigkeiten eine Menge von ca. einem Liter täglich. In begrenztem Umfang kann diese Menge vermehrt werden, da immer einige wenige Portionen mehr in die Säle geschickt werden und manche Patienten auf ihre Portionen verzichten. Außerhalb der Mahlzeiten steht lediglich Leitungswasser zur Verfügung, während Mineralwasser in viel zu geringen Mengen zur Verfügung steht. Zum Teil wird dieses auch von manchen Pflegern und in Abteilung VM auch von Hausarbeitern konsumiert.

Die Intervalle sind durch die Mahlzeitenabstände festgelegt, wobei es zumeist nach der Nachmittagsjause bis zum nächsten Morgen keine warme Flüssigkeit gibt.

Die Variation ist sehr begrenzt. Normalpatienten bekommen zweimal am Tag Milchkaffee, einmal Milch, einmal Suppe und manchmal Tee. Für Diabetiker gibt es nur Schwarzkaffee, Suppe und manchmal Tee. Dies wiederholt sich täglich. Über die Qualität der verabreichten Flüssigkeiten können keine Aussagen gemacht werden. Die qualitativen Umstände der Flüssigkeitsaufnahme wie etwa die Abfüllung in Plastikbecher, in Abteilung VM sogar in Blechnäpfe, werden von manchen Patienten als entwürdigend empfunden.

Selektionsmöglichkeiten für die Patienten bestehen praktisch nicht, sieht man von der Ausnahme ab, daß manche Pflegepersonen auch Normalkostpatienten auf Wunsch Schwarzkaffee

verabreichen, wenn davon übrig bleibt.

Eine selbstgesteuerte Bedürfnisbefriedigung der Patienten ist praktisch unmöglich, da die küchenmäßige Zubereitung so perfekt ist, daß nicht einmal Zuckermengen beim Kaffee frei gewählt werden können. Um Mineralwasser muß ersucht werden; unterschiedliche Behandlung der Patienten ist die Folge.

Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Für Patienten mit höherem Versorgungsbedarf, die sich vor allem in der Versorgungsabteilung befinden, läßt sich folgendes feststellen:

Bei Patienten mit problematischer Flüssigkeitsaufnahme, die täglich eine bestimmte Menge erreichen sollen, werden in Abteilung VM oft erfundene Werte in die Tabellen eingetragen. Anstrengungen, die vorgeschriebene Flüssigkeitsmenge tatsächlich zu erreichen, werden nur von einem Teil des Pflegepersonals unternommen. Dagegen bemüht man sich in Abteilung AM, die vorgeschriebene Menge zu erreichen, um Infusionen vorzubeugen. Dort besteht die Gefahr, daß Infusionen durch Vergessen von Eintragungen eher zu früh angesetzt werden, während in Abteilung VM die umgekehrte Tendenz besteht.

Patienten, die beim Trinken unterstützt werden müssen, laufen in der Männer-Versorgungs-Abteilung VM am ehesten Gefahr, in der Routineversorgung übergangen zu werden, besonders dann, wenn sie üblicherweise selbst trinken

können, ihr Zustand also außergewöhnlich ist. Das betrifft z. B. Patienten, die am Morgen - wahrscheinlich durch zu hohe Schlafmitteldosen - nicht in der Lage sind, einen Becher zu halten. Dadurch bekommen diese Patienten geringere Mengen an Flüssigkeit, die zusätzlich oft schon erkaltet ist. In Abteilung AM und besonders in Abteilung AF ist die Versorgung dagegen besser gesichert. Ähnliche Versorgungsdefizite, wiederum besonders in Abteilung VM, gibt es bei Patienten, die zeitweilig oder dauerhaft artikulationsunfähig sind. Aber auch artikulationsfähige, bettlägerige Patienten werden in Abteilung VM außerhalb der Mahlzeiten häufig nicht ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt. Zum Teil springen hier Mitpatienten helfend ein, allerdings nur in Fällen, wo bettlägerige und nichtbettlägerige Patienten gemischt untergebracht sind. Die Starrheit und mangelnde Differenziertheit der existierenden Versorgung zeigt auch folgendes beobachtete Beispiel:

"Patientin P. klagt über Bauchschmerzen. Schwester F. ist ungeduldig, diese Patientin wolle immer etwas. Schließlich ordnet sie an, der Patientin russischen Tee zu bringen. Patientin P. sagt, sie vertrage russischen Tee nicht. - Schwester F.: 'Wenn sie den nicht verträgt, bekommt sie gar nichts.'" (AF, 37/3)

Eine relative Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung erreichen am ehesten besonders artikulationsfähige Patienten und solche, die es verstehen, sich beim Pflegepersonal, bei Hausarbeitern oder Mitpatienten beliebt zu machen. Diese relative Verbesserung kann in der Zuteilung einer größeren Menge an Flüssigkeit oder in der Zuteilung des - knapp vorhandenen - Mineralwassers bestehen. Selbstversorgung mit Getränken ist nur begrenzt möglich. Eine Aufbewahrung der bei den Mahlzeiten verabreichten Getränke ist nicht möglich, da die Trinkbecher sofort nach der Mahlzeit wieder eingesammelt werden müssen. Getränke in Glasflaschen dürfen weder aus dem Anstaltsgeschäft bezogen, noch von Angehörigen mitgebracht werden. Plastikflaschen zum Umfüllen sind jedoch nicht vorhanden.

(4. 2) Umstände der Urinausscheidung

Standardversorgung

Für alle Patienten, welche die Toiletten selbständig benutzen können, ergeben sich verschiedenste Beeinträchtigungen:

Die Toiletten sind generell nicht versperrbar, zum Teil einsehbar, zum Teil sogar ganz offen. Zu manchen Zeiten - vor allem vor dem Schlafengehen - sind sie überlaufen und es entstehen Zeitdruck und diverse Störungen. In der Versorgungsabteilung VM sind diese Mängel am ausgeprägtesten. In den Abteilungen VM und AM sind die Toiletten zumeist mangelhaft gereinigt. In Abteilung VM ist häufig kein Toilettenpapier vorhanden. Oftmals wird es auch in versperrten Schränken aufbewahrt und wird nur auf Ersuchen abgegeben.

Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Die Harnkontrollen werden in den Ausbildungs-Abteilungen AM und AF genauer vorgenommen als in der Versorgungs-Abteilung VM. Auch die Blasenspülung der Katheterpatienten wird sorgfältiger durchgeführt. Die Harnflaschen in Abteilung VM sind überwiegend stark verschmutzt und werden häufig von einem Patienten zum anderen ohne Reinigung weitergegeben. Dagegen sind durch die vorhandene Spülautomatik die Flaschen in Abteilung AM meist gut gereinigt. Fehlende Verschlusskappen führen häufig zum Verschütten des Urins in die Betten. In Abteilung VM ist die rechtzeitige Entleerung der Flaschen durch Pflegepersonal nicht immer gesichert. Hier helfen zum Teil Mitpatienten aus.

Inkontinente Patienten der Versorgungs-Abteilung VM werden nicht immer sofort angezogen und umgebettet, in den Abtei-

lungen AM und AF ist dies eher gewährleistet. Dort wird auch durch regelmäßige WC-Gänge nach dem Essen und vor dem Schlafen dem Einnässen vorgebeugt.

Besonders ungünstig ist die Situation bei Netzbettpatienten, denen man oft keine Harnflaschen gibt, weil diese nirgends aufgestellt werden können. Die Bedürfnisanmeldung dieser Patienten wird aber auch oft nur als Versuch bewertet, dem Netzbett zu entkommen. Ein Beispiel:

"Patient S. fiel den Pflegern des Wachsaals 1 schon den ganzen Nachmittag auf die Nerven. Er wollte aus seinem Netzbett heraus und auf die Toilette gebracht werden. Er wurde aber nur angeschrien 'Ruhe zu geben', da man ihm das vorgebrachte Bedürfnis nicht glaubte. Der Patient blieb beharrlich aber erfolglos bei seinem Wunsch. Bei der Abendübergabe ist Pfleger L. seinerseits daran interessiert, daß der Patient sich niederlegt. Da der Patient auf verbale Aufforderung nicht reagiert, klopft ihm L. mit einem Schlüssel auf die Finger, welche sich an die Maschen des Netzbettes klammern, um ihn zum Niederlegen zu zwingen." (VM, 49/4)

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Regulierung
des Flüssigkeitshaushaltes

1. Für die Bedürfnisbefriedigung der Flüssigkeitsregulierung sind umfassende und relativ differenzierte Maßnahmen vorgesehen. Es werden die wichtigsten Bedürfnis- und Kapazitätsslagen berücksichtigt, zumeist jedoch auf einem niedrigen Befriedigungsniveau.
2. Die tatsächliche Befriedigung der Flüssigkeitsaufnahme erfolgt für Durchschnittspatienten auf dem vorgesehenen geringen Niveau. Individuelle Bedürfnislagen werden in der Versorgung weitgehend nicht berücksichtigt - die Mengen sind begrenzt, die Intervalle festgelegt, die Variation ist gering, es gibt keine Selektionsmöglichkeiten. Patienten mit gesteigertem Versorgungsbedarf sind in ihrer elementarsten Versorgung gefährdet.

Die Flüssigkeitsabgabe erfolgt für viele Patienten unter inhumanen Bedingungen. Die erwartbaren hygienischen Standards eines Krankenhauses werden in bedenklicher Weise unterschritten. Gleiches gilt für die pflegerischen Standards bei technischen Vorrichtungen an Patienten, zumindest für die Versorgungsabteilung. Die Versorgung von Patienten mit gesteigertem Versorgungsbedarf - besonders von Netzbett-Patienten, ist ebenfalls unzureichend.

Differenzen zwischen den Abteilungen ergeben sich vor allem im Vergleich von Versorgungs- mit Ausbildungsabteilungen. In letzteren kann zumindest das vorgesehene minimale Befriedigungsniveau eingehalten werden.

Negative Konsequenzen des bestehenden Versorgungsniveaus sind zum einen die verstärkte Abhängigkeit des Patienten von Pflegepersonen durch die Unterbindung einer selbstständigeren Versorgung. Zum anderen unterschreitet die Versorgung zum Teil die für einen Krankenhausbetrieb unerläßlichen hygienischen und pflegerisch-medizinischen Standards, wodurch eine erhöhte körperliche Krankheitsgefährdung bzw. eine Verschlechterung bereits bestehender Krankheitszustände gegeben bzw. möglich ist.

2. 2. 3 Regulierung des Stoffhaushaltes: Versorgung mit Nahrung - Umstände der Stuhlausscheidung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

Es gelten weitgehend die entsprechenden Ausführungen über die Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes (2. 2. 2).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

Die entsprechenden Ausführungen über die Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes (2. 2. 2) können übernommen werden.

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Versorgung mit Nahrung

Vorgesehene Standardversorgung

Für alle "normalen" Patienten ist die Zuteilung einer bestimmten Nahrungsmenge in regelmäßigen Intervallen bei den Mahlzeiten vorgesehen. Außerhalb der Mahlzeiten sind keine Speisen vorgesehen. Die Patienten können sich in dieser Zeit mit gekauften oder geschenkten Nahrungsmitteln versorgen - soweit sie Geldmittel besitzen oder Angehörige haben, von denen sie noch besucht werden. Der Küchenzutritt ist den Patienten untersagt.

Vorgesehene Versorgung für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Besondere Maßnahmen sind vorgesehen für:

- Patienten mit problematischer Nahrungsaufnahme (Verabreichung sogenannter Zubußen; vermehrtes Bemühen des Pflegepersonals; Meldungen an den Arzt bei fortgesetzter zu geringer Nahrungsaufnahme)
- Patienten, die sich nicht selbst in eine entsprechende Eßlage versetzen können (Aufsetzen durch Pflegepersonal)
- Patienten, die nicht in der Lage sind, selbst zu essen, sei es, daß sie ihre Bedürfnisse nicht erkennen können, sei es, daß sie motorisch außerstande sind ihre Bedürfnisse zu befriedigen (Übernahme der Versorgung durch das Pflegepersonal - Ausspeisen).

Schließlich berücksichtigt die Einteilung der Patienten in insgesamt sechs verschiedene Kostgruppen (Normalkost bzw. A-Kost, breiige Kost bzw. B-Kost, Altersschonkost bzw. C-Kost, Diabetikerkost, salzlose Kost, fettlose Kost) die unterschiedlichen Regelgrößen des Stoffhaushaltes der Patienten. Diese Einteilung kann jedoch nur beim Mittagessen voll wirksam werden, bei den anderen Mahlzeiten fallen verschiedene Kostgruppen zusammen.

In den Abteilungen VM und AM gibt es wesentlich mehr Patienten mit den bedarfssteigernden Merkmalen Bettlägrigkeit, problematische Nahrungsaufnahme und Unfähigkeit zu essen als in Abteilung AF. Es müssen also mehr Patienten aufgesetzt, ausgespeist und besonders aufmerksam betreut werden.

Zur Illustration seien die durchschnittlichen Anzahlen von bettlägrigen und auszuspeisenden Patienten in den Abteilungen nach Einschätzung der jeweiligen Chargen angeführt: Abteilung VM: 50 bettlägrige und 20 auszuspeisende Patienten, Abteilung AM: 35 bettlägrige und 30 auszuspeisende Patienten, Abteilung AF: 5-10 bettlägrige und 15 auszuspeisende Patienten.

(3. 2) Umstände der Stuhlausscheidung

Vorgesehene Standardversorgung

Die institutionelle Akzeptierung drückt sich im Vorhandensein von Toilettenanlagen aus, die von "Normalpatienten" nach Bedarf benützt werden können.

Vorgesehene Versorgung für Patienten mit besonderem Bedarf

Für Patienten mit bedarfssteigernden Merkmalen gibt es spezifische Regelungen:

- für Patienten, deren Stuhlgang nicht regelmäßig erfolgt (Kontrolle der Ausscheidungen, Vermerke in Tabellen, Ergreifen entsprechender Maßnahmen durch das Pflegepersonal am dritten Tag ohne Stuhlgang)
- weiters für bettlägrige Patienten, die nicht eigenständig zur Toilette gehen können (Unterstützung durch das Pflegepersonal, eventuell auch Leibstuhl- oder Leibschüsselverwendung)
- schließlich für Patienten, die inkontinent sind (Bettwäsche- und Kleidungswechsel nach Bedarf durch das Pflegepersonal).

In den Ausbildungs-Abteilungen AM und AF soll für alle Patienten Stuhlkontrolle durchgeführt werden, in Abteilung VM nur für etwa ein Drittel der Patienten.

In den Abteilungen VM und AM gibt es wesentlich mehr bettlägrige und inkontinente Patienten als in Abteilung AF. Die Anzahl der bettlägrigen Patienten pro Abteilung wurde bereits angegeben, die durchschnittliche Zahl der Inkontinenten liegt bei 35 in Abteilung AM, 30 in Abteilung VM und 15 in Abteilung AF.

(3. 3) Schutz vor Aufnahme von gefährdenden Stoffen

Dieser Schutz ist definiert in Form von Diätvorschriften. An Diäten werden unterschieden: diabetische, salzlose und fettlose. Die Zugehörigkeit zu einer Kostgruppe ist am Bett des Patienten zu vermerken. Die jeweiligen Anzahlen entsprechender Patienten sind in der Zentral- und Abteilungsküche vermerkt. Die Anzahl der jeweils in die Krankensäle gebrachten unterschiedlichen Speisen sollte auf diese Verteilung abgestimmt sein.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Versorgung mit Nahrung

Standardversorgung

Die Patienten erhalten bei den einzelnen Mahlzeiten jeweils vorgesehene Mengen zugeteilt. Zum Frühstück, Gabelfrühstück und zur Jause ist dies jeweils eine Schnitte Weiß- oder Schwarzbrot. Eine Ausnahme stellen die Diabetiker dar, die ein ausgiebigeres Gabelfrühstück erhalten. Zum Mittagessen gibt es eine Tasse Suppe und eine Hauptspeise mit Beilage. Das Abendessen kann in einer kalten Speise wie etwa belegtem Brot oder in einer warmen Speise wie etwa Würstchen bestehen. Eine Vermehrung dieser Mengen ist in sehr begrenztem Umfang bei den Brotschnitten, in größerem Umfang beim Mittagessen möglich. Beim Mittagessen kommen immer einige Portionen mehr in den Saal und nicht alle Patienten essen alle Speisen. Übriggebliebene Essensportionen werden von den meisten Schwestern und Pflegern auf Wunsch verteilt.

In Abteilung VM herrscht bei manchen Pflegern eher das Bestreben vor, die inkontinenten Patienten von zusätzlicher Nahrungsaufnahme auszuschließen. Solche "präventiven" Mengeneinschränkungen werden folgendermaßen begründet:

"Ich komme mit Pfleger F. während des Essenverteilens zu einem Patienten, der gerade zu essen beginnt. Pfleger F. bemerkt: 'Der ißt sicher bereits die dritte Portion, dann macht er sich wieder an und ich hab die Arbeit. So ein alter Mensch braucht gar nicht so viel. Ich kenne sie alle'. Mit diesen Worten entzieht er dem protestierenden Patienten die Speise." (VM, 1/15)

oder kurz und bündig:

"Pfleger J. sagt zu den Frühstück verteilenden Patienten-Hausarbeitern: 'Gebt ihnen nicht zu viel, die scheißen ohnedies nur in die Betten.'" (VM, 10/1)

In den Ausbildungsabteilungen AM und AF wird im Rahmen des Möglichen Großzügigkeit geübt. Dort essen manche Patienten dann zu große Nahrungsmengen, vor allem wenn man die geringen Bewegungsmöglichkeiten der Patienten in Rechnung stellt.

Die Intervalle sind durch die Mahlzeiten festgelegt, manche Patienten behalten sich Brotschnitten zurück, um damit vor allem den langen Zeitraum zwischen dem Abendessen um 17 Uhr und dem Frühstück um 7 Uhr des nächsten Tages zu überbrücken.

In Abteilung AF hat das Ersuchen um Brot zwischen den Mahlzeiten zumeist Erfolg, in den Männerabteilungen VM und AM nur selten. Im allgemeinen ist neu eingetretenes Personal eher bereit, den Patienten auch zwischen den Mahlzeiten Brot oder Obst zu bringen. Widerstände der Kollegen und - in Abteilung VM - der Hausarbeiter und die wachsenden Ansprüche der Patienten lassen aber auch bei den Neueingetretenen rasch eine reserviertere Haltung entstehen.

Eine Variation der Speisen ergibt sich lediglich beim Mittagessen und eingeschränkt beim Abendessen. Manche Patientengruppen weisen fast keine Variationen auf. So erhalten beispielsweise Patienten der Kostgruppe Altersschonkost fast immer Milchspeisen und Püree. Von Zeit zu Zeit gibt es für alle Patienten Obst.

Die Qualität der Speisen läßt sich von Sozialwissenschaftlern schwer beurteilen, der Kohlehydratreichtum ist jedoch auffällig. Von den Patienten wird die Essensqualität eher negativ eingeschätzt. Die äußeren Umstände des Essens sind sehr eingeschränkt. Die bettlägerigen Patienten versuchen oft mühsam im Sitzen zu essen und verunreinigen sich dabei häufig. Die Patienten an den Tischen haben wenig Platz, manche Patienten verschütten ihre Speisen über den Tisch. Tischtücher oder Servietten gibt es nicht. Manchmal werden sogar Teller gespart:

"Zum Abendessen gibt es für die meisten Patienten Würstel und Brot. Die Würstel werden ohne Teller serviert und daher einigen Patienten einfach aufs Bett und auf die ziemlich schmutzigen Tische im Tagraum gelegt." (VM, 43/5)

Der Zwang, alle Speisen mit dem Löffel zu essen, wird von manchen Patienten als entwürdigend empfunden. Netzbettpatienten sind im besonderen Maß dann eingeschränkt, wenn sie - wie vorgeschrieben - im verschlossenen Bett essen müssen.

Die Selektionsmöglichkeiten der Patienten sind äußerst begrenzt. Es besteht eine gewisse Möglichkeit, zwischen Weiß- und Schwarzbrotsschnitten zu wählen, wobei das Pflegepersonal geäußerten Präferenzen zum Teil folgt. Versuche, die Wünsche der Patienten zu ermitteln und die ausgeteilten Mengen darauf abzustimmen, gibt es nicht. Die alten Patienten der Abteilung VM bekommen das Brot bereits in kleinen Stücken im Blechnapf mit der jeweiligen Flüssigkeit vermischt serviert.

Die einzige Möglichkeit der Selbststeuerung besteht im täglichen Bestellen von Nahrungsmitteln aus dem Krankenhaus-Geschäft. Voraussetzung ist das Verfügen über Geldmittel. Bestellen außerhalb von Mahlzeiten, Benützen der Küche oder Selbstbedienung sind faktisch unmöglich. Nur in

der Frauenabteilung AF dürfen Patienten zum Teil beim Aufdecken und Abservieren mithelfen. Welche Reduktionen schon in der Standardversorgung vorgenommen werden, illustriert folgender Ablauf:

"Bei der Frühstücksverteilung im Wachsaal 2 läßt Pfleger J. den Patienten S. einfach aus, weil er schläft. Patient W. bekommt lediglich eine Schnitte Brot, vermutlich, weil er sich mit Flüssigkeit beschmutzen würde, Patient M., der sich selbst bedienen will, wird von J. deshalb angeschrien." (VM, 14/1)

Versorgung für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Für Patienten mit problematischer Nahrungsaufnahme und schlechtem Körperzustand sind die sogenannten Zubeßen gedacht. Im einzelnen sind dies hartgekochte Eier und Joghurt beim Gabelfrühstück, Püree und Nachspeisen beim Mittagessen. Dabei wird das Püree beim Mittagessen am ehesten für schwache Esser verwendet, die übrigen Zubeßen werden nach zum Teil undurchsichtigen Kriterien verteilt, die durch Gewohnheitsrechte, Artikulationsfähigkeit der Patienten sowie allgemein anerkannte Definitionen als "braver" Patient gebildet werden dürften. Ein Beispiel für die Wirksamkeit solcher Kriterien ist folgendes:

"Pfleger T. bemerkt, daß ich den Patienten S. und W. Bananen gegeben habe. Er nimmt sie ihnen wieder weg mit den Worten: 'Das kannst Du doch nicht diesen Depperten geben, das mußst Du gescheiten Patienten geben'. Er verteilt das Obst sodann an zwei angepaßte, unauffällige Patienten." (VM, 21/6)

"Pfleger W. verteilt die Nachspeise, wie er wörtlich meint, 'immer nur an die Braven.'" (VM, 22/3)

Besonders in bezug auf die Nachspeisen besteht eine große Nachfrage seitens der Patienten. In Abteilung VM wird den im Saal mitarbeitenden Hausarbeitern von den Pflegern zugestanden, sich zuerst von diesen Zubeßen zu nehmen. In den Abteilungen AM und AF wird Patienten mit problematischer Nahrungsaufnahme größere Aufmerksamkeit geschenkt als in

Abteilung VM und es werden ihnen auch eher die für sie bestimmten Speisen zugeleitet. In Abteilung AF wird sogar Essen immer wieder aufgewärmt, um diese Patienten zu versorgen. Die besondere Fürsorge in den Ausbildungsabteilungen kann aber auch in Eßzwang umschlagen:

"Patientin E. wollte nicht essen. Die Schwester füllt den Teller voll an und sagt: 'Das ißt Du jetzt.' - E.: 'Nein.' - S.: 'Wenn Du nicht ißt, kommst Du ins Bad.' Die Patientin brüllt immer wieder, sie werde nicht essen. Schließlich gibt sie nach und ißt unter den Augen der wütenden Schwester, die nachher das Gitterbett der Patientin verschließt. Im allgemeinen herrscht jedoch kein Eßzwang, wenn andere Patienten nicht essen wollen, versucht man es mit Güte. Es dürfte sich um ein besonders gespanntes Verhältnis zwischen Patientin und Schwester handeln." (AF, 3/9)

Trotz der Diätenfestlegung kommt es in den Männer-Abteilungen VM und AM manchmal zu Konfusionen bei der Verteilung, vor allem wenn Verlegungen oder Neuzugänge stattgefunden haben. Im Notfall wird den Patienten irgendeine Speise gegeben, was folgendermaßen rationalisiert wird:

"Pfleger D. bemerkt, es sei am wichtigsten, daß jeder Patient irgendetwas esse, daß es nicht so wichtig sei mit 'Diabetikern' oder 'Fettlosen'. Er verweist dabei auf seine lange Erfahrung als psychiatrischer Pfleger." (VM, 3/14)

Da die Diätspeisen nicht auf die Kaufähigkeit der Patienten abgestimmt sind, bleibt dem Pflegepersonal manchmal nichts anderes übrig, als den Diätpatienten eine andere Speise zu geben. Manche Patienten tragen künstliche Gebisse. Wenn diese locker werden, werden sie den Patienten abgenommen und außerhalb der Wachsäle aufbewahrt. So werden manche Patienten zu Breiessern.

Prekär ist die Versorgung der auszuspeisenden Patienten der Männerabteilungen VM und AM. Die Überlastung des Pflegepersonals drückt hier die Versorgungsqualität. Besonders angespannt ist die Lage diesbezüglich in Abteilung VM. Oftmals hat ein Pfleger 5 und mehr Patienten gleichzeitig zu betreuen. Entsprechend lassen sich häufig resignative Verhaltensweisen beobachten:

"Pfleger H. will beim Frühstück alle schlafenden Patienten nicht berücksichtigen. Zudem ist er nicht bereit, Patienten, die nicht selbst essen, zu füttern. Wünsche der Patienten berücksichtigt er nur zum Teil." (VM, 10/1)

Die Nahrungsaufnahme wird immer wieder unterbrochen, ihre Speisen erkalten mittlerweile, was oft zur Ablehnung seitens der Patienten führt. Können sie nur langsam essen, laufen sie Gefahr, nicht ausreichend zu bekommen, da die Mahlzeiten zumeist unter Zeitdruck stehen. Die Gefahr der Unterversorgung besteht in Abteilung VM besonders für Patienten, die nur ausnahmsweise ausgespeist werden müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der besondere Versorgungsbedarf manchmal erst durch die medikamentöse Behandlung geschaffen worden ist:

"Der Patient T. ist so stark gedämpft, daß man ihn auch durch lautes Anrufen und Rütteln nicht aus seinem Dämmerzustand holen kann. Es ist daher auch fast unmöglich, ihn mit Nahrung zu versorgen." (AM, 42/7)

Eine relative Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung erreichen Patienten mit Geldmitteln, die sich Nahrungsmittel bringen lassen können; weiters Patienten, die häufig Besuche empfangen, da viele Angehörige ihre Patienten während des Besuches mit Eßbarem "abspeisen". Bei allen knappen Gütern spielen Artikulationsfähigkeit und angepaßtes Verhalten eine große Rolle. Dadurch können sich Patienten größere Speisemengen, Zubußen und gewisse Auswahlmöglichkeiten sichern. Dafür ein Beispiel:

"Pfleger H. war allgemein unfreundlich und mürrisch, er erfüllte jedoch Wünsche, die deutlich und verständlich geäußert wurden, übergab aber solche, die zu langsam oder unklar vorgebracht wurden." (VM, 3/3)

Der Zwang, sich strategisch zu verhalten, um Bedürfnisse besser befriedigt zu bekommen, ist ein typisches Produkt einer weitgehend vorbestimmten Versorgungsstruktur und eines Verlustes an Selbstbestimmung der Versorgten.

(4. 2) Umstände der Stuhlausscheidung

Standardversorgung

Die unzureichende Anzahl und qualitative Ausstattung der Toilettenanlagen wurde bereits bei der Regelgröße "Flüssigkeitshaushalt" beschrieben. Die Bedürfnisbefriedigung für "Normalpatienten" weist demnach bereits verschiedene unzumutbare Züge auf.

Versorgung von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Verschärft ist die Situation von bettlägerigen Patienten und vor allem von Netzbettpatienten. Häufig werden sie nicht rechtzeitig beim Toilettgang unterstützt, auf einen Leibstuhl gesetzt oder mit einer Leibschüssel versorgt. Dies geschieht besonders in Zeiten niedrigen Aktivitätsniveaus und geringer personeller Besetzung und trifft vor allem auf die Abteilungen VM und AM zu. Die meisten vorhandenen Leibstühle sind unbequem und veraltet. Die Patienten werden zu ihrer Benützung allgemein sichtbar entblößt. In den Ausbildungs-Abteilungen AM und AF bringen regelmäßige Toilettgänge zu Mittag und am Abend eine gewisse Verbesserung der Situation. Allerdings finden diese Toilettgänge unter großem Zeitdruck statt.

Die Versorgung inkontinenter Patienten ist in den Abteilungen AM und AF besser gesichert. In Abteilung VM wird das Umbetten der beschmutzten Patienten von manchen Pflegern bis zu einem Zeitpunkt verschoben, zu dem Kontrollen erwartet werden.

In den Ausbildungs-Abteilungen AM und AF wird die Kontrolle der Ausscheidungen bei allen Patienten so gut wie möglich durchgeführt. In Abteilung VM, wo diese Kontrollen nur bei

einem Teil der Patienten vorgeschrieben sind, führen oberflächliche Erkundigungen durch einzelne Pfleger, das Angewiesen-sein auf Informationen von Hausarbeitern, aber auch die Eintragung von erfundenen Werten durch manche Pfleger zu geringer Gültigkeit der Vermerke. Da die Eintragungen jedoch die Durchführung von Maßnahmen veranlassen können, ist die Praxis ungenauer Vermerke nicht ungefährlich. So etwa, wenn am dritten Tag nach zwei Tagen ohne Stuhlgang einfach ein Stuhlgang vermerkt wird, obwohl dies nicht geprüft wurde. Ein Beispiel für ein solches Vorgehen:

"Als Pfleger J. die "Stuhltabelle" ausfüllt, macht er genau bei jenen Patienten ein +-Zeichnen, die vorher zwei Tage ohne Stuhlgang waren. Denn genau bei jenen Patienten hätte er Maßnahmen setzen bzw. veranlassen müssen. Tatsächlich kümmert er sich nicht um den wahren Sachverhalt, in einigen Fällen macht er seine Eintragungen entgegen besseren Wissens" (VM, 37/6)

Die häufige Kontrolle der Eintragungen über Ausscheidungen durch die Ärzte der Ausbildungsabteilungen verleiht dort diesen Aspekten eine besondere Bedeutung.

In allen Abteilungen werden Patienten, die den dritten Tag ohne Stuhlgang vermerkt haben, mit stuhlfördernden - zumeist anal verabreichten - Mitteln behandelt. In den Männer-Abteilungen VM und AM kommen auch Einläufe vor, wenn die zuständigen Pfleger zur Ansicht kommen, daß nur diese Maßnahme helfe. Einläufe werden manchmal unsachgemäß durchgeführt, so etwa mit kaltem Seifenwasser, zum Teil auch mit zu großen Flüssigkeitsmengen. Dabei mischen sich in einem Extremfall Inkompetenz und Zynismus zu gefährlichen Praktiken:

"Patient M., der ständig an Verdauungsproblemen leidet und daher von den Pflegern ständig Sonderbehandlungen wünscht, verlangt einen Einlauf, weil er seit drei Tagen keinen Stuhl habe. Pfleger M. nimmt ihn jedoch nur auf den Arm. Gehör findet er bei Pfleger G. Dieser sagt zu mir: 'Mir macht das nichts, ich räche mich auf meine Weise, indem ich ihm kaltes Wasser gebe'. Er verabreicht den Einlauf mit 2 l Wasser, wobei der zweite Liter kalt ist." (VM, 29/3)

Die Konsequenz von Einläufen können tagelange Durchfälle, Verschmutzung und Geruchsbildung sein, was dann wieder zur Einschränkung der Speisenportionen für die betroffenen Patienten führen kann. Diese Praxis bleibt weitgehend unkontrolliert, in Abteilung VM wurde sogar beobachtet, daß Patienten-Hausarbeiter allein (!) Einläufe an Patienten vornehmen.

In Abteilung AM werden Einläufe im Bett vorgenommen, in Abteilung VM in einer allgemein sichtbaren Badewanne im Krankensaal. Widerspenstige Patienten werden von mehreren Personen gehalten, die Prozedur nimmt häufig gewalttätige Formen an.

Ein besonderes Problem sind die in Abteilung VM üblichen Teepausen bei Durchfällen. Da der Beginn der Teepause nicht vermerkt werden muß und die Diskontinuität der Dienste das Pflegepersonal auf die Informationen der Hausarbeiter angewiesen sein läßt, werden Teepausen manchmal über die notwendige Zeit hinaus aufrechterhalten. Die Eindämmung der Ausscheidungen inkontinenter Patienten liegt im Interesse der betroffenen Hausarbeiter, die oftmals die "schmutzige Arbeit" zu tun haben. Das führt im Extremfall dazu, daß Hausarbeiter in Zeiten schlechter Personalbesetzung Entscheidungen über Teepausen eigenständig treffen:

"Die beiden Hausarbeiter A. und C. baden den beschmutzten Patienten C. Sie sind grob und beschimpfen ihn. Diese Hausarbeiter werden in letzter Zeit zunehmend zu Pfleger-tätigkeiten wie Umbetten oder Baden herangezogen. Dafür nehmen sie sich auch wesentlich mehr heraus. In diesem Fall verhängen sie eine Teepause über den Patienten, eine Anordnung, die eigentlich nur von Ärzten verfügt werden darf." (VM, 25/4)

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Regulierung
des Stoffhaushaltes

1. Bedürfnisse im Zusammenhang mit dem Stoffhaushalt sind akzeptiert und in ihrer Befriedigung relativ differenziert geregelt. Es werden sowohl unterschiedliche Bedürfnislagen (Regelgrößen) berücksichtigt, als auch unterschiedliche Fähigkeiten der Patienten bezüglich der Bedürfnisbefriedigung. Allerdings sind diese Regelungen wiederum nicht so differenziert, daß sie alle Kombinationen von möglichen Bedürfnislagen und Kompetenzausfällen berücksichtigen würden (Beispiel: zahnlose Diätpatienten). Die vorgesehenen Befriedigungsniveaus sind bescheiden; Selbststeuerungsmöglichkeiten der Patienten sind nicht vorgesehen.
2. Die tatsächliche Befriedigung des Bedürfnisses nach Nahrungsaufnahme erfolgt auf geringem Niveau. Eine weitgehende Nichtberücksichtigung subjektiver Bedürfnislagen in bezug auf Menge, Intervalle, Qualität und Selektion kann nur von einem Teil der Patienten durch Verfügen über Geldmittel oder besuchende Angehörige kompensiert werden. Patienten mit bedarfssteigernden Merkmalen sind in ihrer Versorgung zumeist stärker benachteiligt. Neben dieser Unterversorgung ergeben sich Fehlversorgungen, wo Bedürfnislagen nicht ausreichend differenziert berücksichtigt werden - wenn z. B. zahnlose Diabetiker Altersschonkost bekommen - oder auch dort, wo vorhandene Kompetenzen von Patienten unberücksichtigt bleiben.

Die Ausscheidung von Stoffen ist durch die überwiegend unzureichende Toilettenausstattung nur auf einem Minimalniveau gesichert. Patienten mit bedarfssteigernden Merkmalen sind tendentiell schlechter versorgt. Pflegerische

Maßnahmen unterschreiten wiederholt die verbindlichen Standards der Krankenpflege.

Alle kritischen Hinweise betreffen in besonderem Ausmaß die Versorgungsabteilung VM. Auch in der Männer-Ausbildungsabteilung AM werden die festgelegten Minimalstandards nicht immer erreicht. Auf dem vorgesehenen Niveau gesichert erscheint lediglich die Versorgung der weiblichen Patienten in AF.

Mögliche negative Konsequenzen sind physische Krankheitsgefährdung bei Unterlassung oder unsachgemäßer Durchführung von pflegerischen Maßnahmen oder sekundäre Bedarfssteigerungen durch Verlust von Fähigkeiten (z. B. der Ausscheidungskontrolle) oder apathischen Rückzug der Patienten, bedingt durch die passivierende Art der Versorgung.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Insgesamt drei der für die Befragung ausgewählten Bedürfnisindikatoren beziehen sich auf den Komplex Flüssigkeits/Stoffaufnahme bzw. -ausscheidung:

Mit dem Indikator "Ausreichend Zeit zum Essen der Mahlzeiten" sollte das Ausmaß der Rigidität einer Routineversorgungssituation erfaßt werden. "Vergabe von Getränken und Speisen bei Ersuchen auch außerhalb der regulären Mahlzeiten" nimmt auf die Erfüllung individueller Bedürfnisse außerhalb dieser Standardversorgung Bezug. "Ungestörte Toilettenbenutzung" versucht die Qualität einer der Selbststeuerung durch die Patienten überantworteten Bedürfnisbefriedigung zu thematisieren. Die Ergebnisse sind aus TABELLE 5 zu entnehmen.

Die Abstufung der eingeschätzten Befriedigungsgüte zwischen den drei Indikatoren entspricht den Ergebnissen der Beobachtungsstudie. Gleiches gilt für die Unterschiede zwischen Männer- und Frauenausbildungsabteilungen.

In Widerspruch zu den Beobachtungen stehen die Einschätzungen des Personals der Versorgungsabteilung VM. Verglichen mit den Ausbildungsabteilungen sind die Einschätzungen der Versorgung unrealistisch positiv, insbesondere beim zweiten und dritten Indikator, wo nach der Einschätzung des Beobachters der tatsächliche Befriedigungsgrad jeweils als "niedrig" einzustufen gewesen wäre.

Die im wesentlichen identischen Einschätzungen in der (nicht beobachteten) Frauenversorgungsabteilung unterstützen die Interpretation einer Tendenz zur Überschätzung der Befriedigungsgüte in der Männerversorgungsabteilung.

Die Einschätzungen der 1977 befragten Schüler, welche Arbeits Erfahrungen in jeweils zwei gleichgeschlechtlichen Ausbildungsabteilungen haben, zeigen weiterhin ein Gefälle zwischen Männer- und Frauenabteilungen in identischer Richtung und bei denselben Indikatoren. Sie stellen somit eine gewisse Validierung

TABELLE 5: Einschätzung der Güte der Regulierung von Flüssigkeits- und Stoffhaushalt durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Ausreichend Zeit zum Essen der Mahlzeiten

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM*) %	(AF*) %
sehr gut/gut	48	94	89	93	40	50
eher schlecht/schlecht	48	6	11	7	40	50
gar nicht	6	-	-	-	20	-
N=	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	hoch	hoch	hoch	eher niedrig	mittel

Indikator 2: Vergabe von Getränken und Speisen bei Ersuchen außerhalb der regulären Mahlzeiten

	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM*) %	(AF*) %
sehr gut/gut	59	76	72	86	30	43
eher schlecht/schlecht	35	18	28	-	70	50
gar nicht	6	6	-	14	-	7
N=	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	hoch	hoch	hoch	eher niedrig	mittel

Indikator 3: Ungestörte Toilettenbenutzung

	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM*) %	(AF*) %
sehr gut/gut	24	18	56	35	10	14
eher schlecht/schlecht	52	76	31	58	40	64
gar nicht	24	6	13	7	50	21
N=	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig	niedrig	mittel	eher niedrig	niedrig	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden
 Abteilungen mit Stern *: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

dieser in der Beobachtungs- und der ersten Befragungsstudie festgestellten Unterschiede dar. Allerdings sind bei allen Indikatoren deutlich negativere Beurteilungen im Vergleich zur ersten Befragungsstudie zu konstatieren. Diese resultieren u. a. daraus, daß die erste Interview-Befragung das gesamte Ausbildungsabteilungs-Personal einbezog, während die zweite Fragebogenerhebung nur die durchgängig kritischen Schüler erfaßte.

Einiger Hinweise bedarf auch die relativ große Variation innerhalb des Personals einer Abteilung. Mit Ausnahme der zuletzt genannten Schülergruppe waren die Abteilungen personalmäßig heterogen zusammengesetzt, sodaß sich Beurteilungsstandards und Sensibilität aufgrund von Ausbildungs- und Selektionsfaktoren erheblich unterschieden (vgl. Teil IV, 1. 2). Zudem war die Versorgungslage der Patienten innerhalb von (relativ engen) Grenzen variabel - in Abhängigkeit vom Ort der Unterbringung in der Abteilung und von der Zusammensetzung des Pflegepersonals (Touren) an bestimmten Tagen.

2. 2. 4 Regulierung des Sauerstoffhaushaltes:
Versorgung mit frischer Luft

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden
Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychi-
atrischen Literatur

Die Befriedigung dieses Bedürfnisses wird in der ausgewählten Literatur nicht explizit erwähnt. Möglicherweise deshalb, weil eine adäquate Bedürfnisbefriedigung eine mittelbare oder unmittelbare Folge von häufig geforderten Maßnahmen wie der Verkleinerung der Räume (FINZEN & KLUGE, 1974, 131) oder der Öffnung von Abteilungen (KUNZE & KUNZE-TURMANN, 1975, 107) wäre.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den
relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der Spitalhausordnung wird der beeinträchtigende Charakter des Rauchens durch folgende Regelung berücksichtigt:

"Das Rauchen ist nur mit besonderer Bewilligung des Abteilungsvorstandes in den von der Direktion bestimmten Räumen ... gestattet." (§ 11)

Indirekt ist auch die Bestimmung über den Gartenbesuch relevant:

"Der Aufenthalt im Garten ist den Pfleglingen, die hierzu die ärztliche Erlaubnis haben ... gestattet." (§ 12)

- b) Aus dem Krankenanstaltengesetz sind folgende Bestimmungen wichtig:

"Pfleglinge, die ... zwangsweise angehalten werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung ... unterworfen werden." (§ 51. 1)

"Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten" (§ 6. 2).

- c) In der "Charta des Patienten" des Bundesministeriums für Gesundheit wird der Patient darauf hingewiesen, daß er verlangen kann, daß im Krankenzimmer nicht geraucht wird.

Diese Normierungen beschränken also entweder als schädlich angesehene individuelle Verhaltensweisen von (Mit)-Patienten oder legitimieren in sehr allgemeiner Form die prinzipielle Möglichkeit von Einschränkungen durch ärztliche Verfügungen. Ansprüche der Patienten auf die Mindestbefriedigung entsprechenden Umweltbedingungen sind nicht festgelegt.

Eine entsprechende Formulierung findet sich dagegen in den gerichtlich festgelegten Minimalstandards für eine angemessene Behandlung von psychisch Kranken in den USA (KUNZE, 1976, 81 f):

"Patienten haben ein Recht darauf, sich im Freien aufhalten zu können, falls nicht medizinische Gründe dies verbieten."

Auch die materiellen Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung werden dort explizit festgelegt:

"Die Zahl der Patienten in einem Mehrbettzimmer soll nicht sechs Personen überschreiten."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

Vorgesehene Standardversorgung

Die Belüftung der Räume ist dem Gutdünken des Pflegepersonals überantwortet. Die Patienten haben keine Schlüssel zu den eigens versperrten Fensteröffnungen. Der Zutritt zur Veranda steht den Wachsaalpatienten der Abteilung VM während der wärmeren Jahreszeit offen, ebenso den Tagraumpatienten der Abteilung AM. Die Parterre-Patienten der Abteilung AF dürfen die Veranda nur in Begleitung von Pflegepersonen aufsuchen.

Zur Regelung des Gartenbesuches vergleiche 2. 2. 7.

Vorgesehene Versorgung für Patienten mit besonderem Bedarf

Ein besonderer Versorgungsbedarf ist in Abteilung AM für

Patienten mit Atembeschwerden akzeptiert. Bei solchen Patienten werden Schleimabsauggeräte auf Anweisung der Ärzte eingesetzt.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnis-
befriedigung

Standardversorgung

Für die Mehrzahl der Patienten ist eine Selbststeuerung der Versorgung mit frischer Luft nicht möglich. Die Fenster können nur mit Schlüsseln geöffnet werden, die sich in der Hand des Pflegepersonals befinden. Da viele Fenster zudem noch vergittert sind, ist eine Legitimation dieser Praxis durch "Sicherheitsargumente" nicht stichhältig. Vielmehr eröffnet der Entzug von im Alltag selbstverständlichen Bedürfnisbefriedigungen und ihre Überantwortung an das Personal auch Möglichkeiten der Disziplinierung und Willkür.

Die Situation der Patienten ist verschärft durch das Zusammenleben vieler Patienten in einem Raum. So hält sich z. B. der Großteil der ca. 70 Patienten aus dem 1. Stock der Abteilung VM in zwei Tagräumen auf, von denen einer nur etwa 15 m² groß ist. Stockpatienten haben auch keine Veranden zur Verfügung.

Eine zusätzliche Beeinträchtigung der Luftqualität entsteht durch das Rauchen von Patienten und Personal. In Abteilung VM ist mit Ausnahme des ersten Wachsals das Rauchen in den Krankenzimmern möglich. In den Ausbildungsabteilungen wird eine Beschränkung von Rauchern auf Toiletten und Badezimmer versucht.

Die Zahl der Raucher unter den Patienten ist sehr groß - wohl auch in Zusammenhang mit der Eintönigkeit und Gleichartigkeit der Tagesabläufe und mit der fast durchgängigen "Enteignung" von anderen Bedürfnisbefriedigungen durch die Institution.

Die Situation der Parterre-Patienten ist in allen Abteilungen besser, da hier für einen Teil der Patienten der Gang auf die Veranda möglich ist. Freilich ist auch dieses Privileg kein gesichertes, sondern durch Eingriffe des Pflegepersonals aufhebbar bzw. einschränkbar.

Besonders ungünstig ist die Lage der dauerhaft bettlägerigen Patienten. Viele von ihnen kommen niemals an die frische Luft. In Abteilung VM bemühen sich die meisten Pfleger, einen Teil dieser Patienten an schönen Sommertagen auf die Veranda zu transportieren.

Bevorzugt sind jene Patienten, die in den Sommermonaten in den Garten geführt werden. Wie an anderer Stelle ausführlicher dargestellt wird, sind auch hier den Pflegepersonen in bezug auf die Entscheidungen, ob überhaupt ein Gartenbesuch stattfinden soll (Wetterlage, Personalbesetzung) und welche Patienten dazu mitgenommen werden sollen, erhebliche Definitionsspielräume eröffnet (vgl. 2. 2. 7). Somit sind jene Patienten, die Ausgangsmöglichkeiten haben, die einzigen, die eine Selbststeuerung der Befriedigung dieses Bedürfnisses vornehmen können.

Versorgung für Patienten mit besonderem Bedarf

Die Qualität der Versorgung mit Schleimabsaugegeräten in Abteilung AM ist für Sozialwissenschaftler nicht einzuschätzen. Auffällig waren jedoch die divergenten Meinungen innerhalb des Personals, ob und wann diese Geräte eingesetzt werden sollten.

2. 2. 5 Befriedigung des Schlafbedürfnisses:
Nachtschlaf und Ruhebedürfnis untertags

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden
Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychia-
trischen Literatur

Für BARTON (1974) ist hauptsächlich der frühe Nachtruhezeitpunkt von Bedeutung, der ein Aspekt der erzwungenen Untätigkeit ist (ebd. 20). In denen Reformprogrammen schlägt er eine Verschiebung und Verlängerung des Tagesprogrammes bis 22 Uhr vor (ebd. 40 ff.).

GOFFMAN (1972) betrachtet sowohl die erzwungene Anpassung an einen fixierten Tagesrhythmus als auch die Uniformierung der Befriedigung dieses Bedürfnisses als Anzeichen für eine, das Selbstbild der betroffenen Individuen demütigende Behandlungsstrategie (ebd. 33 f.).

WING & BROWN (1970, 42) verwenden die Möglichkeit eines Zugangs zum eigenen Bett untertags und die Wahlmöglichkeit des Nachtruhe-Zeitpunkts als Indikatoren für die Restriktivität einer Abteilung.

KUNZE & KUNZE-TURMANN wählen ebenfalls den Zeitpunkt der Nachtruhe (kritische Grenze: 20 Uhr) und zusätzlich die Größe der Schlafräume (kritische Größe: vier Betten) als Indikatoren für die "soziotherapeutische Orientierung" einer Station (1975, 107).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den
relevanten österreichischen Normierungen

a) Die Spitalhausordnung statuiert:

"In der von der Direktion festgesetzten Stunde haben sich alle Pfleglinge in ihrem Bett zur Ruhe zu begeben."
(§ 9)

b) Aus dem Krankenanstaltengesetz ist die Bestimmung über

die Größe von Abteilungen bzw. Pflegegruppen relevant:

"Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten" (§ 6. 2).

c) In der "Charta des Patienten" wird das Recht auf Ruhe unterstrichen, als potentielle Ruhestörer werden jedoch ausschließlich Patienten gesehen:

"Sie haben das Recht auf Ruhe und auf Rücksichtnahme durch ihre Mitpatienten... Sie können verlangen, daß Gespräche leise geführt werden, daß Lichter abgedunkelt sind ..."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

Vorgesehene Standardversorgung

Das Bedürfnis findet institutionelle Akzeptierung in Regelungen betreffend Nachtruhe und Regeneration untertags.

Die Regelungen über die Nachtruhe sind in allen Abteilungen ungefähr identisch:

- die Patienten haben sich zum Zeitpunkt der Dienstübergabe vom Tag- zum Nachtpersonal (18 Uhr) in ihren Betten zu befinden
- Patienten, denen Fernsehen erlaubt wird, dürfen später nochmals aufstehen
- morgendliche Pflegeaktivitäten sollten frühestens um 4.30 Uhr beginnen
- bei besonderen Vorfällen, insbesondere solchen, welche die Nachtruhe stören, muß ein Arzt gerufen werden
- für die Zeit der Nachtruhe muß in allen Sälen das Nachtlicht eingeschaltet sein.

Bezüglich des Schlafens von nicht-bettlägrigen Patienten während des Tages unterscheiden sich die Regelungen nach Abteilungen. In Abteilung VM dürfen Wachsaalpatienten mittags im Bett liegen, Schlafsaalpatienten dürfen in ihre Säle eingelassen werden. In Abteilung AM ist Mittagsruhe für alle Wachsaalpatienten vorgesehen, die Tagraumpatienten dagegen dürfen nicht in ihre Betten. In Abteilung AF dürfen Wachsaalpatienten schlafen, Tagraumpatienten nicht.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem
Versorgungsbedarf

Als besonderer Bedarf wird Schlaflosigkeit während der Nacht angesehen. Schlaflose Patienten müssen dem Arzt gemeldet werden.

Schlafmittel dürfen nur nach ärztlicher Anordnung vergeben werden, Art und Dosis sind jeweils vorgeschrieben.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

Standardversorgung

Die Reglementierung der nächtlichen Schlafenszeit setzt dem Ausmaß des Schlafens bestimmte Grenzen. Sowohl der Beginn als auch das Ende der Schlafenszeit sind aber nicht für alle Patienten gleich festgelegt. In Abteilung VM haben ausschließlich Stockpatienten noch Gelegenheit zum Fernsehen, informell bis spätestens 22 Uhr. Sie werden auch später geweckt als die Patienten im Parterre, weil wegen des geringeren Versorgungsbedarfes bezüglich Bettenmachen und Umkleiden Pflegeaktivitäten noch nicht um 4.30Uhr beginnen müssen. Die Verhältnisse in Abteilung AM sind in etwa analog. In Abteilung AF befindet sich das TV-Gerät im Parterre und es kommen sowohl Stock- als auch Parterrepatienten. Auch hier müssen die Pflegeaktivitäten in den "vorderen" Wachsälen des Parterres am frühesten beginnen.

Die Möglichkeit, untertags zu schlafen, haben in allen Abteilungen die Patienten, die sich im Wachsaalareal aufhalten dürfen, wobei nur in Abteilung AM die Einhaltung einer Mittagsruhe forciert wird und störende Patienten entsprechend sanktioniert werden. In Abteilung AF werden alle Nicht-Wachsaal-Patienten am Schlafen gehindert, in Abteilung AM wird Schlafen auf Bänken oder Heizkörpern ebenso

toleriert wie in Abteilung VM, wo die Patienten der Schlafsäle im Parterre auch von manchen Pflegern in ihre Betten gelassen werden.

Was den Schutz vor Störungen und damit die Qualität des nächtlichen Schlafens betrifft, ist zunächst zu bemerken, daß die Patienten der Wachsäle im Parterre den meisten Störungen ausgesetzt sind, weil dort nicht nur der Patientenbelag besonders dicht ist (bis zu 15 Patienten pro Raum), sondern auch weil sich dort viele unruhige und schwer erkrankte Patienten befinden. Besonders benachteiligt sind die Wachsaal-Patienten der Versorgungsabteilung VM, weil sich dort die Toiletten in den Krankenzimmern befinden - lediglich durch eine mittelhohe Glasscheibe abgetrennt. Dadurch entstehen permanent laute Geräusche. Auch die Situation eines Teils der Stockpatienten ist durch besonders große und überfüllte Schlafräume gekennzeichnet. Besser haben es jene Patienten, die in kleinen Einheiten untergebracht sind, sie sind zudem noch in besserem körperlichen Zustand und sozial besser angepaßt. Störungen entstehen auch durch Kontrollgänge des Pflegepersonals, Schlüsseltreiben, Tritte auf Steinböden, durch das permanent brennende Deckenlicht, durch fehlende Lichtabschirmung von außen - es gibt keine Vorhänge oder Rollos. Die Qualität wird weiters durch die ungenügende Belüftung und die schlechten Betten in den Abteilungen VM und AF beeinträchtigt.

Was die Schlafenszeit betrifft, so kann nur ein Teil der Patienten in engen Grenzen mitentscheiden. Möglichkeiten zur Selbststeuerung dieses Bedürfnisses sind praktisch nicht gegeben.

Eine besonders problematische Praxis bestand in Abteilung AM: Da die Abteilung ständig einen Überbelag an Patienten

aufwies, wurden sogenannte Erdlager (Matratzen in den Gängen) eingerichtet⁺). Daneben gibt es - auch in anderen Abteilungen - die Einrichtung von "Außenschläfern", d.h. von Patienten, denen je nach Bettenangebot auf einer Abteilung allabendlich ein gerade freies Bett zugewiesen wird. Der deklassierte Status psychiatrischer Patienten wird in dieser Praxis besonders deutlich.

Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Die Schlafmittelvergabe erfolgt in den Ausbildungsabteilungen AM und AF im wesentlichen nach den festgelegten Verordnungen. In Abteilung VM werden Schlafmittel weitgehend nach eigenen "Erfahrungswerten" des einzelnen Pflegers vergeben. Die Vergabe variiert beträchtlich je nach Pfleger, aber im Durchschnitt überschreitet der Gebrauch von Schlafmitteln bei weitem die Festlegung der Ärzte. Auf eine Meldung schlafloser Patienten an den Arzt oder gar eine nächtliche Verständigung wird weitgehend verzichtet, auch deshalb, weil den Ärzten kein ernstes Interesse an der Einhaltung dieser Vorschrift zugeschrieben wird. Die Inaktivität während des Tages und der frühe Nachtruhetermin bedingen bei vielen Patienten Einschlafschwierigkeiten. Manche Patienten dürften sich auch bereits an die Schlafmitteleinnahme gewöhnt haben. Die z.T. offenbar zu hohen Dosen führen zum Dahindämmern und zur Schläfrigkeit untertags und neuerlicher nächtlicher Schlaflosigkeit.

Eine relative Verbesserung der Befriedigung dieses Bedürfnisses läßt sich derzeit nur für einzelne Patienten über Verlegungen in kleinere und ruhigere Einheiten erreichen. Anpassung, Artikulationsfähigkeit und Beharrlichkeit des betroffenen Patienten bzw. Interventionen durch Angehörige oder besondere Aufmerksamkeit von seiten der Ärzte können dieses Privileg am ehesten herbeiführen.

+ Nach Angabe der Anstaltsleitung wurde die Verwendung von Erdlagern mittlerweile abgestellt.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung
des Schlafbedürfnisses

1. Die etablierten Regeln sollen einen relativ ungestörten Zeitraum während der Nacht garantieren. Als einzige Abweichung vom durchschnittlichen Versorgungsbedarf werden Schlafstörungen akzeptiert. Individuelle Gewohnheiten und Präferenzen der Patienten sind nicht berücksichtigt. Die Organisation der pflegerischen Versorgung (früher Tagesbeginn) und die besondere Betonung der Beaufsichtigungsnotwendigkeit (Nachtlicht) stehen einer Befriedigung des Schlafbedürfnisses auf einem höheren Niveau entgegen.
2. Obwohl ausreichend Zeit zum Schlafen während der Nacht besteht, bedeuten doch verschiedene störende Umstände und Vorgänge eine wesentliche Beeinträchtigung der Schlafqualität. Davon sind im besonderen die Wachsaalpatienten aller Abteilungen betroffen. Die Uniformierung der Bedürfnisbefriedigung widerspricht der Variabilität der Bedürfnislagen. Dies gilt insbesondere für die frühen Nachtruhezeiten. Die unkontrollierte und übermäßige Schlafmittelvergabe in der Versorgungsabteilung ist lediglich eine konsequente - wenn auch von der Norm abweichende - Weiterführung der "bürokratischen" Kontrollpraxis mit medizinischen Mitteln.
Im medizinischen Sinn bedenklich ist auch die sich herausbildende Schlafmittelabhängigkeit vieler Patienten. Psychosozial bewirkt die totale Fremdbestimmung von Schlafzeiten und -menge einen Verlust an Selbststeuerungsmöglichkeit und -motivation: Dadurch verstärkt sich die Abhängigkeit des Patienten von der Institution und rehabilitative Anstrengungen werden erschwert.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Einer der zur Einschätzung vorgegebenen Bedürfnisindikatoren bezieht sich auf Schlaf- und Ruhebedürfnisse und ihre mögliche Beeinträchtigung durch Lärm. Es ergibt sich zwar eine gewisse Überschneidung mit dem Bedürfnis nach Schutz vor störenden Sinnesreizen im allgemeinen (2. 2. 6), die Spezifikation - "Schutz vor Lärmbelästigung, besonders nachts" - rechtfertigt jedoch eine Zuordnung an dieser Stelle (TABELLE 6):

TABELLE 6: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Schlafbedürfnisses durch das befragte Pflegepersonal anhand des Indikators:
"Schutz vor Lärmbelästigung, besonders nachts"

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n *					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	35	65	37	30	50	64
eher schlecht/schlecht	53	30	63	62	40	29
gar nicht	12	6	-	8	10	7
N=	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	eher niedrig	mittel	eher niedrig	eher niedrig	mittel	mittel

* Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Die durchschnittliche Einschätzung des Pflegepersonals der Ausbildungsabteilungen deckt sich mit der Einschätzung der Beobachter, d. h. auch die Abstufung zwischen Männer- und Frauenabteilung ist entsprechend. Als absolut und relativ zu günstig muß dagegen die Einschätzung des Pflegepersonals

der Abteilung VM angesehen werden, da in dieser Abteilung die Störbarkeit durch besonders große Räume und die Anordnung der Toiletten sehr hoch war. Ähnliche materielle Voraussetzungen bestanden auch in der (nicht beobachteten) Frauenabteilung VF: Die Befragungsergebnisse in dieser Abteilung sind deshalb wahrscheinlich ebenfalls als unrealistisch günstig zu beurteilen.

Die 1977 befragten Schülerinnen der Frauen-Ausbildungsabteilungen nahmen die Situation nahezu gleich wie das 1975 befragte AF-Personal wahr. Bei den 1977 befragten Schülern der Männer-Ausbildungsabteilungen war eine leicht positivere Einschätzung der Situation im Vergleich zum 1975 befragten AM-Personal feststellbar. Dieses aus dem gesamten Ergebnisspektrum abweichende Teilergebnis könnte somit eine reale Verbesserung indizieren.

2. 2. 6 Befriedigung sensorischer Bedürfnisse:
Abwechslungsreichtum der sinnlichen Umwelt -
Schutz vor Lärm und Geruch

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

In der Kritik des Hospitalismus-Forschers BARTON sind mangelnde Bedürfnisbefriedigungen im sensorischen Bereich unter dem Stichwort "Anstaltsatmosphäre" unter die Hauptverursachungsfaktoren für "institutionelle Neurosen" eingereiht (1974, 25 f). Sowohl sensorische Störungen wie Lärm und Gestank als auch die Eintönigkeit und mangelnde Attraktivität der physischen Umgebung (Wände, Fußböden, Möbel, Beleuchtung, äußere Erscheinung von Mitpatienten) werden angeführt. Der allgemeine Eindruck der Station ist nach BARTON für den Patienten deshalb wichtig, weil er ihm zeigt, was man von ihm hält (ebd. 63). Experimentalpsychologische Forschungen haben nachgewiesen, daß sich schon durch kurzzeitige "sensorische Deprivationen" Symptome psychischer Störungen induzieren lassen. Die Folgen von Langzeit-Deprivationen sind unerforscht (COHEN & TAYLOR, 1972, 44 ff).

FINZEN und KLUGE betrachten unzulängliche materielle Voraussetzungen, die zur Geruchs- und Lärmbelästigung führen, als Momente einer "brutalen Realität", deren Beseitigung die Voraussetzung für eine humane psychiatrische Krankenversorgung ist.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der für das untersuchte Krankenhaus gültigen Hausordnung werden bezeichnenderweise lediglich die Pfleglinge als Störungsquelle gesehen. Sie werden angehalten "jeden unnötigen Lärm und jedes störende Verhalten zu unterlassen."

- b) Im Krankenanstaltengesetz sind keine diesbezüglichen Normierungen enthalten.
- c) Die vom Bundesministerium für Gesundheit deklarierte "Charta des Patienten" betont das Recht auf Ruhe vor lauten Gesprächen und Radio- bzw. TV-Geräten, wobei ebenfalls die Mitpatienten als einzige mögliche Störquelle aufgefaßt werden.

Während in Österreich nur der Schutz vor sensorischen Störungen, v.a. durch Mitpatienten, normiert ist, enthält das amerikanische Gerichtsurteil über die verfassungsmäßigen Minimalstandards einer angemessenen Behandlung folgende bemerkenswerte Passage (KUNZE, 1976, 82):

"Der Patient hat ein Recht auf eine psychologisch und materiell menschenwürdige Umgebung innerhalb des Krankenhauses. Die Einrichtungen sollen so gestaltet sein, ... daß sie den Patienten Behaglichkeit und Sicherheit gewährleisten, seine Würde fördern und seine private Sphäre sichern."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Abwechslungsreichtum der sinnlichen Umwelt

Es gibt keine positiven Regelungen auf Abteilungsebene, die sich ausdrücklich auf die Existenz entsprechender Bedürfnislagen beziehen.

Für die Mehrheit der Patienten stellt die bei Schönwetter und ausreichender Personalbesetzung vorgesehene Möglichkeit des Garten- und Balkonbesuches die wichtigste indirekt auf sensorische Bedürfnisse bezugnehmende Regelung dar. Diese Patienten unterliegen im übrigen einer Reihe von Verbotsregeln, von denen die Einschränkung der Bewegungsfreiheit auf wenige Räume wohl die in diesem Zusammenhang einschneidenste ist.

Die Existenz dieser einschränkenden Regeln konstituiert zugleich ein "Privilegiensystem" (GOFFMAN, 1972, 56 f.), d. h. eine erweiterte Bedürfnisbefriedigung wird auch von Arbeitsleistungen und Anstaltsangepaßtheit des Patienten abhängig gemacht. Als Privilegien gehandhabt werden Ausgänge, Kino- oder Konzertbesuch in der Anstalt, Fernsehen, Verlegungen in kleine Zimmer und die Teilnahme an Anstaltsausflügen. Die Anstaltsprivilegien sind somit nichts anderes als "die Abwesenheit von Entbehrungen, die man normalerweise (d. h. außerhalb der Anstalt) nicht ertragen zu müssen erwartet" (ebd., 56).

Hinzuweisen ist noch auf therapeutisch eingesetzte Bedürfnisbefriedigungen wie Musik- oder Maltherapie. Sie sind allerdings nur einer nach Prognose ausgewählten kleinen Zahl von Patienten zugänglich.

(3. 2) Schutz vor Lärm und Geruch

Auch in dieser Hinsicht gibt es keine expliziten Regelungen. Die Notwendigkeit solcher Regelungen könnte durch Hinweise auf die "selbstverständliche Existenz einer Krankenhausatmosphäre" bestritten werden. Zudem sind alle organisatorischen Maßnahmen, welche hier eine Rolle spielen, zumindest vordergründig als sachlich notwendig zu rechtfertigen.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Abwechslungsreichtum der sinnlichen Umwelt

Die unmittelbare Umgebung der Patienten - die Krankensäle und Tagräume - sind in ihrer Gestaltung unpersönlich, eintönig und öde. Die Wände der großen und hohen Räume sind kahl, die wenigen Arten von Möbeln - Betten, Tische, Stühle, Kästen - gleichförmig blaß lackiert und abgescheuert. Die Beleuchtung der Räume in den Morgen- und Abendstunden erfolgt durch große Deckenlampen. Die Anordnung der Möbel ist einfalllos und unpersönlich. Die Überfüllung der Räume bringt starke Einengung mit sich. Es gibt keine Farbakzente,

wie sie etwa durch Teppiche, Vorhänge oder Bilder herstellbar wären.

Durch die ständige Eingeschlossenheit vieler Patienten in wenigen Räumen der Abteilungen tritt für diese Patienten keine Variation von sensorischen Reizkonstellationen auf. Da es für die meisten Patienten keine Beschäftigungsprogramme gibt und in den Abteilungen keine Veranstaltungen stattfinden, laufen die Tage völlig gleichförmig ab.

Einzig der Aufenthalt auf dem Balkon, der den meisten Patienten gestattet wird - in Abteilung AF allerdings nur in Begleitung von Personal - und der Aufenthalt im Garten bei Schönwetter, der ausgewählten Patienten gestattet wird und lediglich in Begleitung möglich ist, sind bescheidene Fluchtmöglichkeiten aus der Eintönigkeit. Anzumerken ist, daß Patienten diesbezüglich keine normierten Ansprüche haben, sondern der Definitionsmacht des Pflegepersonals unterworfen sind. Verschärft gilt dies für den Fernsehzugang, der nach Ermessen der Nachtdiensthabenden jeweils nur bestimmten Patienten gestattet wird. Auch dabei gibt es keine Selbststeuerungsmöglichkeiten, das Gerät wird durch Pflegepersonen ein- und ausgeschaltet - manchmal unabhängig von der Programmstruktur. Immerhin sind diese Anlässe die einzigen, bei denen bestimmten Patienten überhaupt Wahlmöglichkeiten offen stehen.

Eine relative Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung besteht für Patienten, die Radiogeräte besitzen - sofern es ihnen gestattet wird, diese zu behalten - sowie für Patienten, die von ihren Angehörigen illustrierte Zeitschriften bekommen.

Eine wesentliche Verbesserung ergibt sich für jene kleine Patientengruppe, die die Abteilungen verlassen darf und

die sich im Krankenhausareal oder gar außerhalb aufhalten kann. Es handelt sich häufig um angepasste Langzeitpatienten, bei denen man Flucht- oder Suizidgefahr ausschließt.

(4. 2) Schutz vor Lärm und Geruch

Verschiedene unangenehme Lärmerzeugungen entstehen einerseits durch mangelnde Rücksichtnahme einzelner Angehöriger des Personals wie z.B. Türenzuschlagen, Schlüsselgerassel, Netzbettengitter herunterfallen lassen, andererseits durch die Mängel der Ausstattung wie das Fehlen von leisen Türschließern und Teppichen, die großen hallenden Räume und die Toiletten im Raum. Die Machtlosigkeit der Patienten demonstriert folgende beobachtete Szene:

"Im Wachsaal 3 läuft das Radio sehr laut. Patient S. ersucht, es leiser zu schalten, es mache ihn nervös. Als ich leiser stelle, erscheint Pfleger U. und dreht das Radio ohne den Patienten zu beachten wieder lauter. Der Patient sagt erregt: 'Das ist kein Krankenhaus!'" (VM, 7/6)

Lärmproduktion durch aggressive oder unruhige Patienten gibt es in unterschiedlichem Ausmaß in den einzelnen Abteilungen, am stärksten in Abteilung AM. Zum Teil werden sie durch Maßnahmen wie Beschränkungen oder Necken der Patienten erst erzeugt. Gravierend werden sie auf dem Hintergrund der Überfüllung und der Größe der Säle und des Fehlens von Abschirmungen. Die Patienten leben in einer "Geräuschgemeinschaft" (FINZEN und KLUGE, 1974, 131).

Das Ausmaß unangenehmer Gerüche ist besonders in den Abteilungen VM und AM, die eine große Anzahl inkontinenter Patienten haben, beträchtlich.

Auch hier haben Überfüllung der Räume, Geruchseinheit mit den Toiletten (Abteilung VM), alte Matratzen (Abteilungen VM, AF) und andere materielle Voraussetzungen wesentlichen Anteil. Auch personelle Voraussetzungen spielen eine gewisse

Rolle. So etwa ist der betriebene Reinigungsaufwand in Abteilung VM am geringsten. Die Patienten leben in einer "Geruchsgemeinschaft" (FINZEN und KLUGE, 1974, 131).

Wesentliche Differenzen in der Situation der Patienten ergeben sich hier durch ihre Zuteilung zu bestimmten, unterschiedlich großen und mit unterschiedlichen Arten von Patienten belegten Räumen. Die Wachsaalpatienten des Parterres, die in den größten, mit den unruhigsten und pflegebedürftigsten Patienten belegten Räumen leben, sind in der schlechtesten Lage, Je unauffälliger und besser angepaßt sich Patienten verhalten und je weniger sie pflegebedürftig sind, desto eher haben sie die Chance, einen einigermaßen angenehmen Platz zu bekommen und desto größere Bewegungsfreiheiten haben sie. Neueingelieferte Patienten, die anfangs intensiver beobachtet werden, sehen sich den ungünstigsten Bedingungen gegenüber.

Eine relative Verbesserung können Angehörige erzielen, wenn sie für ihre Patienten eine Verlegung durchsetzen können. Klassepatienten sind überwiegend in kleinen Einheiten untergebracht.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung
sensorischer Bedürfnisse

1. Das Bedürfnis nach einem entsprechenden sensorischen Reizniveau ist nicht explizit anerkannt. Durch eine Reihe von einschränkenden Regeln - primär durch die "geschlossene" Aufbewahrung der Patienten - ist eine unzureichende Befriedigung strukturell angelegt. Ein minimales Befriedigungsniveau ist für eine Minorität über ein Privilegiensystem möglich, welches psychisch unauffällige, körperlich gesunde, prognostisch günstige oder sozial angepasste Patienten bevorzugt. Gerade diejenigen Patienten, die in ihrer Regelgröße vom Durchschnitt abweichen - z.B. besonders apathische Patienten - oder solche, die in ihren Kapazitäten besonders beeinträchtigt sind - z. B. immobile Patienten - sind davon ausgeschlossen. Der Schutz vor störenden Sinnesreizen beschränkt sich auf Vorschriften in der Hausordnung für Patienten.
2. Die meisten Patienten leben in einer Situation ausgeprägter "sensorischer Deprivation" (VERNON, 1965), in besonders gravierender Weise gilt dies für alle schwerer Erkrankten. Der Begriff der "Anstaltsatmosphäre" (BARTON, 1974.) nimmt auf diese Situation Bezug.
Zur Anstaltsatmosphäre gehören nicht nur die Reizarmut und die Trostlosigkeit der Umwelt, sondern auch die Lärmbelästigungen und das Vorhandensein eines charakteristischen unangenehmen Geruches. In den geschlossenen Männerabteilungen sind mehr Patienten der Anstaltsatmosphäre ausgesetzt als in der Frauenabteilung AF, deren Tore sich für eine Reihe von Patienten von Zeit zu Zeit öffnen. Störenden und unangenehmen Sinnesreizen sind aufgrund der besonders schlechten materiellen Voraussetzungen vor allem die Patienten der Versorgungsabteilung ausgesetzt.

Die Anstaltsatmosphäre signalisiert dem Patienten die ihm zugeschriebene Wertschätzung. Lebensbedingungen wie die hier beschriebenen untergraben das Selbstwertgefühl der Patienten und tragen zur Entstehung von Verhaltensweisen bei, die dem Hospitalismussyndrom zugerechnet werden.

2. 2. 7 Befriedigung motorischer Bedürfnisse:

Bewegungsmöglichkeit - Schutz vor
körperlicher Überbeanspruchung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

Motorische Bedürfnisse werden in der Hospitalismus-Literatur unter zweierlei Gesichtspunkten diskutiert. Zum einen ist die motorische Passivierung der Patienten mit ein Moment "erzwungener Untätigkeit" (BARTON, 1974, 18 ff) und motorische Aktivierung durch Spiel, Gymnastik, Wandern etc. mit ein Moment ihrer Überwindung (ebd. 40 ff) bzw. einer soziotherapeutischen Ausrichtung (KUNZE & KUNZE-TURMANN, 1975, 107). Zum anderen ist die Blockierung der Bewegungsfreiheit ein Indikator für die Dominanz von Kontroll- und Überwachungsgesichtspunkten bzw. für die Restriktivität der Lebensbedingungen der Patienten. Diese wiederum stehen in einem nachweisbaren Zusammenhang zum Auftreten von Institutionalismuserscheinungen bei den Patienten. WING & BROWN (1970, 42) nehmen insgesamt 13 Indikatoren der Bewegungsbeschränkung in ihre Restriktivitätsskala auf.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

a) In der Hausordnung des Krankenhauses heißt es u. a.:

"Ohne ärztliche Erlaubnis darf kein Pflegling das Bett oder Krankenzimmer verlassen ... Pfleglingen, die aufstehen dürfen, ist der Aufenthalt nur in den für sie bestimmten Räumen gestattet." (§ 9)

"Der Aufenthalt im Garten ist den Pfleglingen, die hierzu die ärztliche Erlaubnis haben, ... gestattet." (§ 12)

b) In § 51 (1) des Krankenanstaltengesetzes wird festgelegt, daß

"Pfleglinge, die ... zwangsweise angehalten werden, Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung ... unterworfen werden können."

- c) Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus kann - so wird es ihm und seinen Angehörigen in einem Merkblatt des Bundesministeriums für Gesundheit in Aussicht gestellt - erwarten, daß man sich bemühen wird, seinen Alltag im Krankenhaus sinnvoll auszufüllen, u. a. durch Heilgymnastik. Von Beschränkungen ist dort nicht die Rede.

Die Widersprüchlichkeit der psychiatrischen Versorgung mit ihrem Fortschrittsanspruch, Heilungs- und Emanzipationsversprechen auf der einen Seite und den faktisch bestehenden und dominierenden Kontroll- und Unterdrückungsmöglichkeiten auf der anderen Seite wird durch die vorliegenden normativen Aussagen somit gut belegt.

Demgegenüber schreibt das bereits mehrmals zitierte amerikanische Gerichtsurteil (KUNZE, 1976, 81) vor:

"Patienten haben ein Recht auf regelmäßige körperliche Übungen mehrmals in der Woche. Es ist sogar Pflicht des Krankenhauses, die Einrichtungen und Ausrüstungen für diese Übungen bereitzustellen."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Bewegungsmöglichkeit

Standardversorgung

Die Akzeptierung eines durchschnittlichen Versorgungsbedarfes drückt sich in Regelungen über Garten- und Balkonbesuch aus. (Wobei festzuhalten ist, daß durch diese Regelungen auch andere Bedürfnisse berührt sind.) Mobile Patienten sollen - wenn es die Wetterlage und die Personalbesetzung erlauben - am Nachmittag unter Beaufsichtigung in den Garten gebracht werden. Der Zugang zu den Balkons soll Patienten untertags möglich sein, in Abteilung AF nur in Begleitung von Pflegepersonal, da keine

vollständige Vergitterung vorhanden ist. Die Veranstaltung von Aktivitäten wie z. B. Wandern oder Schwimmen ist nicht vorgesehen.

Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Die Akzeptierung eines überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfes bei bestimmten Patienten ist durch Regelungen über Bewegungstherapie und die Vorschrift von Mobilisierungsversuchen bei bettlägerigen Patienten gegeben.

Eine Reihe von Regelungen, welche der Zielsetzung der "Beaufsichtigung und Kontrolle der Patienten" entspringen, betreffen die motorischen Bedürfnisse in gravierendem Ausmaß. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei den untersuchten Abteilungen um "geschlossene", d. h. das Verlassen der Abteilung und der Zugang zum Krankenhausgelände oder gar das vorübergehende Verlassen der Anstalt sind Privilegien, die vom behandelnden Arzt kontrolliert werden. Über die Verwahrung in der Abteilung hinaus gibt es noch weitere motorische Beschränkungen wie das Angurten von Patienten, die Verwahrung von Patienten in Netzbetten und die Beschränkung des zugänglichen Umfeldes innerhalb der Abteilung. Die beiden erstgenannten Maßnahmen unterliegen ärztlicher Anordnung, die letztgenannte entspricht organisatorischen Routinen.

In den Abteilungen VM und AM gibt es erheblich mehr bettlägerige Patienten als in Abteilung AF (durchschnittliche Anzahlen: 50 in VM, 35 in AM, 5 - 10 in AF). In Abteilung AM ist für einige wenige Patienten Bewegungstherapie vorgesehen. In Abteilung VM gibt es mehr Patienten, die von spezifischen Beschränkungen betroffen sind als in den Abteilungen AM und AF (Zahl der Netzbetten: 13 in VM, 3 in AM, 6 in AF). Umgekehrt gibt es in Abteilung AF mehr Patienten, welchen die Möglichkeit des Verlassens der Abteilung eingeräumt wird.

(3. 2) Schutz vor körperlicher Überbeanspruchung

Kein Bedarf definiert.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Bewegungsmöglichkeit

Standardversorgung

Regelmäßige minimale Bewegung für alle gehfähigen Patienten findet nicht statt. Die mobilen Patienten können zumeist nur in den Krankensälen auf- und abgehen, was jedoch vom Pflegepersonal oft als lästig und störend empfunden und deshalb eingeschränkt wird. Die Patienten halten sich daher häufig in Regionen auf, die relativ wenig kontrolliert sind und wo sich das Pflegepersonal nicht bei Verrichtungen gestört fühlt, wie z. B. im Bad.

Während der wärmeren Jahreszeit steht in Abteilung VM den Patienten des Wachsaalbereiches der Balkon ganztägig und ohne Einschränkung offen. In Abteilung AM gilt gleiches für die Tagraumpatienten. Die Balkonbenützung in Abteilung AF wird restriktiver gehandhabt. Wegen der unvollständigen Vergitterung begleitet eine Aufsichtsperson die Patienten. Dies ist erst nach Vollendung der vormittägigen Pflegearbeiten möglich, bei geringer Personalbesetzung sogar unmöglich. Die Balkonbenützung steht in erster Linie Tagraumpatienten offen, aber auch alte Patienten der Wachsäle werden manchmal auf den Balkon gebracht.

Die einzige Gelegenheit sich im Freien zu bewegen ist für Patienten, die die Abteilung nicht verlassen dürfen, der Gartenbesuch. In Abteilung AF wird diese Möglichkeit praktisch nicht genutzt. Begründet wird dies damit, daß die

Beaufsichtigung der Patientinnen wegen der fehlenden Umzäunung und der zu geringen Personalbesetzung nicht garantiert sei. In Abteilung AM ist die Ausgangssituation ähnlich, es finden jedoch bei Schönwetter Gartenbesuche statt, von denen allerdings fluchtverdächtige Patienten ausgeschlossen werden. Trotzdem ist die Kontrollaufgabe auch für zwei Pflegepersonen fast unmöglich zu lösen. Etwas leichter gestaltet sich die Aufgabe für das Pflegepersonal der Abteilung VM, deren Garten umzäunt ist. Dort versucht das beauftragte Personal manchmal unliebsame und störende Patienten vom Gartenbesuch auszuschließen. Einzelne Pfleger versuchen auch an Schönwettertagen den vorgesehenen Gartengang zu unterlaufen. Zumeist können sie dabei auf die Duldung durch ihre Kollegen zählen, wie folgendes Beispiel demonstriert:

"Pfleger F. aus dem ersten Stock wollte feststellen, ob heute ein Gartenbesuch vorgesehen ist, das Wetter ist geeignet. Pfleger P. hält ihn davon ab, im Oberpflegerzimmer nachzufragen, da er sonst unter Umständen auch mit den Parterrepatienten in den Garten müsse, wozu er keine Lust habe. F. läßt sich abbringen." (VM, 50/5)

Durchschnittlich beträgt die Dauer des Gartenaufenthalts zwei Stunden, an sehr schönen Sommertagen wird diese Zeit noch ausgedehnt und es wird eventuell auch die Jause im Garten eingenommen.

Damit sind die Möglichkeiten für die meisten Patienten erschöpft. Eine Selektion und Selbststeuerung der Bedürfnisbefriedigung wird in beschränktem Ausmaß erst für Patienten mit Ausgangserlaubnis möglich.

Eine relative Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung ist am ehesten durch Interventionen von Angehörigen, Ärzten oder Vorgesetzten möglich. Angepaßtes Verhalten und damit eine zeitweilige Unterdrückung der aktuellen Bedürfnisse führt am ehesten zum Erhalt der Ausgangsmöglichkeit und damit erst zu einer echten qualitativen Verbesserung. In Abteilung AF ist

der Anteil der "privilegierten" ausgangsberechtigten Patienten am höchsten.

Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Zusätzlich benachteiligt sind gehbehinderte und bettlägrige Patienten. Obwohl Mobilisierung als allgemeine Norm betont wird, gibt es keine regelmäßigen und systematischen Bemühungen zur Erhaltung der noch vorhandenen Bewegungsfähigkeiten. Als Mobilisierung wird manchmal schon die Maßnahme bezeichnet bettlägrige Patienten auf Stühle zu setzen und dort unter Umständen anzubinden. Die vorgeschriebene Mobilisierung tritt häufig in Konflikt mit der zu geringen Personalbesetzung und der massiven pharmakologischen Medikation, welche die motorischen Fähigkeiten der Patienten zum Teil stark beeinträchtigt. Ein Aspekt, der von Teilen des Pflegepersonals auch kritisch vermerkt wird:

"Patient I. wird unruhig. Pfleger O. meint: 'Man weiß nie, was sie (die Pfleger) ihm gegeben haben, heute morgen war er ganz 'zamghaut'. Dann wird verlangt, daß man Patienten mobilisiert. Es besteht die Gefahr, daß sie zusammenbrechen.'" (VM, 7/6)

Die Unwilligkeit vieler bettlägeriger Patienten ihr Bett zu verlassen dient als zusätzliche Rechtfertigung. Bewegungstherapeutische Verfahren werden nur bei einigen Patienten der Abteilung AM angewendet. Die gravierendsten Einschränkungen aber erfahren mobile Patienten, die in Netzbetten verwahrt werden oder gar angegurtet werden. Diese Maßnahmen sind besonders in den Männerabteilungen verbreitet. Viele Patienten sind dauerhaft in Netzbetten untergebracht, einige kommen bei aktuellen Anlässen dorthin und werden nach geraumer Zeit wieder freigelassen. Anbinden von Patienten ist meist eine aktuelle Reaktion auf eine "Störung" oder eine regelmäßige, aber zeitlich begrenzte Maßnahme, etwa während der Nacht. Die Anordnung oder Billigung solcher Maßnahmen durch die Ärzte geht zumeist auf Hinweise und Informationen durch das Pflegepersonal zurück. Diese Maßnahmen können

daher auch strategisch vorbeugend und disziplinarisch reaktiv eingesetzt werden. Eine regelmäßige Überprüfung der Angemessenheit und Notwendigkeit einschränkender Maßnahmen - vor allem aber der Netzbettverwahrung - findet von ärztlicher Seite nicht statt.

(4. 2) Schutz vor körperlicher Überbeanspruchung

Der Schutz vor Überbeanspruchung ist für die große Mehrheit der Patienten unproblematisch. Nicht ausreichend gegeben erscheint er jedoch für einen Teil jener Patienten, die als sogenannte Hausarbeiter in den Abteilungen mithelfen. Besonders jene Hausarbeiter, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung stehen (etwa durch Reinigungsarbeiten) verrichten zum Teil ein ungeheures Arbeitspensum. Solche Hausarbeiter, die nur in Abteilung VM vorhanden waren, hatten einen Arbeitstag bis zu 14 Stunden (incl. Nachmittagspause von ca. 2 Stunden), geringfügig reduzierte Arbeitszeiten an Wochenenden und keinen Urlaubsanspruch (vgl. dazu v. a. Abschnitt 2. 3. 4).

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung:

Befriedigung motorischer Bedürfnisse

1. Motorische Bedürfnisbefriedigung ist schon auf der Zielebene randständig, lediglich minimale Differenzierungen von Bedürfnislagen und Kapazitäten sind vorgesehen. Regelungen, die der Zielsetzung der Beaufsichtigung und Kontrolle der Patienten entspringen, dominieren und stehen einer adäquaten Bedürfnisbefriedigung entgegen.
2. Die Bewegungseinschränkungen aller Patienten, die die Abteilungen nicht verlassen dürfen, sind außerordentlich drastisch. Bedürfnisbefriedigung ist nicht einmal auf dem elementarsten Niveau von ausreichender Menge und regelmäßigen Intervallen gesichert, ganz abgesehen von den höheren Niveaus der Selektion und Selbststeuerung der Bedürfnisbefriedigung.

Besonders benachteiligt sind alle gehbehinderten Patienten, hier wird die vorgesehene Mobilisierung nur unzureichend durchgeführt, sowie Patienten, die aus diversen Gründen motorisch beschränkt werden. Die mangelnde Kontrolle der Notwendigkeit von Beschränkungen bzw. ihrer Aufrechterhaltung durch die behandelnden Ärzte ist besonders bedenklich.

Für alle genannten Aspekte läßt sich ein Versorgungsgelände zwischen den beiden Ausbildungsabteilungen (AF und AM), sowie zwischen Ausbildungsabteilungen und Versorgungsabteilung feststellen.

Negative Folgen der dargestellten Versorgungssituation sind der zunehmende Verlust motorischer Fertigkeiten und die zunehmende Interesselosigkeit der Patienten. Die Förderung der motorischen Dekompensierung der Patienten, welche kurzfristigen Interessen des überlasteten Personals entsprechen mag, trägt in Form eines gesteigerten Versorgungsbedarfs zu einer weiteren Verschärfung der Situation bei.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Das Bedürfnis nach Bewegung wurde durch den Indikator "Regelmäßige körperliche Bewegung" thematisiert. Es ergab sich folgende Beurteilung (TABELLE 7):

TABELLE 7: Einschätzung der Befriedigungsgüte motorischer Bedürfnisse durch das befragte Pflegepersonal anhand des Indikators:
"Regelmäßige körperliche Bewegung"

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM*) %	(AF*) %
sehr gut/gut	12	24	50	57	-	14
eher schlecht/schlecht	64	70	39	29	50	57
gar nicht	24	6	11	14	50	29
N=	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig niedrig mittel mittel niedrig niedrig					

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden
Abteilungen mit Stern *: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Wie bei den bisherigen Vergleichen zwischen Beobachtungs- und Befragungsergebnissen ist auch hier eine Übereinstimmung nur in bezug auf die Ausbildungsabteilungen festzustellen. Die leicht günstigere Einschätzung in der Frauenabteilung ist durch eine größere Zahl von Patienten mit Ausgangserlaubnis gerechtfertigt. Die günstigere Einschätzung der Befriedigungsgüte in Abteilung VM hat einen gültigen Kern, da in dieser Abteilung Gartenbesuche am häufigsten sind. Gartenbesuche sind für die lediglich mit Schlafmänteln ausgerüsteten Patienten jedoch nur an schönen Sommertagen möglich und betreffen maximal etwa ein Drittel der Abteilungspatien-

ten. Die durchschnittliche Einschätzung des Pflegepersonals für die Patienten in Abteilung VM ist daher zweifellos zu positiv.

Wiederum stehen die Wahrnehmungen des Pflegepersonals in Abteilung VF in enger Übereinstimmung mit dem vergleichbaren männlichen Personal von VM. Die später befragten Schüler betrachten die Patientenversorgung bei diesem Bedürfnis ebenso als unzureichend wie das 1975 befragte Personal der Ausbildungsabteilungen. Die noch negativere Beurteilung durch die 1977 befragten Personen ist zum Teil ein Effekt der unterschiedlichen Qualifikationszusammensetzung der verglichenen Gruppen.

2. 2. 8 Befriedigung sexueller Bedürfnisse: Sexuelle
Stimulation und Möglichkeiten sexueller Kontakte

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be-
friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri-
schen Literatur

In den psychiatrischen Anstalten des deutschsprachigen Raums ist das Prinzip einer strengen Geschlechtertrennung von ihrer Gründung bis heute weitgehend beibehalten worden. Begründungen, wie der besonders starke Geschlechtstrieb der psychisch Kranken und ihre angeblich überdurchschnittliche Tendenz zur Vermehrung sind typische Vorurteile. Die Geschlechtertrennung fügt sich jedoch in das durchgängige Prinzip der Ausschließung von üblichen Sozialrollen. Die Geschlechtertrennung wird in empirischen Untersuchungen als Indikator einer traditionellen Psychiatrie aufgefaßt (KUNZE & KUNZE-TURMANN, 1975, 107). Für sozialpsychiatrische Programme ist daher auch die Aufhebung der Geschlechtertrennung eine unerläßliche Voraussetzung (KRÜGER, 1975, 722). Denn die Geschlechtertrennung erschwert sowohl eine realitätsgerechte Behandlung interpersoneller Schwierigkeiten als auch die für die soziale Reintegration unerläßliche Stabilisierung der Geschlechtsrollenidentität. Geschlechtertrennung fördert die bei vielen Kranken bestehende Regressionsneigung und behindert somit eine Entlassung bzw. deren Erfolg (KRETZ, 1969, 178 f). Erfahrungen mit gemischtgeschlechtlichen Abteilungen lassen die Ängste des Personals als unbegründet erscheinen und unterstützen die Vermutung, daß es sich um projektive Phantasien handelt, die den psychisch Kranken die Neigung zu enthemmten Sexualorgien unterstellen (ebd., 182).

Die Problematik sexueller Bedürfnisbefriedigung i. e. S. wird in der sozialpsychiatrischen Literatur zumeist ausgeklammert, sei es aus strategischen Gründen der Durchsetzbarkeit der genannten Veränderungen, sei es, weil bei einer

angestrebten relativ kurzfristigen Hospitalisierung eine Aufschiebbarkeit der Befriedigung dieses Bedürfnisses unterstellt wird. Die Patienten der hier untersuchten Abteilungen sind dagegen in ihrer großen Mehrheit langdauernd hospitalisiert: Bereits länger als ein Jahr sind ca. drei Viertel der männlichen und die Hälfte der weiblichen Patienten in der jeweiligen Abteilung. Aus der sexualwissenschaftlichen Literatur ist zu entnehmen, daß Abstinenzperioden dieser Länge bei freilebenden Erwachsenen durchaus unüblich sind (KINSEY u.a., 1948, 1953). Auch die Annahme des raschen Absterbens sexueller Bedürfnisse bei älteren Menschen ist aufgrund der wissenschaftlichen Literatur ein unhaltbares Vorurteil einer auf Jugendlichkeit fixierten Gesellschaft (DE BEAUVOIR, 1977, 496 f.).

(A..2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) Die Hausordnung enthält keine Normierung der Bedürfnisbefriedigung.
- b) Das Krankenanstaltengesetz gestattet bei zwangsweise Aufgenommenen die Beschränkung der Freiheit der Bewegung und des Verkehrs mit der Außenwelt (§ 51, 1).
- c) In den Deklarationen des Bundesministeriums für Gesundheit sind indirekt von Bedeutung: Das Recht auf Kontakt zur Außenwelt ("Charta des Patienten") und die besondere Unterstreichung der Relevanz des Angehörigenkontaktes bei psychisch Kranken (Merkblatt "Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus").

Die gemischt- oder eingeschlechtliche Belegung von Krankenhausabteilungen wird nirgends explizit erwähnt. Nach dem Urteil eines US-Gerichtes über verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung von psychisch Kranken "soll die Anstalt bei angemessener Supervision geeignete Gelegenheiten für die Interaktion von Patienten der beiden Geschlechter schaffen." (KUNZE, 1976, 81)

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Sexuelle Stimulation und Möglichkeiten
sexueller Kontakte

Keinerlei explizite positive oder negative Regeln bezeugen eine offizielle Kenntnissnahme der Existenz sexueller Bedürfnisse.

Eine Reihe anderer Regelungen schränkt aber den Grad möglicher Bedürfnisbefriedigung ein. Es sind zu nennen:

- die strikte Gleichgeschlechtlichkeit der Patienten der einzelnen Abteilungen
- die weitgehend korrespondierende gleichgeschlechtliche (Pflege-) Personalzuordnung.
- nur wenige institutionalisierte Formen gemischtgeschlechtlicher Kontakte wie die Veranstaltung eines Faschings- und Sommerfestes oder von Konzert- und Kinonachmittagen auf der Ebene der Gesamtanstalt oder bestimmte Arten von gemischtgeschlechtlich durchgeführten Therapien wie Musik- und Beschäftigungstherapien. Für beide Formen gelten rigorose Zulassungskriterien, sie stehen also nur einer begrenzten Anzahl von Patienten offen
- die stark eingeschränkte Möglichkeit der Patienten durch Kleidung und äußere Erscheinung ihre Geschlechtsidentität zu unterstreichen (vgl. 2. 2. 1 und 2. 2. 9)
- alle Regelungen, welche die Beaufsichtigung und Kontrolle der Patienten betreffen (vgl. 2. 2. 9)
- alle Regelungen, welche die Bewegungsfreiheit der Patienten und damit ihre Kontaktaufnahmemöglichkeiten innerhalb der Anstalt betreffen (vgl. 2. 2. 7)
- alle Regelungen, welche die Kontaktaufnahme mit der Außenwelt betreffen wie Besuchsregelungen und die Möglichkeiten von Telefon- und Briefkontakten (vgl. 2. 3. 1)

(3. 2) Schutz vor sexuellem Mißbrauch

Auch für diesen Aspekt gibt es keine expliziten Regelungen, eine Reihe der oben genannten haben auch hier direkten Einfluß.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Sexuelle Stimulation und Möglichkeiten
sexueller Kontakte

Die Gleichgeschlechtlichkeit der Patienten der Abteilungen, die weitgehende Gleichgeschlechtlichkeit des Personals und die Restriktion der Besuchszeiten ergibt eine einschneidende Beschränkung von gemischtgeschlechtlichen Kontakten. Die wenigen Kontakte sind zum Teil durch große Distanz und Neutralität gekennzeichnet. Die weitgehende Ausschließung von erotischen Inhalten, die üblicherweise durch Zeitschriften, Literatur, Film und Kunst vermittelt werden, ergänzt das Gesamtbild einer isolierten, entsexualisierten Kultur. Für alle Patienten, welche die Abteilung nicht verlassen können, entsteht somit äußerst geringe Variation - der Besuch andersgeschlechtlicher Personen ist der einzige Einbruch in eine rigoros abgeschirmte eingeschlechtliche Welt. Das Gros der Patienten lebt also in einer Situation sexueller Deprivation.

Eine relative Verbesserung ergibt sich für Patienten, die sich im Anstaltsgelände frei bewegen können, wodurch sie auch Gelegenheit zu gemischtgeschlechtlichen Kontakten zu anderen Patienten haben. Es fehlt allerdings weitgehend an institutionalisierten Möglichkeiten der Kontaktaufnahme. Die wechselseitige Attraktivität wird durch das Fehlen wichtiger geschlechtsbetonender Symbole wie persönliche Kleidung und Pflege der äußeren Erscheinung deutlich gemildert. Am besten stellt sich die Situation der Patienten

dar, welche die Krankenhausgrenzen überschreiten können. Für sie ist eine weitgehend selbstgesteuerte Bedürfnisbefriedigung möglich.

Aus den obigen Ausführungen wird offenbar, daß heterosexuelle geschlechtliche Kontakte für jene Patienten fast ausgeschlossen sind, die die Abteilungen nicht verlassen dürfen. Denn auch beim Kontakt mit Partnern der Außenwelt in den Abteilungen muß unter den Bedingungen der totalen Beobachtung jeder sexuellen Komponente entsagt werden.

Die verbleibenden Möglichkeiten auto- oder homosexueller Betätigungen sind durch die ständige Beobachtbarkeit, die Kleinheit und Überfüllung des Areals von vornherein stark begrenzt. Der Zwang zu versteckter Betätigung bewirkt, daß Manifestationen sexuellen Verhaltens geringe Auffälligkeit und Störqualität aufweisen. Es werden damit Verhaltensweisen reproduziert, wie sie als "heimlicher Konsum" typisch für bestimmte Phasen der Sexualitätsentwicklung in unserer Gesellschaft sind bzw. waren.

Die Wiederaufnahme von zum Teil bereits verlassenen Befriedigungsmustern ist ein Hinweis für den Repressionscharakter der Situation - auch bei Nichtbestehen expliziter Verbote.

In Abteilung VM, wo sexuelle Betätigungen eher selten sind, weil das fortgeschrittene Alter der Patienten entweder bereits mit einer Abnahme sexueller Spannung einhergeht oder den Patienten eine resignative Anpassung eher ermöglicht, werden solche Betätigungen ignoriert, wegdefiniert oder scherzhaft - spöttisch kommentiert. In Abteilung AM, wo die Patienten durchschnittlich wesentlich jünger sind, läßt sich eine solche Entsexualisierung weniger leicht erreichen. Homosexuelle und masturbatorische Aktivitäten nehmen zu

deutliche Sichtbarkeit an, als daß sie ignoriert werden könnten. Solange keine Störungen des alltäglichen Ablaufs entstehen, werden sie auch toleriert, wenn auch hier spöttische Bemerkungen über die verstümmelte Sexualität der Patienten üblich sind. Der Ersatzbefriedigungscharakter dieser Aktivitäten wird zum Teil vom Pflegepersonal erkannt. Auch in Abteilung AF gibt es keine offene Unterdrückung sexueller Äußerungen. Die Geschlechtsrollensozialisierung bei Frauen dürfte mit ein Grund sein, daß die Patientinnen sexuelle Bedürfnisse in geringerem Ausmaß äußern. Abwertung der Patienten-Sexualität, Nicht-ernst-nehmen und subtile Unterdrückung von Schönheitspflege durch ironische Bemerkungen von seiten des Personals tun das übrige. Besonders bei den weiblichen Patienten wird die Entsexualisierung durch unattraktive Kleidung und durch beschränkte Möglichkeiten der Körperpflege noch unterstrichen. Der potentiellen Verschiebung von Triebzielen und -objekten durch langfristige Blockierung sexueller Aktivitäten entsprechen im Bewußtsein der Patienten Angst vor Potenzverlust und vor Verlust an Attraktivität; dies gilt erwartungsgemäß insbesondere bei jüngeren Patienten.

Eine relative Verbesserung der Situation ergibt sich für Patienten, welche Ausgangsmöglichkeiten haben. Sexuelle Betätigungen zwischen solchen Patienten werden inoffiziell toleriert, wenn auch aus Furcht vor eventuellen Schwangerschaften manche Patientinnen keinen Ausgang erhalten. Sexuelle Begegnungen sind nur versteckt, unter Furcht vor Entdeckung und daher mit geringer Steuerungsmöglichkeit von Zeit, Ort und Umständen möglich.

(4. 2) Schutz vor sexuellem Mißbrauch

Der Schutz der Patienten vor sexuellem Mißbrauch durch Mitpatienten oder Personal ist nach den Einschätzungen der Be-

obachter zur Zeit kein manifestes Problem. Die Praxis der Verletzung von Schamgrenzen, die mit zu diesem Aspekt gehört, wird von uns primär in ihrer Bedeutung für das Selbstbild der Patienten analysiert (vgl. Abschnitt 2. 3. 2).

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung
sexueller Bedürfnisse

1. Sexuelle Bedürfnisse werden weder in positiven noch in negativen Regelungen explizit anerkannt, sie werden also offiziell ignoriert.
Eine Reihe von anderen Regelungen garantiert eine weitreichende Kontrolle bzw. Einschränkung möglicher sexueller Bedürfnisbefriedigungen.
2. Die Patienten leben in einer Atmosphäre der Deprivation sexueller Reize und der mehr oder minder subtilen sexuellen Unterdrückung, sie werden als geschlechtslose Wesen behandelt. Die Möglichkeiten sexueller Betätigung sind besonders eingeschränkt für jene Patienten, welche die Abteilungen nicht verlassen dürfen.

Die isolierte und entsexualisierte Kultur der Anstalt leistet - besonders bei Langzeitpatienten - einer Verschiebung der Regelgröße und einem Abbau von Kompetenzen des Sexualverhaltens Vorschub und beeinträchtigt damit nicht zuletzt die Rehabilitationschancen mancher Patienten.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Der für die Einschätzung sexueller Bedürfnisse gewählte Indikator "Bedürfnis nach sexueller Betätigung" ist bewußt vage gehalten, um nicht nur die für die meisten Patienten ohnedies ausgeschlossenen heterosexuellen Kontakte zu erfassen. Die Ergebnisse waren wie folgt (TABELLE 8):

TABELLE 8: Einschätzung der Befriedigungsgüte sexueller Bedürfnisse durch das befragte Pflegepersonal anhand des Indikators: "Bedürfnis nach sexueller Betätigung"

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	6	6	10	-	-	7
eher schlecht/schlecht	31	50	37	14	20	50
gar nicht	63	44	53	86	80	43
	100	100	100	100	100	100
N =	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig niedrig niedrig niedrig niedrig niedrig					

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden
Abteilungen mit Stern * : Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Der einhellig zugeschriebene niedrige Befriedigungsgrad bestätigt die Wahrnehmungen der Beobachter. Die geringfügig besser eingeschätzte Befriedigungsgüte in AF gegenüber AM könnte eine reale Differenz wiedergeben (mehr Ausgangsmöglichkeiten für die Patienten in AF). Die Einschätzung für die Patienten in VM ist relativ zu den Ausbildungsabteilungen noch immer zu positiv. Auffallend ist hier die Differenz

zwischen den Versorgungsabteilungen, deren Realitätsgehalt nicht beurteilt werden kann.

Unter Berücksichtigung der Ansicht der 1977 befragten Schüler kann davon ausgegangen werden, daß sich in den Ausbildungsabteilungen in den dazwischen vergangenen zwei Jahren nichts geändert hat.

2. 2. 9 Befriedigung des Bedürfnisses nach Erhaltung bzw. .
Wiederherstellung der körperlichen Integrität und
Funktionstüchtigkeit: Schutz vor Verletzung und
Erkrankung - Somatisch-medizinische Versorgung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be-
friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri-
schen Literatur

Ein Hauptkritikpunkt an traditionellen psychiatrischen An-
stalten betrifft die einengende Verwahrung und Kontrolle
der Patienten mit der Rechtfertigung der potentiellen Selbst-
und Fremdgefährdung. In der modernen Sozialpsychiatrie werden
eher die antitherapeutischen und antirehabilitativen Effekte
dieser Vorgangsweisen gesehen: Die wünschenswerte Verselb-
ständigung und Außenorientierung der Patienten wird dadurch
verhindert (BAUER et al., 1973, 39). Die zur Legitimation
repressiver Maßnahmen bemühte Gefährlichkeit psychiatri-
scher Patienten⁺) hat sich in offenen Anstalten über weite
Strecken als "Mythos" erwiesen, soweit sie besteht, ist sie
durch die Krankenhaus-Atmosphäre entscheidend mitgeprägt
(KOESTER, 1969). Nicht beabsichtigte Folgen zeigen sich etwa
bei der Vernachlässigung der Körperpflege und bei der Nicht-
Beachtung von Umwelthygiene durch die Patienten. Die Rück-
koppelungseffekte von autoritären Maßnahmen werden zumeist
nicht erkannt, die "sekundären" Symptome als "primäre", der
Krankheit der Patienten zuzurechnende definiert (WING & BROWN,
1970, 19 ff.).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den
relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der Hausordnung gibt es zwei Paragraphen, die sich auf
Körperpflege und Sauberkeit beziehen. Dort heißt es:
"Die Pfleglinge müssen vor Verteilung des Frühstücks
ihre Körperpflege beendet haben ... Bei Pfleglingen,
die zur selbständigen Körperpflege nicht fähig sind,
wird diese von der Schwester besorgt." (§ 8)

⁺) vgl. auch HÄFNER und BÖKER, 1972

und:

"Die Pfl eglinge sind verpflichtet, überall auf Sauberkeit und Ordnung zu achten, die sanitären Anlagen peinlich rein zu halten ..." (§ 10)

Bezüglich der Krankheitsversorgung wird in der Hausordnung die gewünschte Realität einfach statuiert:

"Jedem Pfl egling wird sorgfältige Pflege und gewissenhafte Ausführung der ärztlichen Verordnungen zuteil". (§ 5)

b) Im Krankenanstaltengesetz werden als voneinander unabhängige Aufnahme-Zwecke angeführt:

"Beaufsichtigung und Absonderung, wenn der Kranke seine oder die Sicherung anderer Personen gefährdet"

und

"Behandlung zur Heilung und Besserung der Krankheit". (§ 37, 2)

Mit der, durch ein entsprechendes legislatives Verfahren als berechtigt erklärten Zwangseinweisung bzw. -anhaltung ist jede weitere Beschränkung unkontrolliert möglich:

"Pfl eglinge, die nach den bestehenden Vorschriften zwangsweise angehalten werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung ... unterworfen werden." (§ 51, 1).

Sehr allgemein gehalten sind auch jene Passagen, die sich auf die medizinische Behandlung beziehen:

"Pfl eglinge von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden." (§ 8, 2)

Zur Durchführung einer "besonderen Heilbehandlung" bedarf es der Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters (§ 8, 3).

Zur Sicherung entsprechender hygienischer Bedingungen ist festgelegt:

"Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaustygeniker) zu bestellen" (§ 8a).

Eine adäquate Versorgung soll weiters durch eine überschaubare Größe von Abteilungen bzw. Pflegegruppen sichergestellt werden:

"Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten" (§ 6, 2).

- c) Für die Behandlung im (somatischen) Krankheitsfall wird dem Patienten das "Recht auf medizinisch richtige Betreuung" (Charta des Patienten) zuerkannt.

Die im Krankenanstaltengesetz eröffneten Möglichkeiten der Patientenabsonderung und -beschränkungen stellen zweifellos eine sehr einseitige Rechtsgüterabwägung und relative Zurückstellung der individuellen Rechte der Patienten dar.

Die übrigen Normierungen sind naiv (Hausordnung) oder unverbindlich (Charta).

Die Unzulänglichkeit und Mangelhaftigkeit der entsprechenden österreichischen Bestimmungen wird deutlich, wenn man die von einem US-Gericht festgelegten verfassungsmäßigen Minimalstandards in den diesbezüglichen Punkten zitiert (KUNZE, 1976, 81):

"Patienten haben ein Recht auf die am wenigsten restriktiven Bedingungen, die erforderlich sind, die Ziele der Unterbringung zu erreichen."

"Patienten haben ein Recht darauf, keine unnötige oder überhöhte Medikation zu erhalten."

"Patienten haben ein Recht darauf, frei von mechanischem Zwang und Isolation zu sein. Ausnahmsweise in Notfallsituationen, in denen der Patient sich selbst oder anderen schweren Schaden zufügen könnte, und in denen weniger restriktive Zwangsmaßnahmen nicht anwendbar sind, dürfen Patienten fixiert oder isoliert werden, und zwar nur aufgrund einer schriftlichen und begründeten Anweisung eines Therapeuten. (Weiter werden spezifiziert: Anwendungsregeln, wenn vorherige therapeutische Anweisung unmöglich ist; persönliche Überprüfung der Umstände durch den Therapeuten; Überprüfungs- und Verlängerungsfristen; Überwachung des Patienten)."

"Patienten haben ein Recht auf prompte und angemessene medizinische Behandlung für jedes körperliche Leiden."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

Die Akzeptierung des Bedürfnisses findet ihren Niederschlag in Regelungen zum Schutz vor körperlicher Verletzung oder Erkrankung einerseits bzw. zur Hilfestellung bei Verletzungen und Krankheiten andererseits. Während die erstgenannten Regelungen sich sowohl im Sinne eines durchschnittlichen Bedarfs auf alle Patienten als auch im Sinne eines überdurchschnittlichen Bedarfes auf bestimmte Patienten beziehen können, sind die letztgenannten der Natur der Sache gemäß stets in bezug auf bestimmte Individuen definiert.

(3. 1) Schutz vor Verletzungen

An konkreten Ereignissen, denen mittels dieser Regelungen vorgebeugt werden soll, sind zu nennen: Selbstmordversuche, Selbstdestruktionen, Fremdaggressionen, Unfälle - vor allem Stürze - und Fluchtversuche.

Vorgesehene Standardversorgung

Die allgemeine Sicherheit der Patienten soll durch folgende Vorkehrungen garantiert werden:

- die Gestaltung der Umwelt der Patienten (Entfernung aller gefährdenden Gegenstände, insbesondere von spitzen Gegenständen, schneidenden Gegenständen, Schnüren und Medikamenten; Verschuß von Heißwasser und Steckdosen mittels der vorgesehenen Versperreinrichtungen; Absperren aller vorgesehenen Türen, insbesondere der Küchentüre, wenn sich niemand dort aufhält)
- den Entzug persönlicher Gegenstände, die in irgendeiner Weise gefährdend sein könnten, insbesondere Gürtel, Rasierapparate etc. Der Entzug erfolgt größtenteils schon bei der Krankenhausaufnahme
- die ständige Anwesenheit einer Minimalzahl von zwei Pflegepersonen in den Wachsälen.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Regelungen, die der Sicherheit einzelner, als gefährdet bezeichneter Patienten dienen, schreiben vor:

- sofortige Meldung von Selbstmordabsichten an den Arzt, Meldungen über unangepasstes Verhalten von Patienten bzw. von vorgenommenen Beschränkungen an den Arzt
- Beschränkung von Patienten durch Anbinden an Stühlen, Angurten im Bett, Anlegen von Zwangsjacken, Anbringung von Steckbrettern und Verwahrung in Netzbetten - jeweils nur auf ärztliche Anordnung
- Beruhigung bzw. Immobilisierung von Patienten durch Medikamente und Injektionen auf ärztliche Anordnung.

Zu ergänzen wäre, daß Übergriffe des Personals streng untersagt sind und einschränkende Maßnahmen prinzipiell der ärztlichen Genehmigung bedürfen.

(3. 2) Schutz vor körperlicher Erkrankung

Vorgesehene Standardversorgung

Zunächst sind hier alle Regelungen zu nennen, welche bereits bei einzelnen Regelgrößen wie Wärmehaushalt, Stoff- und Flüssigkeitshaushalt, Schlaf und Motorik angeführt wurden. Mangelnde Bedürfnisbefriedigungen des durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs können zu Krankheitsursachen werden (z. B. einseitige Ernährung oder Bewegungsmangel).

Näher zu besprechen sind hier Regelungen, welche sich auf Umwelt- und Körperhygiene beziehen.

Umwelthygiene soll gesichert werden durch:

- Reinhaltung der Säle, Bäder und Toiletten
- Reinhaltung von Bedarfsgegenständen wie Harnflaschen, Leibschüsseln und Geräten wie Rasierapparaten etc.
- Hygiene des mit den Patienten interagierenden Personals durch regelmäßigen Wäschewechsel, Desinfektion der Hände nach bestimmten Maßnahmen etc.

In bezug auf Körperhygiene der Patienten ist ein durchschnittlicher Versorgungsbedarf akzeptiert, zu dessen Befriedigung vorgeschrieben sind:

- regelmäßiges Baden bzw. Duschen (Abteilung VM: zweiwöchentlicher Abstand, Abteilungen AM und AF: wöchentlicher Abstand)

- regelmäßiges tägliches Kämmen und Rasieren
- regelmäßige Haarpflege durch Haarwäsche beim Baden, durch Schneiden gemäß den Patientenwünschen für selbst-bezahlende Patienten, gemäß Anordnung durch die Chargen für alle anderen
- Nagelpflege bei Bedarf.

Vorgesehene Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf ist akzeptiert für bettlägrige Patienten in Form des Badens bei Bedarf (Abteilungen VM und AM) bzw. des täglichen Badens oder Waschens (Abteilung AF) bzw. für inkontinente Patienten, die ebenfalls bei Bedarf gebadet oder gewaschen werden sollen.

In den Abteilungen VM und AM gibt es wesentlich mehr Patienten mit überdurchschnittlichem Versorgungsbedarf bei Körperpflege als in Abteilung AF (zwei- bis fünffache Anzahl bettlägeriger und inkontinenter Patienten in den Männerabteilungen, vgl. Anhang, 4).

Schließlich ist für manche Patienten Augen-, Mund- oder Ohrenpflege angeordnet.

(3. 3) Somatisch-medizinische Versorgung

Die Patienten werden beim Eintritt in das Krankenhaus einer Untersuchung unterzogen. Festgelegte therapeutische Maßnahmen sind in den Therapie- und Medikamentenanweisungen für das Pflegepersonal angeführt. Injektionen, Infusionen und Blutabnahmen dürfen nur von Ärzten vorgenommen werden. Zur Abklärung spezieller diagnostischer Probleme sollen Fachärzte zugezogen werden.

Auftretende Krankheitszeichen müssen vom Pflegepersonal bei der Visite dem Arzt gemeldet werden, ebenso Veränderungen im Krankheitsverlauf. Die festgelegten Therapieanweisungen

müssen vom Pflegepersonal nach allgemein verbindlichen pflegerischen Standards durchgeführt werden. Auf Anordnung der Ärzte müssen gewisse Dokumentationspflichten erfüllt werden (Ausfüllen der Fieber/Pulskurven, Stuhl- und Harnkontrollen, Flüssigkeits- und Nahrungsbilanzen). Eintragungen in die Krankengeschichten dürfen nur von Ärzten und Chargen durchgeführt werden.

In Abteilung VM, abgeschwächt auch in Abteilung AM, gibt es mehr Patienten, die von spezifischen Therapieanweisungen betroffen sind als in Abteilung AF.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Schutz vor Verletzungen

Standardversorgung

In allen Abteilungen werden alle Regelungen, die der "allgemeinen Sicherheit" dienen sollen, strikt eingehalten. Die Schließung von Abteilungen, die Gestaltung der Umwelt und die Bewachung der Patienten innerhalb der Abteilungen entsprechen dem gängigen Stereotyp vom gefährlichen und unberechenbaren psychiatrischen Patienten. Dies ist in einer generellen Form längst wissenschaftlich unhaltbar und praktisch widerlegt worden. Wie weit einzelne Maßnahmen reale Bedeutung in tatsächlichen Gefahrenmomenten haben, ist schwer zu beurteilen. Sicher ist, daß alle diese Vorsichtsregeln keine perfekte Kontrolle der Patienten erlauben, daß es also immer wieder Gelegenheiten gibt, bei denen Patienten sich verletzen können. Sicher ist weiter, daß die generellen Maßnahmen an extremen und seltenen, in ihrer Konsequenz schwerwiegenden Ereignissen orientiert sind. Sie haben aber tendenziell auch für die Mehrzahl der nicht direkt "gemein-

ten" Patienten verschiedenste unerwünschte Konsequenzen. Schließlich ist auf den eher einseitigen Bewußtseinsstand des Personals hinzuweisen, welches als Quelle möglicher Verletzungen vor allem Aggressivität und Unberechenbarkeit der Patienten sieht. Dagegen lassen sich eine Reihe von typischen Situationen anführen, in denen die Gewalt und Verletzungsgefahr von den Praktiken des Umgangs mit den Patienten herrühren:

Eine ganz reale Gefahr ist die häufige starke Dämpfung durch Psychopharmaka, welche die Sturzanfälligkeit der Betroffenen wesentlich erhöht (vgl. 2. 3. 5). Da man nicht alle davon Betroffenen in Netzbetten verwahren kann (was ohnedies eine sehr zweifelhafte Praxis ist), kommen Stürze von Patienten immer wieder vor. Auch das Pflegepersonal steht dieser Situation kritisch gegenüber, weil ja die Beaufsichtigung der Patienten in seine Verantwortlichkeit fällt:

"Da einige Patienten offensichtlich noch unter Einwirkung zu hoher Medikamentendosen stehen, entspinnt sich zwischen den Pflegern C., I. und S. eine Diskussion. Es wird die Gefahr betont, daß die Patienten am Tag beim Toilettengang zusammenbrechen und sich verletzen könnten." (VM, 15/1-2)

Eine weitere, der Bewachungsaufgabe entsprechende Gewaltanwendung besteht in der physischen Überwältigung von "gefährlichen" Patienten, die zumeist "präventiv" erfolgt. An der Tagesordnung war eine solche Vorgangsweise in Abteilung AM:

"Patient S. wird von Pfleger C. mit einer schnellen und gewaltsamen Aktion überwältigt und ins Gitterbett gebracht. C. begründet dies damit, daß S. das Frühstückswagerl umwerfen wollte. Dieses Niederringen löst eine aggressive und gewalttätige Stimmung aus, es kommt zu mehreren Raufhändeln zwischen Pflegern und Patienten." (AM, 37/1)

Das Schlagen von Patienten zur Bestrafung, Einschüchterung oder Erzwingung erwünschten Verhaltens ist noch immer nicht gänzlich aus den Umgangsformen zwischen psychiatrischem Personal und Patienten ausgeschaltet. Zweifellos ist es ein eher seltenes Ereignis, das zudem nur einer kleinen Minderheit von

Pflegepersonen zugetraut werden kann. Aus Sanktionsangst wird es zudem nur dann angewendet, wenn die Entdeckungsmöglichkeit eher gering ist. Dennoch kommt es vor, wird durch Gleichgültigkeit oder zweifelhafte Solidarität von Kollegen verschwiegen und ist den Patienten als Möglichkeit bewußt.

Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Bei zusätzlichen Beschränkungen spielen soziale Definitionen von "Lästigkeit und Untragbarkeit" eine nicht unbedeutende Rolle. Dem Pflegepersonal stehen dabei erhebliche Definitionsspielräume offen. Ein deutliches Interesse vieler Pflegepersonen, einschränkende Maßnahmen "großzügig" anzuwenden, folgt sowohl aus der allgemeinen Beaufsichtigungspflicht als auch aus der Störbarkeit der Arbeitsabläufe. Obwohl die Ärzte einschränkende Maßnahmen anordnen oder billigen müssen stehen sie doch dem Informationsmonopol des Pflegepersonals und der daraus abgeleiteten Definitionsmacht hilflos gegenüber. Dafür ein Beispiel:

"Am Morgen gab es eine Auseinandersetzung zwischen Pfleger J. und Patient T. Der Patient hatte mehrere Aufforderungen, sich ins Bett zu legen, mißachtet. Pfleger J. versucht es mit Gewalt. Der Patient wehrt sich ein weiterer Pfleger (N.) kommt J. 'zu Hilfe'. J. urgiert eine Netzbett-Verwahrung von T., der dann dorthin gebracht wird. Bei der Visite begründet der hauptdiensthabende Pfleger D. diese Maßnahme. Der Patient sei außerhalb eines Netzbettes 'nicht haltbar', er gehe immerzu umher, belästige andere Patienten, pritschle mit Wasser und sitze andauernd am Klosett. Von den Ärzten wird der Bericht ohne weitere Erkundigungen akzeptiert." (VM, 14/1, 2, 5)

Weiters ist bedenklich, daß die Anwendung einschränkender Maßnahmen von den Ärzten nicht periodisch auf ihre Berechtigung überprüft wird. Diese regelmäßige Prüfung von einschränkenden Maßnahmen auf ihre Notwendigkeit ist deshalb umso dringlicher, weil - wie auch das eben angeführte Beispiel zeigt - weniger die Selbst- oder Fremdgefährdung zur Netzbetteinweisung

führt, als vielmehr die von einzelnen Pflegepersonen so empfundene "Lästigkeit" und "Untragbarkeit" von Patienten. Für das Pflegepersonal ist das Einsperren im Netzbett oder seine Androhung ein Disziplinierungsmittel unter anderen. Die Patienten fassen dementsprechend eine solche Maßnahme als Bestrafung für unangemessenes Verhalten auf:

"Schwester war ich so schlimm, daß ich immer noch im Gitterbett liegen muß ?" (Patienten K., AF, 11/4)

Manche Patienten nehmen den Status eines Netzbettpatienten dauerhaft und gewohnheitsmäßig an. Dies gilt insbesondere für die Versorgungsabteilung VM, in der es ständig ca. 15 Netzbettpatienten gibt. Dies geht soweit, daß sogar Patienten-Hausarbeiter von der Möglichkeit der Einsperrung Gebrauch machen können, ohne daß dies vom Pflegepersonal oder von den Ärzten unterbunden würde:

"Patient M. - ein Netzbett-Dauerpatient, der manchmal freigelassen wird - kommt immer wieder von der Veranda in den Wachsaal zurück. Dies stört Patienten-Hausarbeiter C. Er droht ihm mehrmals, ihn wieder ins Netzbett zu sperren. Schließlich packt er den Patienten und sperrt ihn in ein verrostetes Netzbett am Ende der Veranda. Dort verbringt Patient M. den weiteren Tag." (VM, 39/5)

"In den nächsten Tagen wird Patient M. bereits jeden Morgen von Hausarbeiter C. in dieses Netzbett gesperrt." (VM, 41/1)

Auch von seiten einzelner Pflegepersonen sind die völlig schutzlosen Netzbett-Patienten manchmal besonderen Schikanen ausgesetzt:

"Als Pfleger D. sieht, daß der Netzbett-Patient S. durch die Maschen aus dem Bett spuckt, füllt er ein Glas mit kaltem Wasser und übergießt ihn damit. Als der Patient ihn zu beschimpfen beginnt, droht er ihm mit einem neuerlichen Glas Wasser. Darauf ist der Patient ruhig." (VM, 34/7)

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß die Anlässe für Verhaltensweisen, die einschränkende Maßnahmen nach sich ziehen, nicht selten durch Handlungen einzelner Pflegepersonen erzeugt werden - etwa durch Necken von Patienten oder durch Entzug verbliebener Privatgegenstände. Ein Beispiel für eine solche Aufschaukelung aus Abteilung VM:

"In der Abteilung gibt es mehrere Patienten, die durch allen Pflegern bekannte Provokationen aus der Ruhe gebracht werden können. Einer von ihnen ist Patient C. Er wird an diesem Tag mehrmals Opfer solcher "Anschläge". Als ihn Pfleger H. naß in seinem Bett vorfindet, beschimpft er ihn als 'Schwein'. Darauf beginnt der Patient ebenfalls ausfällig zu werden. Eine Standardreaktion mancher Pfleger besteht nun darin, so zu tun, als ob sie in das Bett des Patienten urinieren würden. Als dies geschieht, beginnt der Patient um sich zu spucken. Pfleger H.: 'Was, Du spuckst einen Pfleger an?' und er bedroht den Patienten im folgenden mit kaltem Wasser und einer Netzbetteinweisung." (VM, 3/5)

(4. 2) Schutz vor körperlicher Erkrankung

Zur möglichen Krankheitsentstehung durch mangelnde Befriedigung von anderen körperlichen Bedürfnissen enthalten die bisherigen Ausführungen bereits zahlreiche Hinweise.

Standardversorgung

Das allgemeine hygienische Niveau der Abteilungen unterscheidet sich stark. Es ist in Abteilung AF deutlich über dem Niveau der Abteilungen VM und AM. In den letztgenannten sind die Toiletten oft stark verschmutzt, Mistkübel stehen unverschlossen in den Toiletten und werden von Patienten durchstößt. Verschmutzung von Harnflaschen, Leibstühlen, Leibschüsseln, Kautschukeinlagen und Matratzen befindet sich vor allem in der Versorgungsabteilung VM:

"Zu bemerken ist auch der desolate Zustand der Betten; sind die Matratzen naß von Urin oder mit Kot beschmiert, werden sie einfach umgedreht. Gleiches gilt für die Kautschukunterlagen." (VM, 3/18)

"Leibschüsseln und Harnflaschen sind total verschmutzt. Im Bad liegen Kothaufen auf dem Boden." (VM, 49/6)

Ein Teil des Pflegepersonals versucht eigenhändig, diesen Zustand zu verbessern; unter den gegenwärtigen Bedingungen ist dieser Versuch jedoch zum Scheitern verurteilt.

Badewannen werden nach einzelnen Bädern nicht ordentlich gereinigt, das Badewasser wird zum Teil für mehrere Patienten verwendet:

"Nach dem Frühstück sollen ca. 30 Patienten gebadet werden. Um die Prozedur zu beschleunigen, werden immer mindestens zwei Patienten in einem Badewasser abgefertigt. Die Wanne wird dazwischen kaum gereinigt." (VM, 15/1)

Gebrauchsgegenstände für Körperpflege wie Rasierapparate, Käämme und Haarbürsten sind oft stark verschmutzt.

Das Niveau der Körperpflege der Patienten ist ebenfalls in den Ausbildungs-Abteilungen höher als in Abteilung VM, weil zumindest alle vorgesehenen Leistungen erfüllt werden bzw. - in Abteilung AF - von den Patienten zum Teil selbst vorgenommen werden. In Abteilung VM ist insbesondere die Versorgung der mobilen Patienten unzureichend. Diese werden nur vierzehntägig obligatorisch gebadet, dazwischen waschen sie sich mit wenigen Ausnahmen nicht. Sie werden auch nicht dazu angehalten bzw. an der Selbstversorgung durch Mangel an Ressourcen wie Handtüchern, Käämmen etc. gehindert. Beim Baden wird oft ein Tuch oder ein Schwamm für sehr viele Patienten verwendet:

"Einem Patienten war mit einem Schwamm der Hintern gereinigt worden, weil er sich angekotet hatte. Nachdem der Schwamm ausgewaschen worden ist, wird er bei einem anderen Patienten zum Gesichtwaschen verwendet." (AM, 1/17)

Auch in Abteilung AM gibt es keine institutionalisierte Morgen- und Abendtoilette. Zähneputzen ist in beiden Männer-Abteilungen nicht üblich. Die Patienten der Männer-Abteilungen sind häufig unrasiert, nicht zuletzt, weil die Geräte oft unauffindbar, funktionsuntüchtig oder nur eingeschränkt funktionstüchtig sind. Zudem wird eine Selbstversorgung zumeist unterbunden. Ein Teil des Pflegepersonals versucht unter großem persönlichen Einsatz die Körperpflege der Patienten sicherzustellen. Andere Pflegepersonen dagegen versuchen diese Aufgaben auf das Personal des nächsten Tages abzuschieben. Verwahrlosungserscheinungen bei den Patienten der Abteilungen VM und AM sind häufig, wie z.B. Schuppenbildung, Fußpilz, Ausschläge, Zahnbelag, Flechtenbildung, Skabies, manchmal auch Läusebefall.

In Abteilung AF haben viele Patientinnen eigene Utensilien, sie werden zur Körperpflege angehalten und auch kontrolliert.

Aber auch in dieser Abteilung ist eine außerhalb der Routineversorgung vom Patienten gewünschte Versorgungsleistung nur schwer zu erhalten. Ein Beispiel:

"Knapp vor der Abendübergabe will Patientin B. baden. Schwester B. ist nicht begeistert. Ich erkläre mich bereit, die Patientin zu begleiten. Als Schwester C. ins Bad kommt, sagt sie: 'Das führen wir uns gar nicht ein.'" (AF, 15/5)

In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, daß auch die sogenannten Sicherheitsvorschriften (kein Bad ohne Anwesenheit von Personal, Heißwassersperre, Sperre von Steckdosen) einer Eigenversorgung und Selbststeuerung der Patienten entgegenstehen.

Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf

Die Versorgung von bettlägerigen und inkontinenten Patienten ist in der Frauen-Abteilung AF gut gesichert. Dekubitus kommt dort auch kaum vor. In den Männer-Abteilungen, besonders aber in Abteilung VM, ist die Versorgungslage zum Teil bedenklich, vor allem an Tagen geringer Personalbesetzung kommt es immer wieder vor, daß Patienten über längere Zeit in Urin und Stuhl liegen bleiben müssen.

Was die Körperpflege betrifft, haben Angehörige, wenn sie die Patienten häufig genug besuchen, eine wichtige Kontrollfunktion. Auch Patienten, die eher in die ärztliche Visite einbezogen werden, haben bessere Versorgungschancen.

Abschließend soll nochmals betont werden, daß bestimmte Formen der Behandlung selbst krankmachende Faktoren sind, die aber nicht ausreichend als solche erkannt bzw. thematisiert werden. Körperliche Erkrankungen werden tendenziell erzeugt bzw. körperliche Abbauprozesse tendenziell beschleunigt durch Maßnahmen, die mit der Behandlung der psychischen Erkrankung im Zusammenhang stehen. Hier wären zu nennen die zum

Teil massiven Anwendungen diverser Psychopharmaka, die viele Patienten in einem Ausmaß dämpfen, daß sie im Bett liegen bleiben, nicht allein zur Toilette gehen können, unter Umständen inkontinent werden, Dekubitus entwickeln, sturzgefährdet sind usw. Die Verabreichung besonders hoher Dosen wären auf die Nebenwirkungen systematischer zu überprüfen. Besonders problematisch ist die medikamentöse Ruhigstellung alter Patienten, aber auch körperliche Beschränkungen haben Folgen, die ebenfalls einen Zirkel - Bettlägrigkeit, Inkontinenz, Dekubitusentstehung - auslösen können.

(4. 3) Somatisch-medizinische Versorgung

Nach einer medizinischen Untersuchung bei der Aufnahme im Krankenhaus werden die Patienten nicht mehr regelmäßig untersucht, es wird lediglich auf schon aufgetretene Krankheitsanzeichen reagiert.

Eine erste Problematik ergibt sich nun schon daraus, daß die häufig auch somatisch erkrankten Patienten nach der Aufnahme dem Pflegepersonal nicht ausreichend und umfassend vorgestellt werden. Neuzugänge scheinen zwar in manchen Kar-teien als Versorgungsfälle auf, das notwendige Engagement des Pflegepersonals wird aber durch das Informationsmonopol der Ärzte und vorgesetzten Pflegepersonen erschwert.

Da die Entdeckung und Meldung von somatischen Krankheits-
anzeichen dem Pflegepersonal überantwortet ist, hängt eine
rechtzeitige und adäquate Behandlung von dessen Kompetenz
und von den Kommunikationsmöglichkeiten mit den
Ärzten ab. In den Ausbildungsabteilungen ist aufgrund der
hohen Bedeutsamkeit, die der Versorgung somatischer Stö-
rungen in der Ausbildung gegeben wird, eine rechtzeitige
Erkennung und auch Meldung eher gesichert, in Abteilung VM

kommt es häufig zu verspätetem Bericht an die Ärzte, wie folgendes Beispiel illustriert:

"Als ich am Abend im Wachsaal 3 das Umbetten übernehme, ist offensichtlich, daß die Patienten vom zuständigen Pfleger seit Mittag nicht umgebettet wurden. Patient W., der bisher lediglich einen Harnausschlag hatte, hat eine größere offene Wunde am Gesäß. Ich melde es dem Hauptdiensthabenden L. und frage ihn, ob das schon bei der Visite vorgestellt worden sei. Er verneint: 'Das ist sicher nicht erst seit heute, also ist es morgen auch früh genug.' Der Patient liegt seit einigen Tagen in einem Eckbett des Wachsaals 3. Dies ist ein besonders ungünstiger Standort in bezug auf ärztliche und pflegerische Aufmerksamkeit." (VM, 50/2-3)

Allerdings ist dieses Verhalten nur zum Teil dem Pflegepersonal anzulasten, weil engagiertere Pflegepersonen für ihr Engagement nicht belohnt werden. Dazu ein Beispiel:

"Pfleger F. äußert sich kritisch über die medizinische Versorgung des Patienten I. Dieser hat seit ca. zwei Wochen Durchfall, seit einer Woche erbricht er jede eingenommene Nahrung sofort. F. hat dies bereits zweimal bei der Visite gemeldet, bisher wurde jedoch nichts veranlaßt." (VM, 44/4)

Die Durchführung der vorgeschriebenen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ist wiederum nur in den Ausbildungsabteilungen auf einem - innerhalb des Gesamtkontextes - relativ hohen Niveau garantiert. Dagegen kommt es in Abteilung VM zu teils gravierenden Unterschreitungen des vorgesehenen Versorgungsniveaus, wie folgende, durchaus nicht selten vorkommende Ereignisse belegen:

"Pfleger J. führt die Therapie nur bei drei Patienten des Wachsaales durch (insgesamt acht Patienten sind laut Therapieanweisungen zu versorgen). Darauf angesprochen bezeichnet er die Therapiekarte als 'Märchenbuch'. Auch im nächsten Wachsaal führt er bei drei Patienten die vorgeschriebenen Anweisungen nicht durch." (VM, 10/1)

"Bei Patient S. ist laut Therapiekarte ein zweimaliges Kamillensitzbad pro Tag vorgesehen, tatsächlich wird es niemals durchgeführt." (VM, 52/2)

Neben der Untererfüllung vorgesehener Leistungen sind unsachgemäße Durchführungen der Pflege am häufigsten in der Versorgungsabteilung VM zu beobachten. Zum Teil führen völlig unausgebildete Pflegepersonen bereits nach kurzer Arbeitszeit am Psychiatrischen Krankenhaus therapeutische Anweisungen durch. Die Tendenz zur inadäquaten Versorgung wird durch das Fehlen von Arbeitsmitteln noch verstärkt.

Ein Beispiel aus Abteilung VM:

"Für Patient S. ist Dekubitusbehandlung vorgesehen. Da die dafür vorgesehene Mirfulansalbe nicht aufzufinden ist, nimmt Pfleger K. Mobilatsalbe. Dazu kommt der Hauptdienstpfleger G., er ordnet an, auf keinen Fall Mobilatsalbe zu verwenden." (VM, 25/2)

Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird von den Ärzten der Abteilung VM hauptsächlich formal kontrolliert, indem etwa die Vollständigkeit von Eintragungen beachtet wird. Dies führt zum Auseinanderklaffen von sichtbaren und leicht kontrollierbaren Aspekten der Versorgung und ihrer tatsächlichen Qualität, wie die beiden folgenden Beispiele illustrieren:

"Pfleger N. bemerkt, daß einige der vorgesehenen Eintragungen nicht gemacht worden sind (Fieber, Flüssigkeitsmengen). Er weist mich an, erfundene Werte einzusetzen und meint, das müsse nur 'nach außen' stimmen." (VM, 3/21)

"Pfleger L. füllt bereits zu Mittag im voraus die Flüssigkeitstabellen aus, und zwar genau so, daß die geforderte Menge von zwei Litern zustandekommt." (VM, 8/9)

Die geringe Präsenz der Ärzte eröffnet Definitionsspielräume, die von Teilen des Pflegepersonals - wiederum besonders in der Versorgungsabteilung - zur Verfolgung von Eigeninteressen genutzt werden. Dazu ein Beispiel:

"Patient H. hatte vor längerer Zeit anlässlich einer Krankheit Bettruhe verordnet bekommen. Als die Krankheit längst vorbei war, blieb die Bettruheverordnung bestehen. Als bei der Visite der Fall auf Initiative eines Pflegers besprochen wird, interveniert Pfleger D. mit der Bemerkung, der Patient 'mache nur Blödsinn', wenn man ihn auflasse. Daraufhin ist der Arzt mit weiterer Bettruhe einverstanden." (VM, 39/1)

Zur Güte der pflegerischen Versorgung trägt bekanntlich nicht nur die technische Perfektion, sondern wesentlich auch der psycho-soziale Umgang mit den Patienten bei. Die Kombination von körperlicher und psychischer Störung stellt eine nicht zu unterschätzende Anforderung an das Personal dar. Die Patienten der Frauenabteilung AF werden auch in dieser Hinsicht am besten betreut, dagegen weist die Patientenversorgung in den Männerabteilungen durch Teile des Personals deutlich verrohte Züge auf. Dazu zwei Beispiele:

"Die Pfleger P. und J. betten Patienten um, sie sind grob und beschimpfen die Patienten. Dies löst auch Aggressionen der Patienten untereinander aus." (VM, 5/2)

"Pfleger A. macht die Betten. Zu einigen älteren Patienten, die nicht von selbst aufstehen, sagt er: 'Steh auf, ich muß das Bett machen.' Wenn das nicht fruchtet, packt er die Patienten unsanft und reißt sie aus dem Bett." (AM, 2/4)

Durch die Überalterung der Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses sind die Sterberaten relativ zu anderen Krankenhäusern sehr hoch. Es gibt Indizien, daß Patienten geradezu zum Sterben in das psychiatrische Versorgungssystem abgeschoben werden (KATSCHNIG u. a., 1975). Für die Versorgung der sterbenden Patienten, aber auch für die übrigen Patienten, ist diese Entwicklung bedenklich, da gerade die Psychiatrischen Krankenhäuser aufgrund ihrer personellen und materiellen Ausstattung besonders ungeeignet sind, diesem schwierigen Problem adäquat zu begegnen. Die sterbenden Patienten in den beobachteten Abteilungen wurden vom Personal eher gemieden und alleine gelassen. Die Mitpatienten (und das sind aufgrund der ungünstigen Raumverhältnisse sehr viele) müssen aber den Sterbevorgang mitansehen. Nur an Besuchstagen werden Sterbende abgeschoben und abgeschirmt - um die Gesunden nicht zu belasten. Zur Illustration ein Exempel aus Abteilung VM:

"Hauptdiensthabender F. gibt die Anweisung, den sterbenden Patienten D. während der Besuchszeit ins Badezimmer zu schieben und die Badezimmertüre zu verschließen. Anschließend wird der Patient in den Wachsaal zurückgeschoben. Als er verstorben ist, machen Pfleger J. und die Hausarbeiter A. und C. zynische Kommentare über den Verstorbenen, indem sie ihrer Erleichterung über den Wegfall der Versorgung eines schwierigen Patienten Ausdruck verleihen". (VM 41/8)

Besonders problematisch ist es, daß die Versorgung Todkranker auch der Verantwortung von Patienten-Hausarbeitern übergeben wird.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach Erhaltung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Integrität und Funktionstüchtigkeit

1. Auf der Ebene der vorgeschriebenen Maßnahmen ist die Dominanz von Sicherheits- und Kontrollaspekten offensichtlich. In ihrem Ausmaß, in ihrer Qualität und Detailliertheit drückt sich eine Ausrichtung an einem stereotyp übersteigerten, "totalen" psychiatrischen Patienten aus, der zugleich suicidgefährdet, aggressiv, unberechenbar und fluchtentschlossen ist. Diese Maßnahmen sind somit für die große Mehrheit der Patienten inadäquat und stehen im krassen Widerspruch zum wissenschaftlichen Anspruch der Psychiatrie, differenzierte Behandlungsstrategien zur Anwendung zu bringen.

Die vorgeschriebenen Maßnahmen zur Hygiene enthalten einige auffallende Lücken, wie z. B. das Fehlen einer täglichen Körperpflege in den Männer-Abteilungen.

Bei der körperlich-medizinischen Betreuung fällt das Fehlen geplanter regelmäßiger Untersuchungen bei den zum Teil jahrelang hospitalisierten Patienten auf.

2. Die Sicherheits- und Kontrollaufgaben werden sehr genau befolgt. Die gesetzten Maßnahmen stellen jedoch für die meisten Patienten eine massive Einschränkung ihrer Handlungs- und Bewegungsfreiheit dar. Durch die fortwährende Reglementierung und Kontrolle ist der Boden für die Entstehung von Hospitalismusphänomenen wie Verlust von Eigenverantwortlichkeit, Verlust von Antrieb und Kompetenzen bereitet. Weiters wird dadurch die Kluft zwischen Personal und Patienten verschärft, Vorurteile gegenüber den Patienten werden genährt und eine Brutalisierung der interpersonalen Beziehungen strukturell angelegt.

Eine ausgewogene Betrachtungsweise kommt um den Schluß nicht herum, daß die gängigen Praktiken der Patientenbehandlung eine nicht unbeträchtliche Quelle von Gefahrenmomenten für die körperliche Sicherheit der Patienten bedeuten.

Des weiteren muß eindringlich darauf hingewiesen werden, daß die derzeitigen Versorgungsbedingungen im Psychiatrischen Krankenhaus den Mißbrauch legitimer Beschränkungsmöglichkeiten als Disziplinierungs- und Repressionsinstrumente beträchtlich nahelegen und ermöglichen.

Der überhöhten Anwendung von einschränkenden Maßnahmen stehen grobe Vernachlässigungen bei den hygienischen Vorkehrungen und der Körperpflege der Patienten gegenüber. Es besteht ein deutliches Gefälle von der Frauen - zu den Männerabteilungen und von den Ausbildungsabteilungen zur Versorgungsabteilung.

Die pathogenen Auswirkungen der gegebenen Versorgungsbedingungen und der innerhalb dieser üblichen Versorgungshandlungen sind ein "blinder Fleck" der Selbstwahrnehmung der Institution.

Schließlich ist - mit besonderer Deutlichkeit in der Versorgungsabteilung - das Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung bedenklich niedrig.

Somit muß die Schlußfolgerung gezogen werden, daß - zumindest im zentralen Zielbereich der Verhütung und Behandlung somatischer Krankheiten-eine adäquate Versorgung im Untersuchungszeitraum nicht sichergestellt war.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Die vielfältigen Aspekte dieses Bedürfnisses konnten lediglich durch einen Indikator erhoben werden. "Erhaltung und Pflege der äußeren Erscheinung" nimmt bezug auf eine über die medizinische und pflegerische Routineversorgung hinausgehende Sorge um das Aussehen der Patienten. In der Literatur wird die Vernachlässigung der äußeren Erscheinung durch Patienten und Personal als Symptom von Hospitalismus bzw. hospitalisierendem Milieu hervorgestrichen (BARTON, 1974). Die Einschätzung des befragten Pflegepersonals ist in TABELLE 9 zusammengefaßt:

TABELLE 9: Einschätzung der Befriedigungsgüte pflegerischer Versorgung durch das befragte Pflegepersonal anhand des Indikators:
"Erhaltung und Pflege der äußeren Erscheinung"

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	41	53	72	79	-	14
eher schlecht/ schlecht	53	47	23	21	70	72
gar nicht	6	-	5	-	30	14
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	mittel	hoch	hoch	niedrig	niedrig

⁺ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Mit den Ergebnissen der Beobachtungsstudie deckt sich am besten die Einschätzung des Pflegepersonals in Abteilung AF. Privatkleidung, regelmäßige Körperpflege, Frisurpflege und

gelegentliche Aktivitäten zur Unterstreichung der Geschlechtsidentität (Schminken, Lackieren von Nägeln) rechtfertigen die zugeschriebene mittlere Befriedigungsgüte. Die etwas ungünstigere Beurteilung der Situation in Abteilung AM entspricht den Beobachtungen, wenn auch die tatsächlichen Unterschiede zu AF größer sind als in der Befragung zum Ausdruck kommt.

In krassem Widerspruch zu den Beobachtungen stehen die Einschätzungen des Personals von Abteilung VM. Es sei an fehlende Zahnpflege, mangelhafte Haarpflege, nur gelegentliches Rasieren etc. erinnert. Mögliche Interpretationen für diesen Widerspruch könnten sein, daß das Pflegepersonal dieser Abteilung eine negative Einschätzung bei diesem, zu seinem unmittelbaren Aufgabenbereich gehörenden Bedürfnis als Eingeständnis eigener Versäumnisse empfinden würde bzw. extrem reduzierte Standards von Patientenbedürfnissen in diesem Bereich anwendet.

Ähnlich günstig ist die Wahrnehmung des Personals der Frauenversorgungsabteilung. Darin ist eine gewisse Bestätigung für die Interpretation einer Überbewertung der Befriedigungsgüte in den Versorgungsabteilungen zu sehen.

Starke Abweichungen in Richtung einer ungünstigeren Beurteilung der Patientensituation ergaben die Befragungen bei den Schülern 1977. Erhalten blieben die Differenzen zwischen Männer- und Frauenabteilungen. Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse die Beobachtungsstudie, welche eine deutliche Differenz zwischen deklarierten Zielen und tatsächlichen Leistungen in diesem zentralen Versorgungsbereich erbrachte.

Selbst bei Berücksichtigung der Tatsache, daß 1977 nur durchgehend kritischere Schüler - zudem aus der Abschlußstufe - befragt wurden, könnte dieses Ergebnis als Hinweis für eine reale Verschlechterung der Patientenversorgung im Pflegebereich angesehen werden.

2. 3 Psychische Bedürfnisebene

2. 3. 1 Befriedigung des Bedürfnisses nach Information und Orientierung: Informationsangebote - Kommunikationsmöglichkeiten - Schutz vor Manipulation

(A.1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be- friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri- schen Literatur

Die Wichtigkeit von Informationen für die Bewältigung der Krankheit und der Krankenhaussituation und das oftmals vorgegebene, völlig unzureichende Informationsangebot sind in zahlreichen sozialwissenschaftlichen Studien in Akutkrankenhäusern nachgewiesen worden (RASPE, 1976b).

In "totalen Institutionen" ist die Informationsbeschränkung eine Strategie zur Erhaltung von Distanz und Kontrolle über die Insassen (GOFFMAN, 1972, 20).

Die Unkenntnis über Vorgänge der Außenwelt, aber auch über solche in der unmittelbaren Umgebung fördert den Kontaktverlust, den Rückzug und die Interesselosigkeit psychiatrischer Patienten und schmälert Entlassungs- und Rehabilitationschancen (BARTON, 1974, 17 f).

WING & BROWN (1970, 43) nehmen in ihre Restriktivitätskala die Zur-Verfügung-Stellung von Zeitungen und Radio- bzw. TV-Programmen als Indikatoren auf.

KUNZE & KUNZE-TURMANN (1975, 107 f) beurteilen die soziotherapeutische Ausrichtung von psychiatrischen Krankenhäusern vor allem danach, ob öffentliche Telefonzellen zugänglich sind, die Patienten angerufen werden können, Postverkehr frei abgewickelt werden kann, die Besuchszeiten flexibel sind, Tageszeitungen, diverse Zeitschriften und Bücher auf der Station aufliegen und - was für die krankenhauserne Orientierung wichtig ist - regelmäßige Stationsbesprechungen für Patienten und Personal stattfinden.

Die Unsicherheit der eigenen Zukunft, insbesondere die Ungewißheit über die Zeitdauer des Aufenthaltes und die von der Anstalt geplanten "Eingriffe" kann zu umfassenden Desorientierungen führen (COHEN & TAYLOR, 1972, 86 ff).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) Die gültige Hausordnung des untersuchten Krankenhauses statuiert:

"Jedem Pflegling wird ein Bett zugewiesen, er muß sich jedem allenfalls angeordneten Wechsel - auch Zimmerwechsel - fügen." (§ 4)

"Ohne ärztliche Erlaubnis darf kein Pflegling das Bett und das Krankenzimmer verlassen." (§ 9)

Die Bestimmungen über Besuche vermitteln deutlich den Eindruck, daß Besucher hauptsächlich als Störfaktor gesehen werden (§ 13, siehe ausführlicher im entsprechenden Unterabschnitt von 2. 3. 3).

- b) Das Krankenanstaltengesetz statuiert ohne weitere Begründung für zwangsweise aufgenommene Pfleglinge:

"...können Beschränkungen der Freiheit, der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden" (§ 51,1).

- c) Die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene "Charta des Patienten" mißt dagegen der Information des Patienten große Bedeutung zu: Das Recht, von den Ärzten Auskunft über den Gesundheitszustand zu erhalten wird ebenso betont wie das Recht, mit den Menschen der gewohnten Umwelt in Kontakt zu bleiben (Post, Telefon, Besuche). Auch dürfe der Patient erwarten, daß man ihn und seine Angehörigen im Fall einer notwendigen Verlegung über diese und ihre Begründung unterrichtet.

Die relevanten Normierungen sind widersprüchlich. Die (nicht rechtskräftig statuierten) Patientenrechte finden in der Hausordnung und im Krankenanstaltengesetz keine gesetzliche Entsprechung.

Es wird häufig vorgebracht, daß diese Rechte für psychisch Kranke nicht uneingeschränkt anwendbar seien. Dem könnte dadurch entsprochen werden, daß eine Einschränkung dieser Rechte nur mit spezifischer Begründung vorgenommen werden dürfte und auch periodisch zu überprüfen wäre. (In ähnlicher Form ist dieses Problem im Urteil eines US-District-Courts in Alabama für eine angemessene Behandlung von psychisch Kranken gelöst worden (KUNZE, 1976, 80)).

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Informationsangebote

Eine diesbezügliche Bedürfnisbefriedigung ist nicht vorgesehen.

(3. 2) Kommunikationsmöglichkeiten

Als institutionalisierte Kommunikationsgelegenheiten mit den Ärzten sind die täglich stattfindenden Visiten und die wöchentlich stattfindenden Sprechstunden zu betrachten. Zur Kontaktaufnahme mit Angehörigen sind viermal in der Woche Besuchszeiten von je zwei Stunden eingerichtet⁺⁾ . Die mögliche Kommunikation des Pflegepersonals mit den Patienten wird aufgrund der Vorrangigkeit der eigentlichen Pflegearbeiten als sekundär definiert.

Auch die Regelungen über die Beschränkung der Bewegungsfreiheit innerhalb von Abteilungen und innerhalb des Krankenhauses beschneiden die Möglichkeiten zur Kommunikation beträchtlich.

⁺⁾ Die Besuchszeiten wurden nach einer öffentlichen Vorstellung dieser Studie erweitert und zum Teil in die Abendstunden verlegt.

(3. 3) Schutz vor Manipulation

Ist nicht als Bedarf akzeptiert.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Informationsangebote

Die Orientierung des Patienten im Krankenhaus ist zumindest durch fünf Momente bedroht (vgl. auch SIEGRIST, 1972)

- durch die psychische, häufig auch körperliche Krankheit, welche die im Alltag als problemlos vorausgesetzte Intaktheit von körperlichen und psychischen Funktionen fragwürdig und für die Zukunft unsicher macht
- durch die Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten aufgrund der Krankheit und der medizinischen Behandlung
- durch die abrupte, häufig unfreiwillige Überstellung in eine neue, unbekannte Umgebung
- durch die unterbrochene Erfahrung der alten, gewohnten Umgebung
- durch die nicht unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängenden institutionellen Entscheidungsprozesse, denen der Patient unterworfen ist.

Beginnen wir mit dem Komplex "Krankheit". Das Auftreten einer Krankheit war Ursache der Hospitalisierung und vom weiteren Krankheitsverlauf sind auch die Chancen und der Zeitpunkt einer möglichen Entlassung abhängig. Tatsächlich befinden sich die meisten Patienten in einem völlig unaufgeklärtem Zustand über Art und Schwere ihrer Krankheit. Auch über die nähere und weitere Zukunft - insbesondere die Aufenthaltsdauer im psychiatrischen Krankenhaus - herrscht überwiegend Ungewißheit. Zwar können einige Patienten die Nummer ihrer Diagnose nennen - insbesondere in Abteilung AF, wo Nummern des Würzburger Schemas an den Betten angeschrieben sind - und einige wenig kennen sogar die nosologische Bezeichnung, aber sie besitzen keine fundierte Information über die therapeutischen und prognostischen Implikationen ihrer Krankheit.

Den Patienten werden in der Regel keine Informationen über die an ihnen vollzogene diagnostischen und therapeutischen Prozeduren vermittelt. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Unwissenheit der Patienten weit über das in Allgemeinspitälern übliche Ausmaß hinausgeht. Dies gewinnt unter folgenden Gesichtspunkten eine besondere Bedeutung. Zum einen hat das Psychiatrische Krankenhaus in der Öffentlichkeit noch immer den fatalen und geheimnisumwitterten Ruf eines Irrenhauses. Die - zumeist zwangsweise vorgenommene - Einweisung bedeutet daher a priori eine erhebliche Bedrohung und Unsicherheit für den durchschnittlichen Patienten, wohl am stärksten für Ersteingewiesene. Zum anderen sind psychiatrische Patienten oftmals durch die Art ihrer Krankheit besonders sensibel oder verängstigt. Vor diesem Hintergrund bedeuten die zwangsweise Verabreichung einer beträchtlichen Menge von Medikamenten mit erlebnisverändernden Wirkungen sowie verschiedene diagnostische Prozeduren und die Praktizierung solch umstrittener therapeutischer Maßnahmen wie Elektroschocks ohne ausreichende sachliche Information eine existenzielle Bedrohung der Patienten. Diese wird unter Umständen durch unüberlegte Kommentare von Pflegepersonen und Ärzten oder Kolportagen alteingesessener Patienten noch verschärft. Für die Betroffenen bedeutet die Kombination von Unwissenheit und Gerüchten eine große Verunsicherung, die angsterzeugend wirkt:

"Die Patientinnen äußern häufig Angst vor den Spritzen und vor Elektroschocks, vor all dem, was man hier mit ihnen machen wird. Die häufigste Angst besteht aber darin, nie mehr aus der Institution herauszukommen." (AF, 3/17)

Ein zweiter für die Orientierung des Patienten wichtiger Komplex sind die Alltagsroutinen und die Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung in der neuen Umgebung. Neuangekommene Patienten werden diesbezüglich nicht systematisch informiert. Man überläßt den Zurechtfindungsprozeß allein der Initiative des Patienten, seinen Beobachtungen, Gesprächen mit anderen

Patienten und Fragen an das Pflegepersonals. Diese "Politik" gegenüber neueingetretenen Patienten kommt insofern situationsspezifischen Interessen mancher Pflegepersonen entgegen, da sich dadurch die Unsicherheit und Ängstlichkeit der Patienten und damit ihre Anpassungsbereitschaft und Manipulierbarkeit wesentlich erhöht. Dazu ein Beispiel:

"Patient C. wird auf einer Bahre gebracht. Er ist ängstlich und nervös. Er wird vom Pflegepersonal über seine Vergangenheit ausgefragt. Zwei Pfleger prüfen seinen Fußsohlenreflex. Als der Patient im Bett liegt, beginnt er zu weinen." (VM, 7/2,3)

Es gibt Patienten, die gar nicht oder nur ungenau über den Ort ihrer Unterbringung Bescheid wissen. Da es keine Uhren oder Kalender in den Patientenbereichen gibt, sind nicht wenige Patienten zeitlich desorientiert. Den Patienten werden die mit ihnen regelmäßig interagierenden Personen nicht vorgestellt, sie kennen zumeist weder Namen noch Positionen des Personals und können daher, wenn sie etwas wollen, ständig an andere Personen verwiesen werden. In Abteilung AM gibt es sogar Versuche "Anonymität" als informelle Norm zu etablieren:

"In der Abteilung versuchen Teile des Pflegepersonals gegenüber Besuchern und Patienten anonym zu bleiben. Dies, weil Geisteskranke nicht zurechnungsfähig seien und die Namen einzelner Pfleger in falschen Zusammenhängen genannt werden könnten." (AM, 19/2)

Neben diesen alle Patienten betreffenden Routineabläufen sind für den einzelnen Patienten alle ihn persönlich betreffenden Entscheidungen, Maßnahmen und Veränderungen relevant. An erster Stelle geht es hier um Verlegungen innerhalb der Abteilung, zwischen Abteilungen oder in andere Krankenhäuser. Sie werden dem Patienten häufig nicht vorangekündigt und bei ihrem Stattfinden auch nicht ausreichend begründet. Der Patient wird somit veranlaßt, eigene Begründungen zu suchen, die nicht selten Überinterpretationen und irrationale Elemente enthalten (vgl. Abschnitt (4. 3)). Zu

nennen sind hier auch noch Transporte in andere Abteilungen oder Krankenhäuser, welche meist zum Zwecke diagnostischer Klärungen vorgenommen werden. Für sie gelten ebenfalls die genannten Probleme. Bevorstehende Entlassungen werden den Patienten einige Tage vorher mitgeteilt. Bevorstehende Gerichtskommissionen werden den Patienten nicht offiziell mitgeteilt. Über den Zweck und das Ergebnis dieser Veranstaltung werden sie nicht belehrt. Die Patienten sind unzureichend aufgeklärt über ihre rechtliche Situation und ihren rechtlichen Status. Wie solche "Aufklärungen" stattfinden, zeigt die folgende Situation, in der einem Patienten seine Entmündigung mitgeteilt wird:

"Pfleger B. kommt mit einem Zettel zu Patient F. und sagt: 'Lesen Sie das.' F. liest das Dokument, gibt es zurück und beginnt dann zu schreien: 'Ihr Verbrecher, Ihr wollt mich in einem Irrenhaus behalten, ich bin nicht deppert, ich kann meine Rechte selbst vertreten.' B. antwortet ihm: 'Ich wollte Sie nur benachrichtigen' und läßt den Patienten allein. Dieser ist weiterhin sehr erregt und verfällt später in Depressionen." (VM, 14/7)

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß für den Patienten die Außenwelt, die er im Zuge seiner Hospitalisierung verlassen hat (oder verlassen mußte) weiterhin von großer Bedeutung ist. Dies gilt insbesondere für die persönlich relevante Umwelt, in die der Patient zurückzukehren hofft. Von der Institution aus gibt es keine Bemühungen, den Patienten darüber Informationen weiterzugeben oder gar zu beschaffen. So wissen manche langjährig hospitalisierte Patienten nicht einmal um das Schicksal ihrer nächsten Angehörigen:

"Patient S. hat seine Frau seit Jahren nicht mehr gesehen. Es ist ihm vorenthalten worden, daß sie sich von ihm scheiden hat lassen. Als er bei der Visite den Arzt fragt, ob er etwas von seiner Frau wisse, erklärt sich dieser für unzuständig." (VM, 54/3)

Informationen über umfassendere politische, soziale, kulturelle Ereignisse werden völlig unzureichend bereitgestellt. Es gibt keine allgemein zugänglichen aktuellen

Zeitungen oder Zeitschriften, der Radio- und Fernsehzugang steht nur einer beschränkten Anzahl von Patienten zu bestimmten Zeiten frei und bedarf selbst hier noch der Genehmigung. Einige Zeitungen können zwar privat über ein Anstaltsgeschäft erworben werden, nicht alle Patienten wissen davon und nicht alle Patienten besitzen überhaupt ausreichend Geldmittel, um sie zu erwerben. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß die Patienten bei Gerichtskommissionen, welche über die Zulässigkeit ihrer Anhaltung entscheiden, über eben diese außerinstitutionellen Ereignisse befragt werden - in der Hauptsache über Personen, welche bestimmte Ämter bekleiden - obwohl sie zum Teil nachweisbar keine Möglichkeit haben, von diesen Ereignissen Kenntnis zu erhalten. Dies gilt zum Teil auch für Fragen, welche die zeitliche und örtliche Orientierung betreffen.⁺

Die genannten Defizite treffen jene Patienten besonders, welche in ihrem aktiven Kommunikationsverhalten durch auferlegte Beschränkungen oder durch eigene Kompetenzmängel benachteiligt sind.

(4. 2) Kommunikationsmöglichkeiten

Es gibt nur wenige institutionalisierte Kommunikationsmöglichkeiten.

Die Visite ist neben der Sprechstunde die einzige Gelegenheit, mit Ärzten zu sprechen. Wie beschränkt die Möglichkeiten sind, überhaupt mit den Ärzten ins Gespräch zu kommen und darüber hinaus noch befriedigende Antworten auf Fragen zu bekommen, wird weiter unten in einem Exkurs (vgl. 2. 3. 5) detaillierter beschrieben.

In der Frauenabteilung wird den Patienten von den Ärzten durchschnittlich am meisten Zeit gewidmet, die Patienten

⁺) Diese Beobachtungen wurden erst kürzlich durch die Erfahrungen eines Anhalterichters bestätigt (SCHWENTNER, 1977)

können dort am ehesten ihre Bedürfnisse äußern und mit adäquaten Antworten rechnen. Ansonsten ist der Visitenablauf weitgehend von den aktuellen therapeutischen Erfordernissen geprägt, wie sie von Ärzten und Pflegepersonal definiert werden; die Informationsbedürfnisse der Patienten haben für den Visiten-Verlauf lediglich Störqualität. In den Abteilungen AM und AF können beharrliche Patienten hin und wieder einen Sprechstundentermin beim Arzt durchsetzen, in Abteilung VM lassen die Ärzte jene Patienten in die Sprechstunde holen, für welche konkrete Entscheidungen zu treffen sind (Urlaub ; Gerichts Anfragen, etc.).

Für viele Patienten bedeutet die Besuchszeit die einzige Möglichkeit der Kommunikation mit der Außenwelt. Doch ein beträchtlicher Anteil der Patienten, vor allem der alten und langjährig hospitalisierten, erhält selten oder nie Besuch.

Für die Abteilungen VM und AM konnten die Durchschnittszahlen pro Besuchstag des Jahres 1974 berechnet werden. Aus ihnen geht insbesondere die Isolation eines Großteils der alten und langjährig hospitalisierten Patienten der Versorgungsabteilung hervor.

Tabelle 10: Durchschnittliche Anzahl besuchter Patienten der Abteilungen VM und AM an den einzelnen Besuchstagen des Jahres 1974

	Sonn- tage	Sams- tage	Feier- tage	Donners- tage	Diens- tage
Abteilung VM (Stand ca.150 Patienten)	25.6	24.5	18.6	21.3	19.3
Abteilung AM (Stand ca.110 Patienten)	43.9	42.1	42.4	39.2	38.3

Besuchszeiten sind vorgesehen an Sonn- und Feiertagen, Dienstagen, Donnerstagen und Samstagen jeweils von 13.30 bis 15.30 Uhr⁺. Diese Zeiten werden streng eingehalten. Die relativ ungünstige periphere Lage des Krankenhauses könnte die Besuchszahlen negativ beeinflussen. Von der Institution aus gibt es keine Anstrengungen, Angehörige von der Wichtigkeit von Besuchen zu überzeugen oder organisatorische Maßnahmen zur Anhebung der Besuchsfrequenz zu setzen. Die Patienten erhalten über ihre Besucher nicht nur Informationen über die Außenwelt, sondern manchmal auch Informationen über ihre Krankheit, ihre voraussichtliche Aufenthaltsdauer etc. Den Angehörigen steht ein Sprechstundenbesuch bei den Abteilungsärzten offen. Allerdings sind die festgelegten restriktiven Umstände - vierzehntägiger Wochentagstermin, nur vormittags und nach Anmeldung - nicht dazu angetan, eine Integration der Angehörigen in den therapeutischen Prozeß zu fördern.

Patienten, welche die Abteilung nicht verlassen dürfen, steht keine Telefonzelle zur Verfügung. Sie können auch ihre Post nicht selbst abschicken oder direkt empfangen. Die Ärzte beanspruchen für sich das Recht, die postalische Kommunikation der Patienten zu kontrollieren, eventuell auch zu unterbinden.

Außerhalb dieser institutionalisierten Kommunikationsmöglichkeiten sind die Patienten von den Kontaktmöglichkeiten und der Kontaktbereitschaft des Pflegepersonals und der Mitpatienten abhängig.

Die Interaktionsmöglichkeiten der Patienten untereinander sind selbst innerhalb der Abteilungen stark eingeschränkt - die Patienten sind in ihrer Bewegungsfreiheit auf ein definiertes Areal (entweder Wachsaal oder Tagraum Parterre oder Stock) beschränkt.

⁺ Die Besuchszeiten wurden nach einer öffentlichen Vorstellung dieser Studie erweitert und zum Teil in die Abendstunden verlegt.

Innerhalb dieser Areale können wiederum nur die Tagraum- und Stockpatienten relativ ungehindert interagieren. In den Wachsälen ist das Pflegepersonal aufgrund der Konzentration versorgungsbedürftiger Patienten bemüht, Störungen von Seiten der Patienten durch Zuweisung bestimmter Plätze und durch Unterbinden von Umhergehen zu reduzieren. Die mobilen Patienten weichen in weniger kontrollierte Gebiete wie z.B. Badezimmer aus, die bettlägerigen Patienten sind von der Interaktion mit anderen Patienten - mit Ausnahme der Bettenachbarn - praktisch ausgeschlossen. Besonders prekär ist daher auch die Situation neueingewiesener Patienten, die zunächst zur Beobachtung in die zentralen Wachsäle gelegt werden.

Im allgemeinen ist die Interaktionsdichte der Patienten auch dort, wo Interaktionen relativ unbehindert ablaufen könnten, gering, was auch durch die relativ starke medikamentöse Dämpfung der Patienten bedingt sein dürfte. In Abteilung AF, wo es wesentlich mehr Entlassungen und Aufnahmen als in den beiden anderen Abteilungen gibt, üben die Mitpatienten stärkere Sozialisationsfunktionen für Neueingetretene aus. Sie teilen allgemeine Verhaltensregeln mit, welche sich in bezug auf Entlassungschancen bewährt haben und sind auch in der Lage, Informationen über durchschnittliche Verweildauern bestimmter Patientenkategorien zu vermitteln.

Die Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Pflegepersonal während der Routinearbeiten des Personals sind beschränkt. Das Pflegepersonal ist aufgrund des hohen Arbeitspensums an einer möglichst effektiven und raschen Durchführung seines Programms interessiert und kommuniziert daher mit den Patienten vor allem in Form dirigistischer Anweisungen. Persönliche Kommunikation mit den Patienten in Zeiten höheren Aktivitätsniveaus wird sowohl von Vorgesetzten als auch von Kollegen negativ bewertet. In den Routinepausen eines üblichen 12-Stunden-Dienstes zeigen die meisten Pfleger und Schwestern eine starke Tendenz zur

Meidung von Patientenkontakten, was sich im Rückzug aus dem Patientenbereich in eigene, den Patienten nicht zugänglichen Räumlichkeiten äußert. Auch diejenigen Pflegepersonen, die im Saal verbleiben, ziehen sich häufig an Orte zurück, die eine relative Abschirmung gegenüber Kommunikationsansprüchen der Patienten ermöglichen. Das Verbleiben in der Gruppe der Kollegen ist ein weiterer Mechanismus zur Abwehr von Patienten-Ansprüchen.

Wesentlich günstiger stellt sich die Situation für Patienten mit Ausgangsmöglichkeiten innerhalb oder außerhalb des Krankenhausareals dar. Sie können die Isolation und Abgeschnittenheit der "Subkultur" der Abteilungen überwinden. Durch Kommunikation mit anderen Patienten erschließt sich ihnen ein wesentlich erweiterter Horizont. Allerdings fehlt es an geeigneten Kommunikationszentren im Krankenhaus sowie an organisierten Veranstaltungen für die Patienten. Diesen Patienten mit Ausgangsmöglichkeit innerhalb der Krankenanstalt steht auch die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Außenwelt über eine einzige öffentliche Telefonzelle offen.⁺ Ein Postschalter steht nicht zur Verfügung. Zeitungen können in einem Geschäft erworben werden. Jedoch ist auch für Patienten mit anstaltsinternen Ausgangsmöglichkeiten die rigorose Trennung von der Außenwelt nicht aufgehoben. Die Grenze von außen nach innen wird lediglich von Besuchern überschritten, der Zugang zu den Krankenhausgeschäften und zum Park ist für die Bewohner der umliegenden Gebiete zwar möglich, sie werden dazu aber nicht ermuntert. Veranstaltungen, zu denen auch Angehörige oder sonstige Interessenten kommen könnten, werden kaum abgehalten.

Die Grenzüberschreitung durch das Anstaltstor nach außen ist nur einer kleinen Anzahl von Patienten gestattet.

⁺ Nach Angaben der Anstaltsleitung wurde mittlerweile eine zweite Telefonzelle installiert.

(4. 3) Schutz von Manipulation

Ausdrücklich falsche Informationen enthalten am ehesten Patienten, die über sie persönlich betreffende Maßnahmen und Entscheidungen dringlich oder Beharrlich Bescheid wissen wollen. Soweit dies Aspekte der Krankheit betrifft, ist die Erteilung falscher Informationen eine Strategie mancher Ärzte um die Kranken zu beschwichtigen. Meistens geschieht dies mit dem Versprechen einer baldigen Entlassung, wobei die Entlassung häufig vom Eintreten bestimmter - für den Patienten oftmals unbeeinflussbarer - Ereignisse abhängig gemacht wird. Neben einer Beschwichtigung "neugieriger" Patienten können falsche Informationen auch in manipulativer Absicht erfolgen - in dieser Funktion werden sie eher von manchen Pflegepersonen an leicht verwirrbare und halluzinierende Patienten angewendet - in Form von Fehlinformationen über zeitliche, örtliche, personelle Gegebenheiten. Die Patienten sehen sich auch häufig unverständlichen und bruchstückhaften Informationen gegenüber, die sie bei der Visite oder bei Gesprächen des Pflegepersonals aufschnappen. Gespräche über den Patienten in Gegenwart des Patienten, zumeist in einer Sprache, die der Patient nur beschränkt versteht, führen leicht zu mißverständlichen Interpretationen auf seiten des Patienten.

Desorientierung ist unter anderem häufig die Folge von Verlegungen innerhalb und zwischen Abteilungen. Diese entspringen oftmals partikulären Interessen einzelnen Gruppen und eingefahrenen Organisationsmustern, sind daher objektiv unnötig und wegen der zerstörerischen Wirkung auf die mühsam hergestellten Orientierungen der Patienten besonders bedenklich. Die patientenfeindliche und absurde Logik solcher Verlegungen zeigt sich am folgenden, allerdings extremen Beispiel aus Abteilung VM:

"Am Nachmittag löst ein Neuzugang eine Welle von Verlegungen aus: Der Neuzugang B. kommt in Wachsaal 1 in das Bett von Patient T., dieser wird im Saal selbst verlegt. Der dadurch verdrängte Patient P. kommt in Wachsaal 2, in das Bett von Patient L. L. kommt in Wachsaal 3, in das Bett von Patient J. J. kommt in den Tagraum, seinen Platz dort räumt Patient E., er wird in den Stock verlegt. Patient L. (80 Jahre), der seinen Platz aufgrund seiner Toilettennähe sehr schätzte (er sieht sehr schlecht, ist gehbehindert), sitzt den ganzen nächsten Vormittag aus Protest am Durchgang zu seinem früheren Saal. Bei der Visite verspricht ihm der Arzt Abhilfe. Kurz darauf wird er jedoch in den ersten Stock verlegt! Noch am gleichen Tag wird der "auslösende" Patient B. auf seine ursprüngliche Abteilung zurückverlegt!" (VM, 25/6)

Allein im Wachsaalbereich der Abteilung VM (ca. 45 Betten) hat der Beobachter in einem Zweimonatszeitraum fünfzig interne Verlegungen registriert.

Eine besonders bedenkliche Praxis stellt auch die Verlegung von Patienten in die mehr als 100 km entfernte Zweiganstalt Ybbs dar. Zudem erfolgen solche Verlegungen zumeist ohne Vorankündigung und Begründung. Sie lösen daher bei betroffenen Patienten beträchtliche Angst aus:

"Die Patienten wußten bis zur Abfahrt nichts von ihrer Verlegung. Auch die meisten Schwestern erfuhren erst sehr spät davon. Vornehmlich werden Patienten verlegt, die von ihren Angehörigen aufgegeben werden oder die keine Angehörige mehr haben. Die Patienten reagieren zum Teil sehr heftig. Eine Patientin faßt die Verschickung als Strafe für eine Streiterei mit einer Mitpatientin auf, sie glaubt, daß man in der neuen Anstalt häufig geschlagen werde. Eine andere Patientin sieht in dieser Verlegung eine "Endstation". Die Schwestern sind zum Teil sehr betroffen und kritisieren das völlige Fehlen einer vorbereitenden Information und eines Mitspracherechts." (AF, 14/3-4)

Desorientierung entsteht möglicherweise auch aus der Instabilität der personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals. Sie resultiert einerseits aus der Art der Dienst-einteilung, andererseits aus dem Wechsel von Personal zwischen den Abteilungen und aus dem Neueintritt bzw. dem Abgang von Personal. In den Ausbildungsabteilungen ist die Instabilität durch die jährliche Rekrutierung von Schülern und die hohen Abgangsraten von Schülern im ersten Jahr sowie durch den ständigen Zustrom und Abgang potentieller Schüler besonders ausgeprägt.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach Information und Orientierung

1. Der durch Regeln akzeptierte Versorgungsbedarf ist äußerst eingeschränkt und völlig undifferenziert. Er benachteiligt von vornherein besonders behinderte Patienten, die nur geringe Chancen haben, sich in aktiver Kommunikation Orientierung zu beschaffen. Der akzeptierte Versorgungsbedarf berücksichtigt auch nicht die Umstände der Hospitalisierung wie die häufige zwangsweise Einweisung oder die besondere Empfindlichkeit bestimmter Patienten. Den Patienten werden somit Orientierungs-Leistungen aufgebürdet, die angesichts der den Patienten oftmals abgesprochenen Geistesgesundheit paradox überhöht erscheinen.
2. Die Bilanz der für die Patienten möglichen Bedürfnisbefriedigung fällt absolut negativ aus: Den Patienten werden keinerlei Informationen aktiv zur Verfügung gestellt, welche ihre Krankheitsverarbeitung oder die Eingewöhnung in das neue Milieu unterstützen könnten. Von Informationen über die Außenwelt sind die Patienten praktisch ausgeschlossen. Die Möglichkeiten zur Kommunikation mit dem Personal sind stark beschränkt, bedingt durch objektive Zwänge, situationsbedingte Interessen und subjektiv entgegenstehende Orientierungen auf seiten des Personals. Die Kommunikationsmöglichkeiten zu Außenwelt und Mitpatienten sind ebenfalls stark restringiert. Desorientierende Interaktionen sind häufig, ihre negativen Folgen werden vom Personal überwiegend nicht gesehen.

Die mangelnde Institutionalisierung von Informationsangebot und Kommunikationsmöglichkeit benachteiligt besonders motorisch behinderte oder beschränkte Patienten sowie autistisch zurückgezogene Patienten. Relativ bevorzugt sind alle Patienten, die den allgemein herrschenden Einschränkungen

des Kontakts zur Außenwelt nicht oder nur teilweise unterworfen sind.

Unterschiede in der Bedürfnisversorgung zwischen den Abteilungen entstehen nicht so sehr auf der Basis unterschiedlicher Versorgungspraktiken als vielmehr durch bedürfnismäßig differenzierende Patientenzusammensetzungen: größtenteils jüngere, relativ kurzfristig hospitalisierte Patienten in Abteilung AF bis zu mehrheitlich älteren, bettlägerigen, relativ lange hospitalisierten Patienten in Versorgungsabteilung VM.

Negative Folgen für die Patienten können in mehrfacher Hinsicht entstehen:

Informationsmangel in bezug auf Krankheit und Krankheitsbehandlung löst Verängstigung und Mißtrauen aus. Die durch eine zwangsweise Internierung entstehende Kooperationsunwilligkeit der Patienten wird dadurch verschärft, die Möglichkeit der Entwicklung einer tragfähigen Personal-Patient-Beziehung minimiert.

Informationsmängel über die Außenwelt leisten der Entstehung von Gleichgültigkeit und Entfremdung Vorschub. Die restringierten Kommunikationsmöglichkeiten fördern den Verlust von Fähigkeiten. Beide Prozesse beschleunigen die "Diskulturation" (GOFFMAN, 1972, 24) der Patienten und fördern die Binnenanpassung an eine isolierte Subkultur. Die durch Krankheit und langdauernde Hospitalisierung gefährdete Orientierung (Zeit, Ort) wird durch gängige Praktiken der Fehlinformation und besonders durch Verlegungen zusätzlich beeinträchtigt.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Kognitive Orientierungsbedürfnisse der Patienten wurden durch zwei Indikatoren in der vorgelegten Bedürfnisliste operationalisiert. Der Aspekt der Informationsbereitstellung wurde auf das zentrale Ziel des Krankenhauses hin formuliert: "Ausreichende und verständliche Information des Patienten über seine Krankheit, Therapie und Prognose". Der Aspekt des Schutzes vor Desorientierung wurde als "Schutz vor falschen und widersprüchlichen Informationen" operationalisiert (TABELLE 11):

TABELLE 11: Einschätzung der Befriedigungsgüte von Informations- und Orientierungsbedürfnissen durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren:

Indikator 1: Ausreichende und verständliche Information

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	31	57	34	43	-	-
eher schlecht/schlecht	62	43	39	42	50	43
gar nicht	7	-	27	15	50	57
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	eher niedrig	mittel	eher niedrig	eher niedrig	niedrig	niedrig

Indikator 2: Schutz vor falschen und widersprüchlichen Informationen

	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	47	59	60	71	-	7
eher schlecht/schlecht	47	27	20	29	90	64
gar nicht	6	14	20	-	10	29
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	mittel	mittel	hoch	niedrig	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*} : Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Die Befragungsergebnisse sind - gemessen an den Beobachtungen - durchwegs als positiv verzerrt einzuschätzen. Allerdings stimmen die Relationen, dies gilt sowohl für die günstigere Bewertung des Schutzaspektes im Vergleich zur Informationsbereitstellung als auch für das Verhältnis zwischen den Ausbildungsabteilungen (durchschnittlich bessere Versorgung in der Frauenabteilung). Wiederum weicht die durchschnittliche Einschätzung des Personals der Abteilung VM von der Einschätzung des Beobachters am stärksten in Richtung einer zu günstigen Beurteilung ab. Auffallend ist jedoch in dieser Abteilung der jeweils hohe Anteil in der Kategorie "gar nicht erfüllt", der auf das Vorhandensein einer besonders kritischen Minderheit im Pflegepersonal hinweist.

Sogar noch günstiger ist die Einschätzung des Personals der nicht beobachteten Versorgungsabteilung VF. Die Wahrnehmung der 1977 befragten Schüler dagegen steht mit den Beobachtungen weitgehend in Einklang, sowohl was das absolute Niveau als auch die Relation zwischen den Indikatoren betrifft. Lediglich beim Indikator "Informationsbereitstellung" steht die fast identische Auffassung der männlichen und weiblichen Schüler im Gegensatz zur beobachteten besseren Versorgung in der Frauen- gegenüber der Männer-Ausbildungsabteilung.

2. 3. 2 Befriedigung des Bedürfnisses nach Realisierung eines positiven Selbstbildes: Akzeptiertwerden-Möglichkeiten der Selbstdarstellung - Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

Die Prozesse, mit denen das Selbstbild von Insassen in totalen Institutionen erschüttert oder verändert wird, sei es absichtlich oder unabsichtlich, sind im klassischen Werk "Asyle" von GOFFMAN detailliert beschrieben worden (1972, 24 - 77). Demütigungen, körperliche Bloßstellungen und die Auflösung des Intimbereiches (ebd., 27 ff) sind jene Methoden, welche die Handhabung vieler Insassen durch wenig Personal erleichtern. Der Entzug von üblichen Mitteln der Informationskontrolle und Selbstdarstellung führt beim Patienten zur Behauptung letzter Reste von Selbstbestätigung in Form des "Unterlebens der Anstalt", zur Schaffung und Ausnützung von Freiräumen und Kontrolllücken (ebd., 202 ff). Zugleich werden Reaktionen der Patienten auf das Krankenhaus hervorgerufen, die einer Entlassung entgegenwirken, wie Rückzug, Auflehnung oder Gewöhnung an anstaltsspezifische Gegebenheiten als Quelle von Befriedigungen (ebd., 65 ff).

Die Komponente der Selbstdarstellung und Selbstbestätigung als vollwertiger erwachsener Mensch ist in vielen der Indikatoren enthalten, die von WING & BROWN (1970, 42 f) und von KUNZE & KUNZE-TURMANN (1976, 107 f) zur Einschätzung von psychiatrischen Einrichtungen herangezogen werden. Ein effektiver Schutz vor Entpersönlichung ist aber auch an bestimmte materielle Mindestausstattungen gebunden, welche die Aufrechterhaltung eines persönlichen Intimbereiches gestatten (FINZEN & KLUGE, 1974, 130 ff).

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der Spitalshausordnung wird der Patient als ein Empfänger von Dienstleistungen definiert, der persönliche Präferenzen während des Spitalsaufenthaltes weitgehend zurückzustellen hat (vgl. den "Geist" der bisher zitierten Paragraphen). Dieser aufgezwungene Status und das darin implizierte Patientenbild tritt umso stärker in Widerspruch zum Selbstbild eines Patienten, je weniger er körperlich beeinträchtigt ist oder je länger sein Krankenhausaufenthalt andauert. Beide Bedingungen aber sind bei vielen psychiatrischen Patienten erfüllt.
- b) Im Krankenanstaltengesetz findet sich keine diesbezügliche Normierung.
- c) Die "Charta des Patienten" des Bundesministeriums für Gesundheit enthält das "Recht auf Anerkennung der Mündigkeit", worunter u. a. "die Unverletzlichkeit der Persönlichkeit und der menschlichen Würde" verstanden wird. Explizit wird auch ein "Recht auf Höflichkeit der Betreuer, Ärzte und Schwestern" statuiert.

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Akzeptiertwerden

Die in unserer Gesellschaft allgemein akzeptierte Norm des freundlichen und höflichen Umganges mit Klienten, zu welcher sich Krankenhäuser in Anbetracht des Leidens ihrer Patienten besonders nachdrücklich bekennen, wird auch gegenüber den hier betroffenen psychiatrischen Patienten als gültig anerkannt. Sie ist insofern abgewandelt und auf noch breiterer Basis definiert, als sie unabhängig vom aktuellen Verhalten des Patienten, der als nicht für sein

Verhalten verantwortlich bezeichnet wird, angewendet werden soll.

(3. 2) Möglichkeiten der Selbstdarstellung

Dieser Bedürfnisaspekt ist nicht explizit akzeptiert, ist vielmehr durch eine Reihe anderer Regelungen in gravierendem Ausmaß einschränkend betroffen. So durch das weitgehende Verbot der Benützung privater Utensilien wie z. B. Kleidung, durch das Verbot der persönlichen Umweltgestaltung, durch die Reglementierung des Tagesablaufes und der Bewegungsfreiheit, durch die weitgehende Beschränkung selektierender und selbststeuernder Bedürfnisbefriedigung u. a. m.

(3. 3) Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung

Der Schutz vor negativer Bewertung findet institutionelle Akzeptierung im Verbot des Beschimpfens, Neckens oder gar der physischen Gewaltanwendung gegenüber Patienten. Allerdings gibt es Formen der legitimen Degradierung, nämlich die verschiedenen Formen der Beschränkung, welche ärztlich angeordnet bzw. bestätigt werden müssen und ihre prinzipielle Rechtfertigung in der Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten finden.

Schutz vor entpersönlichem Umgang ist nicht thematisiert.

(a. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Akzeptiertwerden

Akzeptiertwerden durch Interaktionspartner des Krankenhauspersonals:

Das ärztliche Personal pflegt durchschnittlich einen distanziert-freundlichen Umgang mit den Patienten.

Die vorgenommenen Bewertungen der Patienten beziehen sich

fast ausschließlich auf deren Krankheitsverhalten. Einsicht, Fügsamkeit, Akzeptierung der vorgeschriebenen therapeutischen Maßnahmen werden positiv bewertet. Die Patienten richten ihre Selbstdarstellung dementsprechend ein:

"Bei den Visiten verlaufen viele Arzt-Patient-Kontakte völlig stereotyp, d. h. auf die gleichen Fragen kommen immer wieder die gleichen Antworten. Die Patientin E. kommt den Fragen schon zuvor: 'Mir geht es gut, ich war brav, ich habe gegessen, ich habe niemanden geschlagen.' - Der Arzt: 'Stimmt das auch wirklich?'" (AF, 43/3)

Positive Bewertungen der Patienten erfolgen nur durch eine Minderheit des Pflegepersonals, in der Frauenabteilung sind sie häufiger als in den Männerabteilungen. Im allgemeinen herrscht eine distanzierte Haltung vor, auch negative Bewertungen sind häufig. Sie treffen vornehmlich jene Patienten, die den Routinebetrieb durch ihre individuelle Betriebsamkeit stören. Positive Bewertungen bzw. die Abwesenheit negativer Bewertungen prämiieren folgerichtig am ehesten gelungenen Anpassungen und Wohlverhalten. Die Persönlichkeit des Patienten wird so reduziert auf die Ausfüllung einer bürokratisch definierten Patientenrolle, wobei das Störpotential zur relevantesten Dimension des Rollenverhaltens wird. Die "Begrüßung" einer neuangekommenen Patientin veranschaulicht dies:

"Es wird eine Patientin überwiesen, die aus dem 3. Stock eines Hauses springen wollte. Sie wird mit dem Kommentar: 'Wieder eine, auf die wir aufpassen müssen' ins Gitterbett gebracht.

Allen neu aufgenommenen Patienten werden Puls und Temperatur gemessen, dann überläßt man sie sich selbst." (AF, 15/4)

Die differentielle Behandlung von Patienten bei der Routineversorgung, besonders aber bei nicht routinemäßig erfolgten Gefälligkeiten, bringt die Existenz dieser Bewertungskriterien ebenfalls deutlich zum Ausdruck:

"Patient S. will rauchen. Er bittet um Feuer, Pfleger P., der gerade vorbeikommt, sagt: 'Für dich nicht.' Der Patient gilt allgemein als 'schwierig'." (VM, 5/9)

Positive Bewertungen werden eher psychisch unauffälligen, körperlich Kranken und alten Patienten - vor allem in den Ausbildungsabteilungen - zuteil. Es ergibt sich so die paradoxe Situation, daß gerade die psychisch schwer gestörten, sozial auffälligen Patienten in einer psychiatrischen Institution am ehesten diskriminiert werden.

Akzeptiert werden durch Mitpatienten:

Für die Situation der in diese Untersuchung einbezogenen Patienten gelten in besonders hohem Ausmaß die Kennzeichen der Konflikt- und Organisationsunfähigkeit (OFFE, 1972). Von seiten der Institution gibt es keine Versuche, Prozesse wechselseitiger Gratifikation bei den Patienten in Gang zu setzen, eher werden manifeste Solidarisierungen unterbunden.

Die Orientierung an der Verbesserung der eigenen Situation steht für die meisten Patienten eindeutig im Vordergrund. Die Übernahme der Bewertungen des mächtigeren Personals gegenüber Mitpatienten ist somit nur folgerichtig. Der Abgrenzung gegenüber "Verrückten" und der besonderen Ablehnung von aggressiven und störenden Patienten stehen positive Bewertungen für Patienten gegenüber, die freigiebig ihre Zigaretten, Süßigkeiten und dergleichen an andere weitergeben, und für Patienten, sie sich einen gewissen Status - etwa als Hausarbeiter - erworben haben.

Akzeptiert werden durch Angehörige:

Bei weitem nicht alle Patienten werden regelmäßig besucht. Besonders niedrig ist die Besuchsfrequenz in Abteilung VM. Auf verschiedene Faktoren, welche die Besuchsfrequenz ungünstig beeinflussen, wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen (vgl. 2. 3. 1).

Obwohl die meisten Familienangehörigen sehr wesentlich zur Erhaltung eines positiven Selbstwertgefühls der Patienten

beitragen, sind sie doch aufgrund ihrer geringen Einbeziehung in den therapeutischen Prozeß bzw. aufgrund bestehender Vorurteile und damit verbundener Schuld- und Schamgefühle leicht bereit die Interessen der Institution gegenüber dem Patienten zu übernehmen und ihn zum Wohlverhalten und Zusammennehmen anzuhalten. Dazu ein veranschaulichendes Beispiel:

"Die Mutter der Patientin E. appelliert an diese, sich einer E-Schock-Therapie zu unterziehen, dem Arzt zu vertrauen, sonst sei sie 'ganz verloren'". (AF, 3/19)

Indirekte Bewertungen des Patienten:

Die Art der Umweltgestaltung (vgl. 2. 2. 6) und die Art der Befriedigung elementarer Bedürfnisse signalisiert den Patienten ihren deklassierten Status in der Institution bzw. in der Gesellschaft in unübersehbarer Weise. Versperrte Türen, Fehlen von Schnallen, Vergitterungen, die Ärmlichkeit der Ausstattung, die Unterbindung jeder Selbstversorgung und vieles andere mehr vermitteln den Patienten die ihnen von der Institution zugeschriebenen Persönlichkeitszüge.

(4. 2) Möglichkeiten der Selbstdarstellung

Die Patienten erfahren eine drastische Einschränkung ihrer Selbstdarstellungsmöglichkeiten. Sie dürfen fast keine persönlichen Gegenstände behalten, Ausnahmen werden am ehesten in der Frauen-Abteilung AF gemacht, wo beispielsweise Toilettartikel behalten werden dürfen. Die Patienten haben keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten ihrer unmittelbaren Umwelt. Sie haben auch geringe Möglichkeiten, ihr persönliches Aussehen zu beeinflussen; wieder finden sich Ausnahmen am ehesten in Abteilung AF. Dort gibt es zum Teil Privatkleidung, auch Schminken ist gestattet.

Im Alltagsleben mögliche und übliche Formen der Selbstdarstellung wie die Äußerung von Präferenzen, das Fällen von Entscheidungen, die Äußerung von Gewohnheiten und Neigungen z. B. beim Essen, Schlafen, bei der Tageseinteilung und Freizeitgestaltung sind extrem beschränkt. Die Dienstleistungen der Institution werden weitgehend ohne Berücksichtigung individueller Besonderheiten verabreicht. Durch den Zwang zur Untätigkeit und Passivität ist auch eine Demonstration von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten fast unmöglich (vgl. 2. 3. 4).

Die geringe Kommunikationsdichte zwischen Personal und Patienten einerseits und innerhalb der Gruppe der Patienten andererseits und das Fehlen institutionalisierter Kommunikationsmöglichkeiten gibt den Patienten nur wenig Gelegenheit, ihre Lebensgeschichte, ihre Krankheitsgeschichte und die Betroffenheit durch ihre gegenwärtige Lebenssituation einzubringen. Versuchte Rechtfertigungen der Patienten werden häufig mit dem Hinweis auf "Selbstverschuldung" moralisierend abgewertet. Die Glaubwürdigkeit der Patienten - besonders wenn diese sich eher negativ über ihre derzeitige Lage äußern - wird angezweifelt. Neueintretende Pflegepersonen werden einem Sozialisationsprozeß in der Bewertung von Patienten unterworfen, in dem u.a. gelernt wird, den Stellenwert von Patientenaussagen gering einzuschätzen.

Dafür zwei Beispiele:

"Die Schwestern entwerten Aussagen der Patienten mit der stereotypen Empfehlung: 'Man muß nicht alles glauben, was die Patienten sagen.' Die Patienten äußern daher auch oft das Gefühl des Unverstandenseins. Eine Patientin: 'Ich red gegen Wände, man glaubt mir nichts.'" (AF, 2/17)

"Ich versuche manchmal, Äußerungen von Patienten an Pfleger weiterzugeben. Typische Antwort darauf: 'Sie dürfen, was die Patienten sagen, nicht für bare Münze nehmen. Seien Sie nicht naiv, was die Patienten sagen, ist alles ein Unsinn. Sie können sich das anhören, wenn Sie lustige Sachen hören wollen.'" (AM, 2/34)

Patienten, die sich allzu aufdringlich durch Bitten, Beschwerden oder permanente Störungen bemerkbar machen, werden negativ sanktioniert oder bedroht. Angepaßtere Formen der Selbstdarstellung sind die Entwicklung bestimmter Eigenheiten, wie etwa das Beharren auf angestammten Plätzen.

(4. 3) Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung

Kränkungen der Patienten kommen außerordentlich häufig vor. Die Verletzung des Selbstwertgefühls erfolgt einerseits über verschiedene Formen der körperlichen und persönlichen Bloßstellung. Unmittelbar sichtbar manifestiert sich diese in der fortwährenden Durchbrechung von Intimitätsschranken in einem Ausmaß, das über das im Krankenhauskontext übliche und zum Teil notwendige Maß weit hinausgeht. Der niedrige Status psychiatrischer Patienten findet darin eine Bestätigung. Die dauernde Beobachtbarkeit und das Fehlen von Rückzugsmöglichkeiten - etwa bei Besuchen - schaffen jegliche Privatsphäre ab ("Sichtgemeinschaft" - FINZEN & KLUGE, 1974, 131). Die sonst üblichen Formen der Kontrolle von Informationen über die eigene Person sind dem Patienten entzogen.

Exemplarisch zeigt sich diese Umgangsweise in der Art der Abhaltung von Gerichtskommissionen - eine Institution, die zum Schutze des Patienten vor ungerechtfertigter Internierung seit 1916 gesetzlich vorgeschrieben ist (Entmündigungsordnung). Die Patienten werden in teilweise entwürdigender Weise einem Test ihrer verbliebenen Fähigkeiten unterzogen, wobei das ganze Arrangement dem Patienten die Beweislast auferlegt. Fragen zur zeitlichen, örtlichen, zeitgeschichtlichen Orientierung stehen zudem in krassem Widerspruch zu den Orientierungsmöglichkeiten der Patienten (2. 3. 1). Die Kränkbarkeit der Patienten durch solche Vorgänge wird in der Institution überwiegend bestritten.

Die hauptsächliche Ursache der Verletzung des Selbstwertgefühls der Patienten besteht aber in verschiedensten Formen abwertenden sozialen Umgangs durch einzelne Betreuungspersonen. Die Verletzung alltäglicher Höflichkeitsregeln durch Verwendung von Vornamen und Du-Ansprachen ist noch die mildeste Form der Abwertung. Mehr oder weniger direkte Formen des Neckens und Provozierens, Beschimpfen und Absprechen von Bedürfnissen, von Präferenzen und Fähigkeiten sowie offene Bedrohung und Erzwingung angepaßten Verhaltens kommen nicht selten vor und gehören vor allem in den Männerabteilungen zum typischen Umgangsstil einer Minorität des Pflegepersonals. Dazu einige Illustrationen:

"Einer der Patienten (D.) ist sehr leicht provozierbar. Pfleger A. wirft ihm beim Vorbeigehen einen Polster an den Kopf. Der Patient schreit: 'Warum, warum, nicht berechtigt, was hab ich getan?' Das war der Anlaß zu einer immer stärker werdenden Erregung von D., der schließlich im Gitterbett gelandet ist." (AM, 2/8)

"Als Pfleger D. mit den Medikamenten zu Patient L. kommt, verlangt er, daß sich dieser aufsetze. L. sagt, das ginge genauso gut liegend. D.: 'Du verweigerst also die Medikamenteneinnahme.' - L.: 'Ich möchte sie lediglich wie immer.' - D.: 'Ich werde bei der Visite melden, daß Du hier unhaltbar bist.'" (VM, 23/2)

"Während einer Pause am Nachmittag kommt Patient M. an den Pflegern vorbei. Er ist mit einem grauen Anzug aus grobem Stoff bekleidet, der am Rücken vom Pflegepersonal geschlossen werden muß. Pfleger W., der gerade auf einem Rollstuhl saß, packt den Patienten am Gewand und läßt sich von ihm durch den Saal ziehen. Dabei dirigiert er den Patienten wie ein Kutscher sein Pferd." (VM, 31/6)

Bei offener Auflehnung des Patienten kann es zu Reaktionsweisen der physischen Überwältigung und Beschränkung kommen. Diese werden als scheinbar rationale und emotionslose Antwort auf irrationales Verhalten gerechtfertigt.

Neuaufgenommenen Patienten wird manchmal gleich zu Anfang der ihnen zugeschriebene Status deutlich gemacht:

"In der Mittagszeit werden drei Neuzugänge gebracht. Sie sind sämtlich bettlägrig. Pfleger P. und Hausarbeiter A., die sich rüstige, eventuell als Hausarbeiter einzusetzende Patienten erwartet haben, reagieren aggressiv und beschimpfen die neuangekommenen Patienten mit 'Trotteln' und ähnlichen Schimpfworten." (VM, 47/6)

"Patient S. (Diagnose Alkoholismus) wird auf einer Bahre gebracht. Er wurde erst vor drei Wochen von dieser Abteilung entlassen. Er ist zusammengeschlagen auf der Straße aufgefunden worden. Sein Gesicht ist zerschunden, sein Auge verwundet. Als Pfleger P. ihn erblickt, ruft er aus: 'Der gehört ja angezündet.' Alle Pfleger versammeln sich um den Patienten und verhöhnen und beschimpfen ihn. Pfleger X. kommt und hält dem Patienten eine Moralpredigt. Für einen Patienten wie er es sei, sei jeder Schilling zu schade. U.a. gebraucht er die Worte: 'So einer gehört vertilgt.'" (VM, 10/5)

Damit werden - besonders gegenüber bestimmten Patienten-Typen - Vorurteile wiederholt, die auch außerhalb der Anstalt bestehen. Was bestürzt ist, daß professionell ausgebildete Personen sich gegenüber Patienten in einer schutzlosen Situation in dieser extremen Form äußern.

Die Patienten stehen diesen Kränkungen weitgehend schutzlos gegenüber. Die ihnen zugeschriebenen Attribute - Verrücktheit, Verwirrung und Realitätsverkennung entwerten die Glaubwürdigkeit eventueller Beschwerden bei Angehörigen, Ärzten und Chargen. Die örtliche Einschränkung und die dauernde Beobachtbarkeit gestatten nur zu einem geringen Teil die Selektion von bestätigenden und die Meidung von verletzenden Interaktionspartnern. Viele Patienten manövrieren sich auch über verbale und physische Gegenwehr in die Rolle "einladender" Degradierungsopfer (GARFINKEL, 1974). So verbleiben als einzige wirksame Möglichkeiten der Bewahrung des Selbstwertgefühls weitgehende Unauffälligkeit und innerpsychische Distanzierung.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach Realisierung eines positiven Selbstbildes

1. Die Respektierung von Würde und Persönlichkeit der Patienten gehören zu den abstrakt-humanistischen Werten der Institution Krankenhaus. Freundlicher Umgang mit den Patienten besteht als eher unverbindliche Norm, Degradierungen wie Beschimpfen, Necken und Schlagen sind explizit verboten. Die Wichtigkeit von Selbstdarstellungen wird normativ nicht besonders anerkannt, auch mögliche Kränkungen des Patienten durch körperliche und soziale Bloßstellungen werden nicht für regelungsbedürftig gehalten.

2. Die abstrakt-humanistischen Werte auf der Zielebene der Patientenversorgung haben für die alltägliche Situation der Patienten geringe Bedeutsamkeit. Positive Bewertungen durch das Personal sind selten und einseitig auf Anpassung ausgerichtet. Primär somatisch erkrankten, älteren Patienten - einer wahrscheinlich zu einem beträchtlichen Teil im Psychiatrischen Krankenhaus fehlplazierten Gruppe - wird am ehesten eine freundliche Behandlung zuteil.

Selbstdarstellungen der Patienten sind drastisch eingeschränkt, die Patienten werden zu gleichgeschalteten und passiven Empfängern von Dienstleistungen gemacht. In Abteilung AF gibt es einige wenige Ansätze von Selbstdarstellungsmöglichkeiten.

Kränkungen der Patienten kommen außerordentlich häufig vor, wobei wiederum die Frauenabteilung positiv abweicht. Einige dieser abwertenden Umgangsformen widersprechen sogar den explizit festgelegten Normen. Die Schutzlosigkeit und das Ausgeliefertsein der Patienten verschärfen die Situation. Besonders "bevorzugte" Opfer solcher Degradierungen sind auffällige, skurile und leicht provozierbare Patienten.

Mögliche Konsequenzen sind:

- eine Verstärkung des bereits vor oder durch die Hospitalisierung erlittenen Defizites an positiven Bewertungen und eine Beschleunigung des drohenden Selbstwertverlustes durch fortgesetzte Kränkungen im Krankenhaus
- die Entstehung und Förderung von Hospitalismusschäden durch die Verunmöglichung von persönlicher Selbstdarstellung und die Erzwingung von Anpassung oder Rückzug
- die Erschwernis bis Verunmöglichung eines therapeutischen Zugangs zu den Patienten sowie des Aufbaues einer therapeutischen Kooperationsbasis
- damit insgesamt eine Reduktion der Heilungs-, Besserungs- und Rehabilitationschancen.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Beide für dieses Bedürfnis formulierten Indikatoren beziehen sich auf den Schutz vor Selbstwertverminderung. "Schutz vor herablassender und abfälliger Behandlung" ist ein in Anbetracht der wissenschaftlichen, journalistischen und literarischen Berichte über entwürdigende Umgangsformen mit den Insassen psychiatrischer Krankenhäuser (z.B. GOFFMAN, 1972; FISCHER, 1969; KOFLER, 1978) gerechtfertigter Indikator.

"Respektierung von Intim- und Privatsphäre" thematisiert die in vielen medizinischen Institutionen alltäglichen Formen der "Bloßstellung", welche in psychiatrischen Anstalten aufgrund des niedrigeren Status der Patienten eine noch höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens besitzen.

Bezüglich der Ergebnisse (TABELLE 12) ist anzumerken, daß der durch die Befragten der Beobachtungsabteilungen durchschnittlich zugeschriebene Befriedigungsgrad verglichen mit den Beobachtungserfahrungen als zu hoch angesehen werden muß. Dies gilt insbesondere für den "Schutz vor herablassender und abfälliger Behandlung". Offenbar werden die Verletzungen dieser institutionell akzeptierten und vor allem für das Pflegepersonal gültigen Norm zum Teil aus dem Bewußtsein verdrängt, zum Teil vielleicht auch gar nicht mehr wahrgenommen. Aber auch die "Respektierung von Intim- und Privatsphäre", die durchschnittlich von der Hälfte der Befragten in den beobachteten Abteilungen als positiv erfüllt wahrgenommen bzw. mitgeteilt wird, ist nach den Beobachtungen völlig unzureichend erfüllt.

Die Relation zwischen den Ausbildungsabteilungen - bei einer günstigeren Situation bei den Frauen - entspricht den Beobachtungen. Besonders stark beschönigend ist die Einschätzung des Personals der Versorgungsabteilung VM.

Die noch positivere Wahrnehmung durch das Personal von VF weist auch für die Versorgungsabteilungen auf ein Frauen-Männer-Gefälle in der realisierten Befriedigungsgüte hin. Absolut betrachtet ist allerdings auch für diese Abteilung eine generelle Überschätzung anzunehmen.

Am besten mit den Beobachtungen im Einklang stehen wiederum die Bewertungen der 1977 befragten angehenden Diplompfleger bzw. -schwestern. Dies gilt sowohl für die gleichermaßen ungünstige Einschätzung beider Bedürfnisindikatoren, als auch für die geringfügig bessere Beurteilung in Frauenabteilungen.

TABELLE 12: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach einem positiven Selbstbild durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Schutz vor herablassender und abfälliger Behandlung

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	59	77	83	93	10	21
eher schlecht/schlecht	36	23	17	7	60	65
gar nicht	5	-	-	-	30	14
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	hoch	hoch	hoch	niedrig	niedrig

Indikator 2: Respektierung von Intim- und Privatsphäre

	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	41	53	47	65	10	14
eher schlecht/schlecht	47	30	40	14	60	55
gar nicht	12	17	13	21	30	29
	100	100	100	100	100	100
	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	eher niedrig	mittel	mittel	mittel	niedrig	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*} : Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

2. 3. 3 Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen: Emotionale Zuwendung - Kontaktmöglichkeiten - Schutz vor Verlust wichtiger Beziehungen

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Befriedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatrischen Literatur

Die hervorragende Wichtigkeit der Erhaltung persönlicher Beziehungen zu Personen der Außenwelt zur emotionalen Stabilisierung und Außenorientierung des Patienten ist in der modernen Sozialpsychiatrie unumstritten. Die Forderung nach "gemeindenaher Psychiatrie" (PÖRKSEN, 1974) gründet sich auf die nachgewiesene Schädlichkeit der Isolation in der abgelegenen Subkultur psychiatrischer Anstalten. Dadurch erst wird auch die als notwendig erachtete Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen und rehabilitativen Prozeß möglich (KATSCHNIG, 1977).

Die den Patienten zugestandenen Kontaktmöglichkeiten sind daher auch für die Einschätzung der soziotherapeutischen Orientierung der psychiatrischen Anstalten von primärem Interesse (KUNZE & KUNZE-TURMANN, 1975, 108):

Flexible Besuchszeiten, ungeöffnete Aushändigung eingehender Post, Absendung von Post durch den Patienten selbst oder deren verschlossene Abgabe, Möglichkeiten ungestört zu telefonieren und die Möglichkeit auf der Station angerufen zu werden sind Elemente einer solchen Ausrichtung.

Zudem ist in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden, daß die bestehenden persönlichen Beziehungen zwischen Patienten und Personal sowie innerhalb der Patienten im traditionellen Anstaltsmilieu zwiespältig und problematisch sind (z. B. GOFFMAN, 1972, 18 f, 64 ff).

In der "geschlossenen emotionalen Welt" (COHEN & TAYLOR, 1972, 60 ff) einer solchen Anstalt gedeihen Feindseligkeiten, Mißtrauen und wechselseitige Stereotypisierungen.

Die Entwicklung partnerschaftlicher und solidarischer Sozialbeziehungen, welche eine unerläßliche Voraussetzung für die Anwendung psycho- und sozialtherapeutischer Therapieverfahren sind, erfordert die Umstrukturierung psychiatrischer Abteilungen im Sinne "therapeutischer Gemeinschaften" (KRÜGER, 1975). Grundelemente einer solchen sind die Gemischtgeschlechtlichkeit von Stationen und Veranstaltungen sowie verschiedene institutionalisierte Kommunikationsmöglichkeiten für Patienten und Personal.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) Aus den Formulierungen der gültigen Spitals-Hausordnung gewinnt man im wesentlichen den Eindruck, daß Besucher als Störfaktor erlebt werden:

"Krankenbesuche und der Aufenthalt im Anstaltsgebiet sind in der Regel nur während der festgesetzten Besuchsstunden gestattet. Es sollen nie mehr als zwei Besucher gleichzeitig am Krankenbett weilen. Das Sitzen der Besucher auf den Betten ist nicht gestattet. Kinder unter 14 Jahren dürfen nur ausnahmsweise und mit besonderer Genehmigung des Abteilungsvorstandes die Krankenabteilungen und das Anstaltsgebiet zu Besuchszwecken betreten. Wenn es der Gesundheitszustand des Pfleglings erfordert, kann vom Abteilungsvorstand hinsichtlich Personen und Zeit eine Besuchsbeschränkung oder ein gänzlich Besuchsverbot angeordnet werden. Falls es das Interesse der Krankenpflege oder des ärztlichen Dienstes erfordert, haben die Besucher auf Weisung des Arztes oder der Schwester das Krankenzimmer zu verlassen. Außerordentliche Besuche bei den Pfleglingen in der Zeit bis längstens 20 Uhr bedürfen der besonderen Bewilligung des Abteilungsvorstandes bzw. des diensthabenden Arztes." (§ 13)

- b) Im Krankenanstaltengesetz ist die antitherapeutische Isolation zweifach legitimiert:

Als Aufnahmeweise wird u. a. die "Absonderung" von Kranken angeführt (§ 37, 2). Zwangsweise Angehaltene können jederzeit ohne spezifische Begründung "Beschränkungen im Verkehr mit der Außenwelt" unterworfen werden, die auch nicht weiter kontrolliert werden (§ 51, 1).

- c) Die oberste österreichische Gesundheitsbehörde, das Bundesministerium für Gesundheit bekennt sich in einem Merkblatt für psychisch erkrankte Personen und deren Angehörige nachdrücklich zu einer neuen Rolle der Angehörigen.

"Die Mitarbeit der Angehörigen ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung ... Der Kontakt zum Angehörigen ... ist für die Genesung des Kranken mindestens ebenso wichtig wie die persönliche Betreuung des Kranken durch Arzt und Therapeuten." ("Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus")

Auch in der allgemeiner gehaltenen "Charta des Patienten" derselben Behörde wird das Recht auf Kontakt mit Menschen der gewohnten Umgebung nachdrücklich betont. Die ungünstige Auswirkung der Isolation von relevanten Bezugspersonen wird auch hier als direkte Beeinträchtigung der Genesung betont. Daher "sollte der Patient im Kontakt mit der Außenwelt bleiben. Er kann Besuche empfangen, Post erhalten und aufgeben, telefonieren."

Die Widersprüche zwischen deklarierten Rechten und faktischen Gesetzesbestimmungen in Österreich sind also gewaltig. In der psychiatrischen Versorgung ist die Gefahr besonders groß, daß dieser Widerspruch durch eine rigide Anwendung von normativen Bestimmungen verschärft wird.

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Emotionale Zuwendung

Nicht als Bedarf definiert.

(3. 2) Möglichkeiten zu persönlichen Kontakten

Die Einrichtung der Besuchszeiten ist wohl primär auf die Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen zu Angehörigen und Freunden ausgerichtet. Andere Kontaktformen mit Personen der Außenwelt unterliegen für alle Patienten, welche die Abteilung nicht verlassen dürfen, einer institutionellen Kontrolle, so z. B. Briefwechsel und Telefonieren. Die Möglichkeit zur Herstellung von persönlichen Beziehungen zu anderen Patienten wird durch die Vorschrift der Gleichgeschlechtlichkeit der Patienten einer Abteilung und durch die verschiedenen Regeln der Bewegungseinengung stark begrenzt.

(3. 3) Schutz vor Verlust wichtiger persönlicher Beziehungen und vor beeinträchtigenden sozialen Beziehungen

Diesbezüglich ist kein Bedarf definiert.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Emotionale Zuwendung

Nur ein Teil des Pflegepersonals wendet sich den Patienten in einer persönlichen Weise zu. Persönliche Zuwendung wird am ehesten in der Frauenabteilung AF während der Pflege realisiert. Die Schwestern äußern sowohl Interesse für das momentane Befinden als auch für das Lebensschicksal der meisten Patientinnen. Allerdings sind die Interaktionsformen auch hier eher stereotyp.

Manche Pflegepersonen allerdings wollen keine Überwindung der sozialen Kluft und des sozialen Machtgefälles zu den Patienten, vielen mangelt es auch an Kompetenzen und sie passen sich daher nicht ungern den allgemein verbreiteten Umgangsformen an. Von seiten der Ärzte und Chargin wird die Kluft zwischen Pflegepersonal und Patienten häufig noch zusätzlich verstärkt:

"Pfleger D. tauscht mit Patient B. Zigaretten aus. Ein Arzt teilt ihm daraufhin mit, daß es nötig sei, eine strenge Trennung zwischen Pflegern und Patienten aufrechtzuerhalten." (AM, 30/3)

"Ein Charge sanktioniert Pfleger, die ihre Schlüssel irgendwo vergessen mit dem Satz: 'Ein Pfleger ohne Schlüssel ist ein Patient.'" (AM, 3/10)

Eine häufig beobachtbare Form der Abwehr von persönlichen Beziehungen stellt die Etikettierung einzelner Patienten dar, die neueintretenden Pflegern bzw. Schwestern demonstrativ vermittelt wird. Die Beziehungen zwischen Personal und Patienten werden somit auf wenige stereotype Interaktionen "eingefroren". Die durch die Dienstenteilung geschaffene Diskontinuität des Kontaktes mit den Patienten erleichtert derartige Distanzierungsstrategien.

Persönliche Zuwendung von seiten der Ärzte ist ebenfalls kaum zu beobachten. Die meisten Ärzte pflegen einen affektiv-neutralen Umgangsstil und halten sich nur zur Durchführung unerläßlicher ärztlicher Aufgaben (Visite, Spritzen und Infusionen) im Krankensaal auf.

In besonderer Weise benachteiligt sind Patienten in akuten Krisen wie etwa bei depressiven Verstimmungen. Sie erfahren keine persönliche Zuwendung, es wird an sie bestenfalls moralisch appelliert, sie werden auch medikamentös ruhig gestellt oder verbal eingeschüchtert, sobald ihre Krisen zu große Störqualität annehmen.

(4. 2) Möglichkeiten zu persönlichen Kontakten

Die Möglichkeiten der Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen zu Personen der Außenwelt sind auf die genau festgelegten Besuchszeiten (viermal wöchentlich zwei Stunden) beschränkt.⁺

In dieser zeitlichen Festlegung und Begrenztheit drückt sich die Dominanz betrieblich-organisatorischer Interessen

⁺ Die Besuchszeiten wurden nach einer öffentlichen Vorstellung dieser Studie erweitert und zum Teil in die Abendstunden verlegt.

über Patientenbedürfnisse aus. Es wird versucht, die Störbarkeit der Arbeitsabläufe zu minimieren. Derartige Einschränkungen lassen sich aber umso schwerer rechtfertigen, je länger die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus ist.

Von der Institution ausgehende Bemühungen der Aufrechterhaltung bzw. Anhebung der Besuchsfrequenz sind nicht vorhanden. Zu den Besuchsbedingungen ist noch zu bemerken, daß die Patienten kaum eine Möglichkeit haben, mit ihren Besuchern in einer intimen Atmosphäre zu kommunizieren, mit Ausnahme von Patienten, welche mit ihren Besuchern die Abteilung zu einem Spaziergang verlassen können. Die Bedingungen sind unter den räumlichen Voraussetzungen der Abteilung VM am ungünstigsten.

Wie bereits ausgeführt, haben Patienten ohne Ausgangsgenehmigung keine Möglichkeiten zu telefonieren oder Telefonate zu empfangen. Sie haben auch keine Sicherheit, daß ihre Post abgeschickt wird, geöffnet wird sie in der Regel jedenfalls. Eingehende Post wird ebenfalls zumeist geöffnet, manchmal den Patienten auch vorenthalten (vgl. auch 2. 3. 1).

Wie an anderer Stelle ausgeführt, gibt es eine große Zahl nicht (mehr) besuchter Patienten (vgl. 2. 3. 1). Es gibt keine institutionellen Anstrengungen, diesen Patienten die Herstellung neuer persönlicher Kontakte zu Personen der Außenwelt zu erleichtern.

Die Möglichkeiten zu persönlichen Kontakten mit anderen Patienten sind durch die für den großen Teil der Patienten bestehende rigorose Eingrenzung des Lebensraumes und damit der Interaktionspartner erschwert. Selbst die wenigen verbliebenen Interaktionsmöglichkeiten werden von manchen Pflegepersonen

unterbunden:

"Pfleger G. hält 'seinen' Saal penibel in Ordnung. Er duldet keine Patienten aus anderen Sälen, nicht einmal innerhalb des Saales gestattet er Patienten-Treffen. U. a. sagt er zu einem Patienten: 'Ein Patient hat nichts am Bett eines anderen Patienten zu suchen, dafür sind wir Pfleger zuständig.'" (VM, 16/6)

Lediglich für Personen, welche die Abteilungen verlassen dürfen, ergeben sich überhaupt Möglichkeiten gemischtgeschlechtlicher Kontakte. In bezug auf beide Gruppen von Patienten ist jedoch das Fehlen institutioneller Bemühungen zu konstatieren, etwa in Form von organisierten Gruppen oder geselligen Veranstaltungen persönlich-menschliche Begegnungen zwischen Patienten zu ermöglichen bzw. zu fördern. Die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Entstehung solcher Beziehungen ist zumindest für jene Patienten, die in den Abteilungen ständig mit einer bestimmten Gruppe von Mitpatienten auf kleinem Raum zusammenleben, aus verschiedenen Gründen gering. Welche subjektiven Erfahrungen der Solidarisierung von Patienten entgegenstehen, illustriert folgendes Gespräch zwischen zwei Patienten:

"Patienten-Hausarbeiter A. soll Patient C. zum Tisch des Wachsals 1 bringen. C. hat Angst vor dem Gehen. Bittend sagt er zu A.: 'Du bist mein Freund.' Darauf A.: 'Ich bin nicht Dein Freund, hier gibt es keinen Freund.' C. ängstlich: 'Bist Du mein Feind?' - A.: 'Auch das nicht, im Irrenhaus gibt es weder Freund noch Feind, jeder muß schauen, wie er selbst am besten durchkommt.'" (VM, 16/7)

Tatsächlich gibt es nur wenige Freundesbeziehungen unter den Patienten (vgl. auch 2. 3. 2).

(4. 3) Schutz vor Verlust wichtiger persönlicher Beziehungen und vor beeinträchtigenden sozialen Beziehungen

Die Patienten haben nur sehr beschränkte Kontrollmöglichkeiten über interpersonelle Beziehungen. In Beziehungen zu Personen der Außenwelt fehlt es ihnen an Möglichkeiten der Eigeninitiative, um Kontakte aufrechtzuerhalten. Alle Patienten ohne Ausgangsmöglichkeit sind auf die Bereitwillig-

keit von Ärzten bzw. Charginen angewiesen:

"Bei der Visite fragt eine Patientin, ob sie ihren geschiedenen Mann anrufen darf. Der Arzt sagt nur: 'Wir werden sehen' und geht weiter. Nachher darf die Patientin der Oberschwester die Telefonnummer geben und es wird der Patientin gesagt, man werde versuchen den Kontakt herzustellen." (AF, 12/2)

In Beziehungen zu Patienten stellen Verlegungen eine ständige, nicht kalkulierbare Bedrohung dar. Häufig werden Patienten nur innerhalb der Abteilungen verlegt, das aber kann ihre Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Patienten der Abteilung völlig verändern, weil sogar innerhalb der Abteilungen voneinander weitgehend isolierte Patienten-Subgruppen geschaffen werden (zur Problematik der Verlegungen vgl. auch 2. 3. 1).

Als typische beeinträchtigende soziale Beziehungen sind beobachtet worden:

- überprotektiv-infantilisierende Beziehungen, welche die Patienten in regressive Haltungen zwingen - sie gehen häufiger vom weiblichen Pflegepersonal aus
- besonders ambivalente persönliche Beziehungen, wie sie am ehesten von patientenorientierten Pflegepersonen ausgehen, welche sich nicht-erfüllbaren emotionalen Ansprüchen von seiten der Patienten gegenübersehen
- schließlich besonders aggressive Beziehungen, welchen aufgrund der Unausweichbarkeit der Interaktionssituationen eine spezifische und schwerwiegende Bedeutung zukommt. Die Patienten sind ihnen fast schutzlos ausgeliefert.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen

1. Eine institutionelle Akzeptierung des Bedürfnisses drückt sich lediglich in der Ermöglichung von Besuchsgelegenheiten aus, womit die Befriedigung der betroffenen Bedürfnisse gleichzeitig aus der Zuständigkeit der Institutionen auf Personen der Außenwelt verlagert wird. Jene - nicht kleine - Patientengruppe, welche keinen Besuch zu erwarten hat, fällt damit aus dem akzeptierten Bedarf. Die Tatsache, daß gerade die "emotionale Orientierung" bei vielen psychiatrischen Patienten gestört ist, wird institutionell nicht entsprechend kompensatorisch berücksichtigt.
2. Kontakte zu Personen der Außenwelt sind durch die unflexible Anordnung und Begrenzung der Besuchszeiten sowie durch die Unmöglichkeit intimerer Kontaktformen stark beeinträchtigt. Für Patienten, die nicht oder nicht mehr besucht werden, ist die Herstellung neuer persönlicher Beziehungen zu Mitpatienten infolge der Begrenzung von Interaktionsmöglichkeiten schwierig, zum Pflegepersonals oder gar dem ärztlichen Personal beinahe aussichtslos. Die fehlenden Anstrengungen von seiten der Institution persönliche Beziehungen der Patienten zu anderen Personen zu unterstützen, zu fördern oder in ihrer Entstehung zu ermöglichen, offenbaren den latenten Zynismus einer "therapeutischen Institution", die den Patienten in einer objektiv beschränkten und subjektiv schwierigen Situation allein läßt und die Pflege persönlicher Beziehungen von sich abschiebt. Das verdinglichte Patientenbild der Institution drückt sich auch in den häufig stattfindenden Verlegungen aus, durch welche die wenigen persönlichen Kontakte zwischen Patienten wiederum abgeschnitten werden.

Negative Konsequenzen können sein:

- der soziale Verlust wichtiger Bezugspersonen in der Außenwelt und damit eine Reduktion des Wunsches nach Besserung und Entlassung
- die Einengung des Interessenfeldes auf die Anstalt
- die Vereinsamung von Patienten und damit verbunden der Abzug von Interesse auch von der unmittelbaren Umgebung.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Zwei Indikatoren wurden zur Einschätzung vorgegeben. Einer bezieht sich auf die für die Patienten zur Verfügung stehenden Kontaktchancen zu anderen Patienten, spezifisch zu Patienten des anderen Geschlechts ("Kontaktmöglichkeiten zum anderen Geschlecht"). Der zweite hat die Respektierung bestehender und die Förderung neuer Freundschaften unter den Patienten zum Thema ("Respektierung und Förderung von Freundschaften unter den Patienten"). Die Konzentrierung auf die Patienten als Interaktionspartner ergibt sich aus der beobachteten Zersplitterung und Isolierung der Patienten, die in Widerspruch zu der Funktion der Patientengruppe in modernen sozial-psychiatrischen Konzeptionen der "therapeutischen Gemeinschaft" steht. Das befragte Personal sah die Situation folgendermaßen (TABELLE 13):

Die Einschätzung der Kontaktmöglichkeiten zum anderen Geschlecht war in allen beobachteten Abteilungen ungünstig, was der beobachteten Realität entspricht. Die günstigere Beurteilung durch das Personal von AF ist durch die Ausgangsmöglichkeiten für einen Teil der Patienten dieser Abteilung gerechtfertigt. Die Wahrnehmung der institutionellen Respektierung und Förderung von Patientenfreundschaften war sowohl in Abteilung AF als auch in Abteilung VM stark positiv verzerrt. Denn eine aktive Förderung von Patientenfreundschaften findet in keiner Abteilung statt, eine Respektierung bzw. Duldung zumeist solange, als keine administrativen Interessen (zum Beispiel: Verlegungen) entgegenstehen.

Die Bewertung der Situation durch das Personal von VF fügt sich in das bisher mehrfach vorgefundene Muster.

Der Realitätseinschätzung der Beobachter entsprechen wiederum am ehesten die Einschätzungen der 1977 befragten Schüler. Dies gilt auch für die Unterschiede zwischen den Indikatoren bzw. Ausbildungsabteilungen.

TABELLE 13: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Kontaktmöglichkeit zum andern Geschlecht

Zugeschriebener Befriedigungs- grad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	6	24	12	7	-	-
eher schlecht/ schlecht	42	71	22	42	30	86
gar nicht	52	5	66	51	70	14
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig niedrig niedrig niedrig niedrig niedrig					

Indikator 2: Respektierung und Förderung von Freundschaften unter den Patienten

	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	42	83	60	79	-	21
eher schlecht/ schlecht	58	17	40	14	80	79
gar nicht	-	-	-	7	20	-
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	eher niedrig	hoch	hoch	hoch	niedrig	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

2. 3. 4 Befriedigung des Bedürfnisses nach praktischer
Betätigung: Möglichkeiten zur Aktivität -
Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be-
friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri-
schen Literatur

In "erzwungener Untätigkeit" erkennt BARTON (1974, 18 ff) einen der Hauptfaktoren der Entstehung von Anstaltsartenfakten. Das von ihm entwickelte Stationsprogramm zur Aktivierung von Patienten (ebd. 40 ff) stellt eine Variante der mittlerweile zahlreichen sozialpsychiatrischen Reaktivierungsprogramme dar (KAYSER u. a., 1973). Allerdings findet in vielen dieser Programme eine Einschränkung auf Beschäftigungs- und Arbeitstherapie statt, unter Vernachlässigung der bei BARTON stark forcierten Übernahme der alltäglichen Versorgung durch die Patienten bzw. der Veranstaltung geselliger und kultureller Aktivitäten.

Eine Reihe von Indikatoren, die dieses Bedürfnis betreffen, werden von KUNZE & KUNZE-TURMANN (1975, 107 f) zur Einschätzung der Patientensituation verwendet. Darunter finden sich neben verschiedenen Aspekten der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (u. a. der Frage der Entlohnung) auch die Veranstaltung von geselligen Aktivitäten, der Fernsehzugang und die Programmwahlmöglichkeit sowie das Vorhandensein von Büchern.

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den
relevanten österreichischen Normierungen

- a) In der Hausordnung findet sich keine Normierung für die Befriedigung dieses Bedürfnisses.
- b) Das Krankenanstaltengesetz enthält einen sehr wichtigen Paragraphen: Im § 51, 3 wird ausdrücklich statuiert, daß zwangsangehaltene Patienten zu einer "entsprechenden Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herange-

zogen werden können."

- c) "Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus" (Merkblatt des Bundesministeriums für Gesundheit) kann die Anwendung von Beschäftigungstherapie, Kunst- und Musikbehandlung, Heilgymnastik etc. als Mittel zu einer sinnvollen Ausfüllung seines Alltags im Psychiatrischen Krankenhaus erwarten.

Während die Deklaration des Bundesministeriums für Gesundheit ohne entsprechende gesetzliche Konsequenzen ein unverbindliches Versprechen darstellt, ist die Problematik des Paragraph 51, 3, KAG offensichtlich:

Sie liegt zum einen darin, daß es keine expliziten Bestimmungen zur Durchführung und Kontrolle dieser Maßnahmen gibt, zum anderen, daß es überhaupt fragwürdig ist, ob Maßnahmen, die nicht einer akuten Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung dienen, sinnvollerweise zwangsweise als Heilbehandlung zum Einsatz gebracht werden können. Wie die Praxis zeigt, begünstigt die derzeitige Regelung den Mißbrauch der Arbeitstherapie zur Ausbeutung der Patienten zugunsten einer Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes unter Bedingungen der finanziellen Benachteiligung.

Auffallend ist weiters die Nicht-Regelung der sozialrechtlichen Problematik von Patientenarbeit.⁺

Die Mängel werden besonders deutlich, wenn man zum Vergleich die entsprechenden Passagen des Urteils über verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung von psychisch Kranken in den USA (KUNZE, 1976, 81 f) im Wortlaut anführt:

"Die folgenden Regeln sollen für Patientenarbeit gelten:

A. Krankenhauszentrierte Arbeit

Von keinem Patienten soll verlangt werden, eine Arbeit zu verrichten, die der Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes dient oder für die das Krankenhaus mit einer anderen Organisation unter Vertrag steht. Privilegien und Entlassungen aus dem Krankenhaus dürfen nicht von der Ausführung oben genannter Arbeiten abhängig gemacht werden. Patienten können freiwillig solche Arbeiten übernehmen, wenn die Arbeit entlohnt wird in Übereinstimmung mit dem Gesetz über Mindestlöhne des Fair Labor Standards Act, 29 U.S.C. § 206 as amended, 1966.

B. Therapeutische Aufgaben und therapeutische Arbeit

(1) Von Patienten kann verlangt werden, therapeutische Auf-

+ vgl. die Vorschläge der BRD-Psychiatrie-Enquete für ein "Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse", ENQUETE-BERICHT, 1975, 361ff.

gaben auszuführen, die nicht dem Betrieb und der Erhaltung des Krankenhauses dienen, vorausgesetzt, die spezifische Aufgabe oder jede Veränderung der Anweisung ist:

- a) ein integraler Bestandteil des Behandlungsplanes und als therapeutische Aktivität genehmigt vom für die Supervision der Behandlung zuständigen Therapeuten, und ist
- b) supervisiert von einem Angehörigen des Behandlungsteams, der die therapeutischen Aspekte der Tätigkeit beaufsichtigt.

(2) Patienten können freiwillig therapeutische Arbeit übernehmen, für die das Krankenhaus andernfalls einen Arbeitnehmer bezahlen müsste, vorausgesetzt, daß ... (Bedingungen entsprechend den Punkten A und B (1) a + b).

C. Persönliche Hausarbeiten

Von Patienten kann verlangt werden, Aufgaben von der Art persönlicher Hausarbeiten zu übernehmen, wie etwa das eigene Bett zu machen.

D. Bezahlung an Patienten

entsprechend diesen Paragraphen darf nicht mit den Behandlungskosten aufgerechnet werden."

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Möglichkeiten zur Aktivität

Aneignung und Anwendung von Wissen und Fertigkeiten

Diesbezüglich ist kein Bedarf definiert.

Möglichkeit zur kreativen Auseinandersetzung mit der Umwelt

Bedarf wird hier akzeptiert für eine kleine Gruppe von Patienten im Rahmen von spezifischen Therapieformen wie Beschäftigungstherapie oder Musiktherapie.

(3. 2) Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung

Vgl. Exkurs (4. 3) in diesem Abschnitt.

(A. 4) Güte der tatsächlich beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Möglichkeiten zur Aktivität

Die Patienten werden einem vorgeplanten Tagesablauf angepaßt, in dem für die meisten von ihnen keine Tätigkeiten vorgesehen sind. Sie werden durch den inflexiblen und bürokratischen Tagesablauf des Pflegepersonals in ihrer Bewegungs-, Tätigkeits- und Entscheidungsfreiheit weitgehend limitiert. Ihre Freiheitsgrade variieren umgekehrt proportional zum Arbeitsanfall des Pflegepersonals. Ein Beispiel dafür ist der sogenannte "Achterklub" in Abteilung AM:

"Acht Patienten werden an einen Tisch gesetzt und an den Bänken angebunden. Dort sitzen sie - nur mit einem Nachthemd bekleidet - bis zu sechs Stunden. Jeder Versuch aufzustehen wird unterbunden. Diese Patienten urinieren und koten auf die Bänke. Einer von ihnen sitzt stundenlang barfuß mit den Füßen im Urin. Als Begründung wird angegeben, daß diese Patienten ansonsten den ganzen Tag liegen, zum Teil auch schlafen würden." (AM, 2/2-3)

Das aktuelle Handeln des Personals unterliegt völlig dessen eigenen Handlungsorganisationsgesichtspunkten. Zusammen mit dem totalen Mangel an Materialien, Raum, Anleitungen und Veranstaltungs-Programmen wird ein Zwang zur Untätigkeit erzeugt. Die Konsequenz ist, daß viele Patienten passiv dahindämmern, untätig und in allgemeiner Interesselosigkeit und Apathie. Der ruhige, anspruchslose und sehr eingeschränkt aktive Patient entspricht allerdings der Idealvorstellung eines Patienten bei großen Teilen des Personals.

Eine typische Tagraumsituationsbeschreibung:

"Im Tagraum bietet sich am Nachmittag folgendes Bild: Die Hausarbeiter sitzen schweigend am Tisch, einige Patientinnen liegen auf den Bänken und schlafen, ein paar hören Radio. Daneben sitzen Schwesternschülerinnen und lernen für ihre nächste Prüfung." (AF, 13/4)

Die planende Gestaltung des eigenen Lebens wird aufgegeben. Es gibt keine Ereignisse mehr, auf die man sich freut, die Zukunft ist zeitlich kaum mehr strukturiert, die Tage verlaufen fast völlig gleichförmig, ob Wochentag oder Feiertag,

unabhängig von der Jahreszeit. Frühere Interessen der Patienten werden langsam verschüttet, die Patienten haben sich damit abgefunden, daß ihre Befriedigung hier nicht möglich ist. Es gibt z. B. kaum Patienten, die lesen. Was sie daran hindert, illustrieren die beiden folgenden Beispiele:

"Patient S. ist seit zwanzig Jahren gelähmt. Er raucht sehr viel, wie er sagt aus Langeweile. Zeitungen oder Bücher würde er sehr gern lesen, aber er könne leider nichts halten. Es kümmere sich aber niemand um dieses Problem." (VM, 5/6)

"Patient S. - ein ehemaliger Mittelschulprofessor - bedauert mir gegenüber, daß er hier nicht lesen könne, weil man ihm seine Brillen entzogen habe. Zudem gäbe es keinerlei Lesestoff."

Am nachhaltigsten werden von dieser Atmosphäre ältere Patienten beeinflusst.

Bei vielen Patienten bestehen bereits bei der Einweisung ein starker Abbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten, z. B. bei Altersdementen und Alkoholikern, oder starke Apathie und Rückzugstendenzen. Diese Züge werden nun sekundär verstärkt, womit dann wiederum legitimiert wird, daß man die Patienten in einer Situation der erzwungenen Untätigkeit belassen muß.

Bestimmte Therapieformen bzw. Rehabilitationsangebote, die eine persönliche Auseinandersetzung mit Objekten beinhalten, stehen nur einer relativ kleinen Patientenelite offen. Über die Zuweisung entscheiden die Abteilungsärzte. Eine systematische Indikationsstellung für eine solche Zuweisung wurde nicht beobachtet.

Eine relative Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung kann auch nur durch den Zugang zu einer dieser Therapieformen erreicht werden, wobei die Durchsetzungsfähigkeit eines Patienten oder die Bemühungen seiner Angehörigen begrenzten Einfluß auf die Zuweisung haben dürften. Relativ privilegiert sind auch jene Patienten, die zu den wenigen Veranstaltun-

gen (Kino, Konzerte, Feste, Ausflug) Zugang erhalten.

(4.2) Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung

In den Abteilungen gibt es die Institution der sg. Patienten-Hausarbeiter. Es handelt sich um meist langjährig hospitalisierte Patienten ohne reale Entlassungschance, welche völlig "binnen-angepaßt" sind. Ihre Arbeit weist klare Züge von Ausbeutung auf. Ihre Belastung ist außerordentlich hoch (zwischen 4,30 und 18,30 arbeiten sie bis zu 12 Stunden täglich), ihr Arbeitsverhältnis ist ungeregelt - sie haben z.B. keine klaren Freizeiten, freien Tage oder Urlaube - ihre Bezahlung ist äußerst gering. Der Einsatz von Patienten-Hausarbeitern war besonders in Abteilung VM verbreitet. Durchschnittlich 10-12 Patienten-Hausarbeiter standen dort während der Untersuchungszeit im Einsatz. Die Versorgung der Stockpatienten (Bettenmachen, Essensverteilung, Reinigung) wurde weitgehend von Hausarbeitern übernommen. Hier wird also ganz klar Personal eingespart.

Kleine Privilegien sichern die Loyalität der Hausarbeiter:

"Von den sieben Bananen, die insgesamt für 70 Patienten zur Verfügung stehen, gibt Patienten-Hausarbeiter B. fünf für sich und seinen Kollegen A. zur Seite". (VM, 5/5)

In Zeiten geringer Personalbesetzung (Urlaubszeiten z.B.) war es auch üblich, Patientenhausarbeiter unmittelbar in der Patientenversorgung einzusetzen. Diese Patienten erhielten dann auch Trinkgelder von seiten der Pfleger. Dadurch mußten aber auch erhebliche Entscheidungsbefugnisse in der Patientenversorgung an die Hausarbeiter abgegeben werden. Ein solcher Zustand hatte sich über längere Zeit in Abteilung VM etabliert. Wenn Hausarbeiter nicht direkt für das Pflegepersonal arbeiten oder wichtige Stellen der Organisation kontrollieren, wie z.B. in den Küchen, ist die ihnen zuteil werdende Gratifikation jedoch minimal.

Die Hausarbeiter der Ausbildungsabteilungen (durchschnittlich 3-5 pro Abteilung während der Untersuchungsperiode) arbeiteten durchwegs außerhalb des Patientenbereiches, v.a. in der Küche .

In Abteilung AF gab es eine Nähstube. Die Bereitschaft sich dort zu betätigen galt als wichtiges Entlassungskriterium. Einige Patienten der Männerabteilungen verließen diese untertags zum Einsatz im Rahmen der sg. "Arbeitstherapie". Sowohl um die quantitative Bedeutung der Patientenarbeit in den Abteilungen, als auch um den Charakter der "Arbeitstherapie" evaluieren zu können, wird im folgenden Exkurs eine Gesamteinschätzung dieser Einrichtungen versucht.

(4. 3) Exkurs: Patientenbeschäftigung und Patientenarbeit
als "Hausarbeiter" und in der "Arbeitstherapie"

a. "Patientenhausarbeiter"⁺⁾

Zur Zeit werden im Psychiatrischen Krankenhaus ca. zweihundert Patienten (etwa je zur Hälfte Frauen und Männer) als sog. "Hausarbeiter" zu "zusätzlichen Hilfsleistungen am Pavillon" (so der offizielle Ausdruck) herangezogen. In der Hauptsache werden sie für Küchenarbeiten und Reinigungsaufgaben verwendet. Größtenteils handelt es sich um langjährig hospitalisierte Patienten, die "anstaltssozial" geworden sind. Die Verwendung der Patienten zu Abteilungsarbeiten verfolgt daher keinerlei rehabilitative oder therapeutische Zwecke, erfolgt aber unter ärztlicher Oberaufsicht und in der Regel durch entsprechende Einteilungen des Oberpflegers bzw. der Oberschwester. Häufig haben sich stabile Arbeitsrollen für einzelne Patienten herausgebildet, die Arbeitszeiten, Freizeiten, Arbeitsinhalte und Befehlsstrukturen ergeben sich gewohnheitsrechtlich. Die "Hausarbeiter" erhalten für ihre Arbeit ein Monatspauschale zwischen einem Minimum von S 66,-- und einem Maximum von S 132,--. (der genaue Betrag bestimmt sich aus der Zahl der tatsächlich abgeleisteten Arbeitstage). Ob der Patient den Betrag "auf die Hand" bekommt oder ob er für ihn verwaltet wird, entscheidet der zuständige Arzt.

Die Zahl der Patientenarbeiter nimmt in den letzten Jahren sukzessiv ab, da "geeignete" Patienten immer schwerer zu finden sind und auch von verantwortlicher ärztlicher Seite der anti-therapeutische Charakter dieser Arbeit z.T. erkannt wird. Doch sowohl die Interessenslage des Spitalserhalters als auch der verantwortlichen Personen im Krankenhaus begünstigt die Erhaltung der Institution "Patientenhausarbeiter".

⁺⁾ die zugrundeliegenden Informationen stammen neben eigenen Beobachtungen aus einem Experteninterview mit dem Vorsteher und Oberpfleger der "Arbeitstherapie" im Feber 1978

Denn einerseits wäre beim derzeitigen Pflege- und Hilfspersonalstand ohne die Arbeit der Patientenhausarbeiter die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes noch schwerer sicherzustellen, andererseits spart die Verwendung der Patientenhausarbeiter also eine nicht unbeachtliche Zahl regulärer Dienstposten ein und kostet wenig.

b. "Arbeitstherapie"⁺⁾

Die Arbeitstherapie ist ein organisatorisch eigenständiger, ausschließlich mit Pflegepersonal ausgestatteter Bereich, der von einem Vorsteher geleitet wird. Ein Oberpfleger bzw. eine Oberschwester organisieren die Tätigkeit von 18 Pflegern (13 Diplomierten und 5 Stationsgehilfen) bzw. 15 Schwestern (13 Diplomierten und zwei Stationsgehilfinnen). Die Rekrutierung des Pflegepersonals stößt wegen der finanziellen Schlechterstellung gegenüber dem Großteil des in den Abteilungen arbeitenden Pflegepersonals (keine Nachtdienstzulagen) auf Schwierigkeiten. Das Pflegepersonal wird durch erfahrenere Kollegen eingeschult, soweit möglich wird ein eventueller früherer (handwerklicher) Beruf der jeweiligen Pflegeperson bei der Zuteilung zu einer bestimmten Arbeitsgruppe berücksichtigt. Das Pflegepersonal der Arbeitstherapie arbeitet wochentags jeweils von 7 bis 16 Uhr.

Im Rahmen der Arbeitstherapie waren zum Zeitpunkt der Experteninterviews 400 Patienten beschäftigt.

Die Patienten werden vom jeweiligen Abteilungsarzt zugewiesen. Der Vorsteher hat sich bei der Zuteilung der Patienten zu einer bestimmten Arbeitsgruppe an die Wünsche des jeweiligen Arztes zu halten, ist dies nicht möglich, muß eine entsprechende Abklärung erfolgen.

⁺⁾ Die zugrundeliegenden Informationen stammen aus einem Experteninterview mit dem Vorsteher und Oberpfleger der Arbeitstherapie im Feber 1978

Der Überweisungsschein des Arztes enthält

- Informationen über Alter, Diagnose, erlernten Beruf, zuletzt ausgeübten Beruf, derzeitige Medikation
- Angaben über psychisches Verhalten (Kategorien: aggressiv; Halluzinationen; Wahnvorstellungen), Behinderungen (Kategorien: Anfälle; Bewegungsapparat; Organschäden) und soziales Verhalten (Kategorie: kann/kann nicht Verantwortung übernehmen).
- Therapievorschl ag (Kategorien: feinmotorisch; grobmotorisch; Werkstätte; Arbeitsgruppe; gezieltes Arbeitstraining) und Behandlungsziele (Kategorien: Tempo, Ausdauer, Belastbarkeit, Selbständigkeit, soziale Anpassung).

Die jeweils zuständige Pflegeperson ist verpflichtet, in die Krankengeschichte jedes neu zugewiesenen Patienten Einsicht zu nehmen.

Die Patienten werden von ihren Abteilungsärzten weiter betreut. Die behandelnden Ärzte nehmen in Bezug auf einzelne Patienten von Zeit zu Zeit Kontakt mit dem Vorsteher der Arbeitstherapie auf. Von seiten der Arbeitstherapie werden im Falle von Veränderungen im Zustandsbild des Patienten und im Falle von Problemen mit dem Patienten schriftlich oder telephonisch Kontakt zum jeweils behandelnden Arzt hergestellt. Teamgespräche aller behandelnden Personen sind nicht üblich.

Bei den der Arbeitstherapie zugewiesenen Patienten handelt es sich zum Großteil um langzeithospitalisierte oder häufig eingewiesene Patienten. Rehabilitationsziele werden in der Regel nicht verfolgt. Dem Selbstverständnis der verantwortlichen Betreuungspersonen nach geht es vor allem um eine sinnvolle Beschäftigung der Patienten.

Die Patienten arbeiten von 7 bis 15,30 Uhr, wobei sie ihre Mittagspause von etwa einer Stunde in ihrer jeweiligen Abteilung verbringen. In der Regel kommen und gehen die Patienten ohne Begleitung von der Abteilung zu ihrem Arbeits- bzw. Treffplatz.

Die Patienten gehören einer von 15 Männer- bzw. 8 Frauen-
gruppen an, welche zwischen 15 und 25 Personen umfassen.
Gruppen mit mehr als 15 Personen werden in der Regel von zwei
Pflegepersonen betreut. Die Patienten erhalten für ihre Ar-
beit eine "finanzielle Anerkennung" innerhalb von drei Be-
zahlungsmodi. Ein Modus besteht in der Bezahlung eines Monats-
pauschales zwischen S 66,-- und S 132,-- in Abhängigkeit von
der Anzahl der in Arbeit verbrachten Tage. Ein zweiter bzw.
dritter Modus besteht in der Bezahlung von Tagessätzen à S 20,--
bzw. S 30,-- bei Wegfall des Pauschales. Die Einstufung in
eine Bezahlungskategorie erfolgt auf Vorschlag der jeweiligen
Pflegeperson in Abhängigkeit von der den Patienten zuge-
schriebenen "Anstrengungsbereitschaft", welche nicht notwendig
mit der Arbeitsleistung zusammenfällt. Zur Zeit erhalten etwa
ein Drittel aller Patienten das Monatspauschale, etwa die
Hälfte der Patienten den niedrigeren Tagsatz und der Rest den
höheren Tagsatz.

In der folgenden Übersichtstabelle wird eine Kategorisierung
der im Rahmen der Arbeitstherapie bestehenden Arbeitsgruppen
vorgenommen (ÜBERSICHT 2). Daraus läßt sich folgende Charakte-
risierung ableiten:

- die Arbeitsleistungen bzw. erzeugten Produkte kommen fast
ausschließlich der Anstalt (bzw. dem Spitalserhalter) zugute;
- berücksichtigt man den Grad der Bedarfsdeckung, der durch
die Patientenarbeit für die Anstalt entsteht sowie die Ar-
beitsaufteilung zwischen Patienten und Bediensteten, lassen
sich drei grundsätzlich verschiedene Typen von Arbeits-
gruppen differenzieren:
 - . Arbeitsgruppen, die den Anstaltsbedarf durch ihre Arbeits-
leistung bzw. erzeugten Produkte vollständig oder weit-
gehend decken und zu denen es keine parallele professio-
nell organisierte Arbeit gibt (insgesamt 9 der 14 Männer-
gruppen)
 - . Arbeitsgruppen, die den Anstaltsbedarf durch ihre Arbeits-
leistung bzw. erzeugten Produkte nur zu einem eher geringen
Teil decken, wobei sie zusammen oder neben den angestellten

ÜBERSICHT 2: Charakterisierung der im Rahmen der Arbeitstherapie bestehenden Arbeitsgruppen

MÄNNER	Art der Arbeitsleistung/ des Produktes	Nutznieder der Arbeitsleistung/ des Produktes		Bedarfsdeckung der Anstalt durch Patientenarbeit		Arbeitsaufteilung zwischen Patienten ausschließlich durch Patienten betrieben		von Patienten zusammen mit Professionsisten betrieben (eigene Werkstatt bzw. Arbeitsgruppe)
		Anstalt	sonstige	vollständig	teilweise			
Buchbinderei	Blöcke, Drucksorten geheftetes Schreibmaterial Körbe, Bürsten, Besen	x	x	x		x		
Korbflechterei		x			x	x		
Patschenmacherei (in der Abteilung für geisteskranken Rechtsbrecher eingerichtet)								
Schlosserei	Filzpatschen	x		x		x		
Tapeziererei	Facharbeit	x			x			
Anstreichererei	Hilfsarbeit bis Facharbeit	x			x			
Tischlerei	Anstrich von Anstaltsmöbeln	x			x			
Anlagepflege (5 Gruppen)	Reparatur von Anstaltsmöbeln	x			x			
Ökonomie (erweiterte Anlagepflege; kein Feldbau mehr)	Pflege der Wege, Wiesen, Blumenbeete, Sträucher und Bäume im bewohnten Areal	x		x		x		x
Gärtnerei	Pflege der Wege, Wiesen und Bäume im erweiterten Areal	x		x		x		x
Intensivgruppe	Hilfsarbeit bis qual. Arbeit Spielerische Beschäftigung, Wandern etc.	x			x			x
FRAUEN								
Beschäftigungsgruppen in der Abteilung (5 Gruppen)	Nähen, Stricken, Häkeln, Handwerken, Zeichnen							
Gemischte Beschäftigungsgruppe	Nähen, Stricken, Häkeln, Handwerken, Zeichnen							
Wäscherei	Zusammenlegen reiner Wäsche (nicht mit Schmutzwäsche, nicht an Maschinen) Vorbereitungsarbeiten (Gemüse putzen etc.)	x			x			x
Küche		x			x			x

Professionisten (jedoch immer unter Aufsicht einer Pflegeperson) arbeiten (insgesamt 5 der 14 Männer- und 2 der 8 Frauengruppen)

- . Arbeitsgruppen, deren Arbeitsleistung bzw. -produkte gar nicht oder nur zu einem minimalen Teil zur Bedarfsdeckung der Anstalt herangezogen werden. Dazu zählt eine Männergruppe (sg. Intensivgruppe), in welcher eine Aktivierung gehemmter und zurückgezogener Patienten durch Spiele, Wandern etc. angestrebt wird. Diese Gruppe entstand aus der Erfahrung, daß zugewiesene Patienten nicht in bestehende Gruppen integrierbar waren und eine Zurückweisung vermieden werden sollte. Dazu zählen auch 6 der 8 Frauengruppen, die sg. Beschäftigungsgruppen, welche eine Art "aktivierter Tagraum" darstellen. Es werden dort verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten, zwischen denen Wahlmöglichkeiten bestehen.
- Die Arbeitstherapie in der bestehenden Form erfüllt somit drei Funktionen
 - . sie bietet - ersatzweise und bei weitem nicht für alle in Frage kommenden Patienten - Beschäftigungs- und Aktivierungsprogramme an, die zur Zeit in den Abteilungen selbst nicht bestehen
 - . sie bietet Patienten die Möglichkeit zur Mitarbeit an einer von angestellten Professionisten betriebenen Arbeit ohne besondere Leistungs- und Qualitätsansprüche an
 - . sie organisiert Patientenarbeit, für die ansonsten eine nicht unbeträchtliche Zahl von Dienstposten geschaffen bzw. nicht unwesentliche Ausgaben getätigt werden müßten. Hier besteht somit ein objektives Interesse des Spitalerhalters an einem Funktionieren dieser Arbeitsgruppen. Die Verantwortlichen der Arbeitstherapie betonten auch, daß es - aufgrund der abnehmenden Anzahl langjährig Hospitalisierter - immer schwerer werde geeignete Patienten für die eine lange Anlernzeit erfordernde Buchbinderei und Korbflechterei zu finden, sodaß die Produktivität dort im Sinken sei. Ein Ansteigen der Produktivität sei dagegen

bei der durch geisteskranke Rechtsbrecher (die in der Regel langfristig interniert sind) betriebenen Patschenmacherei zu beobachten.

Auch die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung würde solche Arbeitsgruppen in Frage stellen, weil nur eine Großanstalt entsprechende Einrichtungen, einen entsprechenden Bedarf und eine genügend große Patientenzahl aufweise.

- Ins Auge springend ist die starke Differenzierung zwischen Männer- und Frauengruppen. Die eigentlich produktiven Arbeiten werden fast ausschließlich von Männergruppen erbracht. Festzuhalten ist auch noch, daß es keine gemischtgeschlechtlichen Gruppen gibt.

Eine zusammenfassende Einschätzung der "Arbeitstherapie" im Psychiatrischen Krankenhaus muß aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen. Bezieht man sie einerseits auf die z.Z. vorherrschenden Versorgungsziele und das bestehende Befriedigungsniveau von Patientenbedürfnissen, so heben sich Aktivität, Beschäftigung und Arbeitstätigkeit der in der Arbeitstherapie integrierten Patienten positiv vom eingeschränkten, passiven Abteilungsdasein der Mehrheit der Patienten ab. Zudem eröffnet die "finanzielle Anerkennung" der Arbeit die Möglichkeit, das Niveau der Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse über den Durchschnitt zu heben. Andererseits ist die Arbeitstherapie ein integraler Bestandteil dieses Systems. Denn ihre Patienten sind zum großen Teil durch das Anstaltsleben geprägt, sind "Opfer" von hospitalisierenden Strukturen. In der Arbeitstherapie soll den Patienten ein Teil jenes Menschseins zurückgegeben werden, das ihnen vorher außerhalb und innerhalb der Anstalt genommen wurde. Daß dabei ein nicht unwesentlicher Nutzen für den Anstaltsbetrieb entsteht - auch wenn sich dieser Nutzen im Rückgang befindet (vor einigen Jahrzehnten wurde noch die mit Kohlen befeuerte Heizanlage der Anstalt hauptsächlich durch Patientenarbeit betrieben) und die finanzielle Abgeltung im Anstieg (vor zwei Jahrzehnten bestand die Aner-

kennung noch in einer Ration von 6 Zigaretten pro Woche) -
ist nicht dazu angetan, die Glaubwürdigkeit dieses Anspruches
zu unterstreichen.

(A.5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach praktischer Betätigung

1. Eine teilweise Befriedigung des Bedürfnisses wird für eine kleine Patientengruppe in Form von Therapieveranstaltungen anerkannt, in umso auffallenderem Gegensatz steht die völlige Leugnung der Existenz solcher Bedürfnisse für die große Masse der Patienten.
2. Die große Mehrheit der Patienten befindet sich in einem Zustand "erzwungener Untätigkeit" (BARTON, 1974). Wenigen Patienten ist eine therapeutisch-ausgerichtete Bedürfnisbefriedigung zugänglich. Die teilweise vorhandene Arbeitsfähigkeit und -bereitschaft eines Teils der Langzeitpatienten wird in der Institution der sogenannten "Hausarbeiter" für minimale Privilegien ausgebeutet. Die "Arbeitstherapie" ermöglicht zum einen vielen Patienten der Eintönigkeit und Abgeschlossenheit der Abteilungen zu entkommen. Zum anderen leisten auch viele der dort eingesetzten Patienten Arbeit, die der Aufrechterhaltung des Spitalsbetriebes dient - für ein minimales Entgelt.
Die negativen Konsequenzen lassen sich als Ergebnisse von sich wechselseitig stabilisierenden Prozessen und Zuständen verstehen.
Erzwungene Untätigkeit und Passivität fördern Interesselosigkeit, Apathie und Kompetenzabbau bei den Patienten. Diese wiederum leisten der Entstehung eines ungünstigen Patientenbildes, in dem Elemente wie "unnützlich, unfähig, realitätsfremd und abgestumpft" dominieren, auf Seiten des Personals entscheidenden Vorschub.
Diese Individualisierung des Problems wiederum verhindert eine Einsicht in die situativen Ursachen dieses Zustandes und rechtfertigt somit die bestehende Patientenversorgung. Erst bei Außerachtlassung dieser Zusammenhänge und der Akzeptierung des status quo in den Abteilungen erscheinen die bestehenden Möglichkeiten der Arbeit und Beschäftigung als fürsorgliche Angebote.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Die Auseinandersetzungsmöglichkeiten der Patienten mit ihrer materiellen und kulturellen Umwelt wurden durch die Indikatoren "Möglichkeit etwas Sinnvolles zu tun" und "Abwechslungsreichtum in der Gestaltung von Tagesabläufen" angesprochen. Die Ergebnisse der Befragung gibt TABELLE 14 wieder:

TABELLE 14: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach praktischer Betätigung durch das Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Möglichkeit, etwas Sinnvolles zu tun

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	12	18	40	50	-	7
eher schlecht/schlecht	47	70	46	50	50	79
gar nicht	41	12	14	-	50	14
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig niedrig eher mittel niedrig niedrig niedrig					

Indikator 2: Abwechslungsreichtum in der Gestaltung von Tagesabläufen

	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	12	18	44	28	-	7
eher schlecht/schlecht	41	65	51	64	40	57
gar nicht	47	17	5	8	60	36
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig niedrig eher niedrig niedrig niedrig niedrig					

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden
Abteilungen mit Stern ^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Die gleichermaßen ungünstige Einschätzung beider Indikatoren durch das Pflegepersonal der Abteilungen VM, AM und AF bestätigt die Beobachtungsergebnisse, welche eine in all diesen Abteilungen vorherrschende Eintönigkeit und Untätigkeit belegten. Die Unterschiede zwischen den Ausbildungsabteilungen sind durch die wenigen Beschäftigungsmöglichkeiten in den Frauenabteilungen gerechtfertigt. Die positiv abweichende Einschätzung des Pflegepersonals der Abteilung VM bestätigt die fast durchgehend feststellbare "Beschönigung" der Versorgungssituation durch diese Gruppe, die allerdings umso deutlicher ist, je unmittelbarer die angesprochenen Themen mit Rollenerwartungen an das Pflegepersonal verknüpft sind.

Die Ergebnisse in Abteilung VF bestätigen diese Tendenz des Personals der Versorgungsabteilungen, wenn auch nicht weiter interpretierbare Differenzen bei den beiden Indikatoren auftreten.

Eine Bestätigung dieser Befragungsergebnisse erbrachten die Einschätzungen der Ausbildungsabteilungen durch die Schüler des 3. Jahrganges 1977, wobei auch das typische Frauen-Männer-Gefälle wiederum auftrat.

2. 3. 5 Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufrechterhaltung
bzw. Wiederherstellung der persönlichen Identität:
Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Per-
sönlichkeit - psychiatrische Behandlung

(A. 1) Einschätzung der Wichtigkeit einer ausreichenden Be-
friedigung des Bedürfnisses in der sozialpsychiatri-
schen Literatur

Die Entwicklung der psychiatrischen Theorie ist durch eine zunehmende Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren in der Entstehung, im Verlauf und in der Versorgung psychischer Störungen gekennzeichnet, die eine Korrektur des traditionellen biologistischen Krankheitsverständnisses erzwingen. Zugleich haben sich in den letzten Jahren eine Reihe neuer, vor allem psychosozial begründeter Behandlungsverfahren entwickelt, sodaß das Bild der verfügbaren Methoden im Augenblick sehr vielgestaltig ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen und der Aufwertung des Patienten zu einem aktiven, selbstbestimmenden Subjekt (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BRD, 1975, 63 ff; zu einer detaillierten Begründung einer pluralistischen Sichtweise vgl. REDLICH & FREEDMAN, 1974).

In der Praxis psychiatrischer Versorgung, vor allem aber in der Anstaltsversorgung, dominieren dagegen häufig bloße Absonderung und Verwahrung, einseitig somatisch verengte Therapieansätze, mechanische Einschränkungen, hierarchische Personalstrukturen mit absoluter ärztlicher Vorherrschaft und autoritär einschränkende Beziehungen des Personals zu den Patienten. Die inferiore Position des Patienten verhindert nicht nur die Anwendung der genannten psychosozialen Behandlungsmethoden, sie be-

günstigt zugleich sekundäre Schädigungen im Sinne des Hospitalismus (BARTON, 1974; WING & BROWN, 1970) bzw. eine weitere Deformation von persönlicher Identität (GOFFMAN, 1972).

Eine wesentliche Voraussetzung und Verfestigung des niedrigen Patientenstatus sind die ungünstigen personellen und materiellen Bedingungen und die ihnen korrespondierenden Regeln in vielen psychiatrischen Krankenhäusern. Dadurch wird die persönliche Respektierung der Patienten untergraben, weil es kaum mehr möglich ist, den Patienten als einmalige Persönlichkeit wahrzunehmen. Zu nennen wären hier die Aufhebung der Privat- und Intimsphäre, der Entzug von persönlichen Dingen und die Uniformierung in Anstaltskleidung (FINZEN & KLUGE, 1974). Auch KUNZE & KUNZETURMANN (1975, 107) nehmen eine Reihe von materiellen Bedingungen - wie etwa das Vorhandensein von Schränken - in ihre Indikatorenliste zur Einschätzung der soziotherapeutischen Orientierung von Krankenhäusern auf, jedoch auch die "persönliche Raumgestaltung" und die "freie Verfügung über kleinere Geldbeträge".

(A. 2) Die Berücksichtigung des Bedürfnisses in den relevanten österreichischen Normierungen

- a) Die Bestimmungen der Spitals-Hausordnung lassen für die Aufrechterhaltung eines persönlichen Bereichs wenig Spielraum:

"In das Krankenzimmer dürfen nur die während des Krankenhausaufenthalts unbedingt benötigten Privatgegenstände mitgebracht werden." (§ 2)

"Wäsche und Kleidung werden bis zum Austritt des Pflég- lings im Kleidermagazin verwahrt, sofern nicht im Krankenzimmer für deren Aufbewahrung Garderobe-Kästen vorgesehen sind." (§ 3)

"Jedem Pflégling wird ein Bett zugewiesen, er muß sich jedem allenfalls angeordneten Wechsel - auch Zimmer-

wechsel fügen ... Dem Pflegling steht ein ... Bettkästchen zur Verfügung. Die Schwester ist aufgrund ärztlicher Anordnung berechtigt, in das Kästchen ... im Beisein des Pfleglings Einsicht zu nehmen." (§ 4)

"Dem Pflegling wird sorgfältige Pflege und gewissenhafte Ausführung der ärztlichen Anordnungen zuteil. Er ist verpflichtet, alle Anordnungen zu befolgen und sich gegenüber allen Anstaltsbediensteten höflich zu benehmen." (§ 5)

"Beschwerden ... sind bei der ärztlichen Visite vorzubringen." (§ 18)

- b) Die auf die medizinische Behandlung zielenden Paragraphen des Krankenanstaltengesetzes lauten:

"Pfleglinge von Krankenanstalten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden." (§ 8, 2)

Bei Anwendung einer "besonderen Heilbehandlung" bedarf es der Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters (§ 8, 3). Der Schutz vor inadäquater Behandlung ist jedoch nur ein wichtiger Aspekt. Auf das Fehlen von öffentlicher Kontrolle und einer spezifischen Legitimationspflicht bei Beschränkungen während einer zwangsweisen Anhaltung sowie bei der Heranziehung zur Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung wurde bereits verwiesen (vgl. 2. 2. 9 bzw. 2. 3. 4).

- c) Das für den psychiatrischen Patienten und seine Angehörigen bestimmte Merkblatt "Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus" vermittelt ein äußerst optimistisches Bild, das Bild einer gewandelten, effektiven und humanen Psychiatrie, die die ihr entgegengebrachten Vorurteile nicht verdient. Danach geht es in der heutigen Psychiatrie um den "Einsatz aller verfügbaren Heil- und Behandlungsmittel", vor allem aber "um die Zusammenarbeit zwischen Patient, Angehörigen und Therapeuten, die von größter Bedeutung ist". Weiter heißt es:

"Auf keinem Gebiet der Medizin sind in den letzten Jahren so viele Fortschritte gemacht worden wie in der Psychiatrie ... Außer der medikamentösen Therapie werden heute in den Psychiatrischen Krankenhäusern auch andere Methoden für die Heilung angewandt. Wo die Möglichkeit besteht, wird Einzel- und Gruppenpsychotherapie durchgeführt ... Das Um und Auf der heutigen psychiatrischen Behandlung ist die Bemühung den Patienten so zu rehabilitieren, daß er so kurz wie möglich im Krankenhaus bleibt und so bald wie möglich in seine gewohnte Umgebung zurückkehrt... Neuere Forschungen haben bestätigt, daß die Umgebung des Patienten den Heilungsprozeß wesentlich beeinflussen kann... Daher ist die Mitarbeit der Angehörigen ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung..." usw., usf.

Allerdings wird auch eingeräumt, daß sich "in den bestehenden großen Anstalten ... ein optimales Zusammenwirken von Patient und Betreuern nur schwer verwirklichen läßt."

In der die allgemeinen Rechte des Patienten deklarierenden "Charta des Patienten" (herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit) wird u. a. das Recht auf Respektierung der menschlichen Würde und Unverletzlichkeit der Persönlichkeit ausdrücklich festgehalten:

"Auch wenn er ... in seinem Tun schwer behindert ist, bleibt der Patient Herr seiner selbst und seiner Entscheidungen... Notwendigkeiten wird sich der Patient umso leichter fügen, je deutlicher er fühlt, ... daß man ihn in keiner Weise bevormundet. So kann der Patient sein Eigentum behalten, wenn er es wünscht."

In dieser Charta wird auch das "Recht, sich zu beschweren oder um Aufklärung zu bitten" ausdrücklich betont.

Wie bei mehreren Bedürfnissen bisher ist ein krasser Gegensatz zwischen den rechtsgültigen Statuierungen und den nicht einklagbaren Zusicherungen der obersten österreichischen Gesundheitsbehörde festzustellen. Dieser Gegensatz verweist auf die Notwendigkeit, Patientenrechte auch und

besonders in der psychiatrischen Behandlung präziser zu definieren und mit Rechtsgültigkeit zu versehen. Als Exempel kann nochmals das Gerichtsurteil über verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung von psychisch Kranken herangezogen werden. Die Passagen, die sich vor allem auf die Respektierung der menschlichen Würde und die psychiatrische Behandlung beziehen, lauten:

"Patienten haben ein Recht auf private Sphäre und Würde."

"Patienten haben ein Recht darauf, ihre eigene Kleidung zu tragen und ihren persönlichen Besitz zu behalten und zu benutzen, außer wenn der Therapeut diese Kleidung oder persönliche Sachen für gefährlich oder für auf andere Weise therapeutisch unangemessen erklärt."

"Ein Patient hat ein Recht auf eine psychologisch und materiell menschenwürdige Umgebung innerhalb des Krankenhauses. Die Einrichtungen sollen so gestaltet sein, daß sie den Patienten Behaglichkeit und Sicherheit gewähren, seine Würde fördern und seine private Sphäre sichern. Die Einrichtungen sollen so beschaffen sein, daß sie einen positiven Beitrag zur wirksamen Erreichung der Behandlungsziele des Krankenhauses leisten.

Die Zahl der Patienten in einem Mehrbettzimmer soll nicht sechs Personen überschreiten ... Für jeden Patienten soll es geben: ein bequemes Bett mit angemessenem Wechseln der Bettwäsche, einen verschließbaren Schrank, einen Stuhl und einen Nachttisch. (Es folgen weitere Spezifizierungen über Toiletten und Waschräume, Tages- und Speiseräume, Heizung u. a.)."

"Patienten haben ein Recht auf die am wenigsten restriktiven Bedingungen, die erforderlich sind, die Ziele der Unterbringung zu erreichen."

"Patienten haben ein Recht darauf, keine unnötige oder überhöhte Medikation zu bekommen ..."

"Patienten haben ein Recht darauf, frei von mechanischem Zwang und Isolation zu sein. Ausnahmsweise in Notfallsituationen, in denen der Patient sich selbst oder anderen Schaden zufügen könnte, und in denen weniger restriktive Zwangsmaßnahmen nicht anwendbar sind, dürfen Patienten fixiert oder isoliert werden, und zwar nur aufgrund einer schriftlichen und begründeten Anweisung eines Therapeuten."

"Patienten haben ein Recht darauf, nicht Behandlungsverfahren unterworfen zu werden, wie Lobotomie, Elektrokrampfbehandlung, Aversionstherapien oder andere ungewöhnliche und gefährliche Behandlungsverfahren ohne ihre ausdrückliche Zustimmung nach Aufklärung und nach Beratung mit einer Person ihrer Wahl."

"Für jeden Patienten soll ein individueller Behandlungsplan erstellt werden ... Jeder individuelle Behandlungsplan soll enthalten:

- a) eine Beschreibung der Art der spezifischen Probleme und der spezifischen Bedürfnisse des Patienten;
- b) eine Festlegung der am wenigsten restriktiven Behandlungsbedingungen, die erforderlich sind, die Ziele der Unterbringung zu erreichen;
- c) eine Beschreibung der mittelfristigen und langfristigen Behandlungsziele mit einem projizierten Zeitplan für die Zielerreichung;
- d) eine Darlegung und Begründung des Behandlungsplanes, um diese mittel- und langfristigen Ziele zu erreichen;
- e) eine Spezifizierung der personellen Verantwortlichkeiten und eine Beschreibung der vorgesehenen Rolle des Personals bei der Verwirklichung der Behandlungsziele;
- f) Kriterien für den Übergang zu weniger restriktiven Behandlungsbedingungen und Kriterien für die Entlassung;
- g) eine schriftliche Notierung jeder therapeutischen Aufgabe oder Arbeit, die der Patient in Übereinstimmung mit Standard 18 ausführen soll."

"Als Bestandteil seines Behandlungsplanes muß jeder Patient einen individuellen Nachbehandlungsplan haben (der sobald als möglich nach der Aufnahme entwickelt werden soll)."

"Der Krankenhausträger und seine Beauftragten haben die unabweisbare Pflicht, für alle nach einer Zwangsunterbringung entlassenen Patienten angemessene nachgehende Fürsorge und Behandlung zu ermöglichen. Nachgehende Fürsorge und Behandlungsmöglichkeiten schließen ein, sind jedoch nicht beschränkt auf: tagesklinische Behandlung, Hausbesuche durch einen Therapeuten, Pflegeheim oder Hauspflege, poliklinische Behandlung und Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses." (KUNZE, 1976, 80 ff).

(A. 3) Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf

(3. 1) Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Persönlichkeit

Verbote physischer Übergriffe, der Bedrohung, Beschimpfung, Bestrafung und des Neckens von Patienten sowie Appelle zu menschlichem Umgang an das versorgende Personal berücksichtigen in genereller Form die Schutzbedürftigkeit der Persönlichkeit der Patienten.

Ein differentieller Versorgungsbedarf ist nicht definiert.

Es ist ein Charakteristikum der hierorts praktizierten psychiatrischen Versorgung, daß diese Rechte "höherwertigen" Schutzmaßnahmen geopfert werden können. Dies betrifft zum einen die zwangsweise Anhaltung von Personen, welche sich selbst oder anderen gefährlich sein können. Es gibt spezifisch gesetzlich geregelte Prozeduren zur Feststellung der Zulässigkeit der Anhaltung. Darüberhinaus gehende Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit wie Verwahrung im Gitterbett oder Angurten bedürfen einer spezifischen ärztlichen Genehmigung bzw. Anordnung. Zum anderen kann der Schutz der Persönlichkeit außer Kraft gesetzt werden, um über ihre biologischen Grundlagen die erkrankte Persönlichkeit therapeutisch zu behandeln (siehe unten).

Ausgeklammert von der akzeptierten Schutzbedürftigkeit sind private Gegenstände der Patienten, die als "Identitätsausrüstung" (GOFFMAN, 1972, 30) eine wesentliche Funktion in der Aufrechterhaltung eines persönlichen Bereiches haben. Sie können sowohl aus Sicherheits- als auch aus betrieblich-organisatorischen Gründen entzogen werden.

(3. 2) Psychiatrische Behandlung

Die psychiatrische Behandlung wird von den Abteilungsärzten festgelegt. Dem Pflegepersonal obliegt die Durchführung ärztlicher Anordnungen sowie die Beobachtung der Patienten. Die Kontrolle der Behandlung sowie die Meldungen des Pflegepersonals an die Ärzte sollen bei der täglichen Visite stattfinden.

(A. 4) Güte der tatsächliche beobachteten Bedürfnisbefriedigung

(4. 1) Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Persönlichkeit

Schon für den Patienten des allgemeinen Krankenhauses ist die

ihm zugeschriebene Entlastung durch die Hospitalisierung eher eine "neidvolle Projektion der Gesunden" (RHODE, 1973, 30). Dies gilt in viel stärkerem Maße für die große Mehrheit der hier beobachteten Patienten. Die Entlastung durch das Krankenhausmilieu ist eine scheinbare, realiter kumulieren verschiedenste Belastungsmomente, die in der Regel nicht als solche betrachtet werden. Zu diesen "sozialen Streßsituationen" (LEVINE & SCOTCH, 1973), die zum Teil bereits ausführlich beschrieben wurden, zählen u. a.:

- die Umstände der zumeist zwangsweisen Hospitalisierung
- das völlige Fehlen von Orientierungsangeboten
- die Unsicherheit der Befriedigung elementarer Bedürfnisse und der Verzicht auf gewohnte Niveaus der Bedürfnisbefriedigung
- die prinzipielle Unsicherheit und Ungewißheit von Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsort
- nicht explizierte diagnostische und therapeutische Eingriffe
- der mangelnde Schutz vor Verletzung der Persönlichkeitsgrenzen
- die relative Isolation von wichtigen Bezugspersonen.

Verschärft wird die Situation durch die zum Teil erhöhte Empfindsamkeit psychiatrischer Patienten einerseits sowie durch die angstvolle Besetzung der "Psychiatrie" andererseits.

Dazu kommt, daß sogar die explizit verbotenen Verhaltensweisen wie physische Übergriffe, Bedrohungen, Beschimpfungen, Provokationen oder unfreundlicher Umgang - wie die bisherigen Ausführungen beweisen - nicht selten vorkommen und nicht wirksam unterbunden werden können. Noch einmal soll exemplarisch veranschaulicht werden, in welchem Maße lästig fallende Patienten gedemütigt werden können und wie die Konsequenzen dieses Umgangs psychopharmakologisch zugedeckt werden:

"Der 81jährige Patient I. wird aufgrund seiner 'motorischen Unruhe' im Netzbett verwahrt. Manchmal wird er von dem einen oder anderen Pfleger freigelassen mit der Auflage, nicht ständig durch die Wachsäle zu wandern. Pfleger D. empfindet an diesem Tag sein Herumgehen als störend und trägt ihn - als verbale Aufforderung nicht fruchtet - unter Protest in sein Bett. Dann biegt ihm D. die Beine hoch und gibt ihm einige Schläge auf sein Hinterteil. Anschließend

wird der Patient von zwei anderen Pflegern unter Gelächter mit spitzen Gegenständen attackiert, die durch die Maschen seines Netzbettes gesteckt werden. Der Patient I. ist 81 Jahre alt. Dem erregten Patienten wird Valium verabreicht. Später wird er depressiv. Er sagt, er sei lebensmüde und er wolle sich die Pulsadern aufschneiden. Niemand beachtet ihn." (VM, 5/6,9)

Physische Beschränkungen der Patienten - über die Aufbewahrung in geschlossenen Abteilungen hinaus - sind in den betroffenen Abteilungen immer noch an der Tagesordnung. Die Problematik solcher Praktiken aufgrund ihrer Mißbrauchsmöglichkeiten, der möglichen Ausweitung und Umdefinition ihrer Anwendung sowie aufgrund ihrer Folgewirkungen wurde bereits an anderer Stelle herausgearbeitet (vgl. 2. 2. 9).

Biologische Eingriffe stellen auch die Anwendungen von Psychopharmaka dar. Auch hier stellt sich die Frage, ob solche Behandlungsmethoden, wenn sie nicht mit einem rigorosen Versuch, sie auf das notwendige Minimum zu beschränken und mit einer Ergänzung durch therapeutische Verfahren auf der Ebene persönlicher Beziehungen verbunden sind, mehr als eine den Patienten unterdrückende Manipulation sind. Die Fragwürdigkeit eines solchen Vorgehens sei nochmals durch ein Beispiel illustriert:

"Patientin E. verweigert - wie zumeist - die Einnahme der Psychopharmaka. Sie kann zur Zeit nicht gespritzt werden, weil sie bereits eine tiefe Einstichwunde hat. Schwester E. ruft andere zu Hilfe, die Patientin wird gehalten, die Nase zugeedrückt und die Medikamente in den Mund geschoben. Dann wird die Patientin unter weiteren Drohungen (kaltes Bad) gezwungen, Wasser nachzutrinken." (AF, 25/3)

Über die Anwendung anderer als somatisch zu bezeichnender "Therapieformen" (Elektroschocks, Psychochirurgie, etc.) können auf Basis der erhobenen Daten keine Aussagen gemacht werden.

Abschließend noch einige Bemerkungen über die Möglichkeiten der Patienten, sich einen persönlichen Bereich zu erhalten. Den Patienten werden private Gegenstände bei der Aufnahme weitgehend entzogen. Die verbliebenen Gegenstände befinden

sich in ständiger Gefahr entzogen oder gestohlen zu werden. Dabei spielt das Fehlen von verschließbaren Schränken oder Kästchen eine große Rolle. Viele Patienten haben nicht einmal Kästchen, sie tragen ihre wenigen Habseligkeiten in Plastiksäckchen umher. Vom Personal wird die Aufgabe des Schutzes von Patienteneigentum glatt abgewiesen:

"Patient Z. beklagt sich bei Pfleger C., daß ihm sein Mitpatient M. private Sachen zerstört habe und sein Nachtkästchen ausgeräumt habe. C. erwidert, daß hier keine Haftung übernommen werde, denn offiziell gäbe es keine Privatgegenstände für Patienten." (AM, 27/1)

Privatgegenstände werden aber auch in das Privilegiensystem miteinbezogen. Sie können daher bei unerwünschten Verhaltensweisen jederzeit entzogen werden:

"Zur Strafe, weil der Patient S. ins Bett uriniert hatte, entzieht ihm Pfleger D. seine Plastikflasche und einen Sack mit Apfelschnitten, den der Patient von seiner Frau erhalten hatte." (VM, 4/5)

Die Größe der Wachsäle, eingespielte organisatorische Routinen und bestehende Interessen des Personals lassen eine Anhebung der Versorgungsqualität nur schwer zu, auch dann, wenn ein Patient dies mit Hilfe privater Mittel zu erreichen versucht.

Dafür folgendes Beispiel:

"Patient S., der seit 15 Jahren hier ist, gelähmt und dadurch ans Bett gebunden, hatte vor eineinhalb Jahren einen Fernseher erhalten. Die Pfleger waren von Anfang an dagegen, weil er damit die Nachtruhe im Wachsaal störe. Schließlich wurde der Apparat ins Oberpflegerzimmer gestellt. Der Patient ist zu ängstlich, sich darüber zu beschweren". (VM, 49/7).

Den Patienten sind die Möglichkeiten ihre äußere Erscheinung zu beeinflussen (Kleidung, Körperpflege) weitgehend genommen (vgl. 2. 2. 1 und 2. 2. 9). Ein Intimbereich kann schon aufgrund der materiellen Voraussetzungen (überfüllte, große Säle; einsehbare Toiletten) nicht aufrechterhalten werden. Eine persönliche Gestaltung der unmittelbaren Umwelt ist nicht gestattet, meist schon aufgrund der baulichen Voraussetzungen und der mangelhaften Ausstattung unmöglich.

(4. 2) Psychiatrische Therapie

Die einzige Therapie besteht für die meisten der in die Untersuchung einbezogenen Patienten in psychopharmakologischer Behandlung. In den Ausbildungsabteilungen besteht zumindest der Anspruch die Auswirkungen dieser Behandlung zu kontrollieren. Das Pflegepersonal wird angehalten, Veränderungen der Symptomatik dem Arzt mitzuteilen. Allerdings ist auch hier die Kommunikationsdichte zwischen Ärzten und Pflegepersonal gering. In der Versorgungsabteilung werden den meisten länger hospitalisierten Patienten "ihre" Medikamente gewohnheitsmäßig verabreicht. Die Medikation verändert sich bei vielen Patienten durch lange Zeit nicht. Bei manchen Patienten werden monatelang keine Aufzeichnungen über den Verlauf der psychischen Krankheit gemacht. Das Pflegepersonal weiß in der Regel wenig über die Behandlungsziele und -methoden, es ist weitgehend aus dem therapeutischen Geschehen ausgeschlossen. In der Versorgungsabteilung wird ein therapeutischer Anspruch ohnedies nicht mehr ernst genommen, im Vordergrund stehen körperliche Pflege und die Vermeidung von Zwischenfällen. Dabei ist die psychopharmakologische Behandlung von Nutzen, denn sie ermöglicht die technische Kontrolle einer großen Zahl von Patienten ohne persönliches Engagement. Distanz und Unpersönlichkeit kennzeichnen auch den Umgang der meisten beobachteten Ärzte mit den Patienten, etwas karikiert stellt sich das so dar:

"Der Arzt kommt herein, die Schwester wartet schon mit einem Tablett voller Spritzen. Die Patienten entblößen von selbst ihr Hinterteil, der Arzt eilt von Bett zu Bett, redet nichts und verabreicht Spritzen. Beim Hinausgehen ruft ein Patient den Arzt, er geht jedoch ohne Notiz davon zu nehmen weiter." (AF, 1/7-8)

Die Patienten haben wenig Gelegenheit mit den Ärzten zu sprechen. Während in den Ausbildungsabteilungen auf Wunsch der Patienten Sprechstundentermine vereinbart werden können,

werden solche Aussprachemöglichkeiten in Abteilung VM nur auf ärztliche Initiative eröffnet. Für fast alle Patienten ist daher die tägliche (außer Sonntag) stattfindende Visite die einzige Gelegenheit, mit den behandelnden Ärzten zu reden. Die Randbedingungen der Visite sind ungünstig. Die Anwesenheit vieler Personen erschwert eine intimere Aussprache, die Anzahl der Patienten pro Arzt ist sehr hoch. Die Visiten laufen dementsprechend sehr schnell ab, die Ärzte sprechen nur mit wenigen Patienten ausführlicher, die Patienten kommen mit ihren Initiativen selten durch, der Visitenablauf wird hauptsächlich von Ärzten und Pflegepersonal gesteuert, wobei das Pflegepersonal die Ärzte häufig vor den Patienten abschirmt (vgl. ausführlicher den Exkurs über Visitenabläufe am Ende dieses Abschnittes).

Die neben der pharmakologischen Symptomtherapie notwendige persönliche Hilfestellung wird den Patienten nicht gegeben. Das Personal fühlt sich häufig gar nicht dafür zuständig:

"Eine alte Patientin will unbedingt hinaus. Sie geht klagend von Zimmer zu Zimmer, dann zu einer Schwester, die gerade Zeitung liest. 'Hilf mir doch, laß mich doch raus.' Die Schwester schaut nicht einmal von der Zeitung auf. Außerhalb der Körperpflege wissen die Schwestern mit den Patienten kaum etwas anzufangen." (AF, 2/15)

Vor allem depressive, stumm gewordene und zurückgezogene Patienten führen eine unbemerkte Existenz. Emotional stützende Interventionen und individuelles Verständnis und Ernstnehmen der Probleme der Patienten fehlen weitgehend. Dafür einige Illustrationen:

"Patient K. sitzt in seinem Netzbett und jammert weinend über seine Einsamkeit. Niemand kümmert sich um ihn." (VM, 4/6)

"Patient M. halluzinierte in der Nacht und wollte blaue Farben von der Wand abwischen. Bei der Dienstübergabe zwischen den Pflegern wird dies etwas hämisch und zynisch mitgeteilt und kommentiert. Der Patient wurde in ein Netzbett gesteckt." (AM, 42/2).

"Patientin S. ist für die meisten Schwestern eine Plage, weil sie sehr gesprächsbedürftig ist. Zentrales Anliegen ist ihr, über ihre Schuldgefühle zu reden. Schwester D. will sie wegschicken: 'Mir brauchen Sie nicht erzählen, ob Sie schuld sind oder nicht, mir gehen Sie auf die Nerven. Ich kann Ihnen nicht helfen, mich geht das auch nichts an. Der Primar muß Ihnen glauben.'

Einen Tag später bei der Visite versucht Patientin S. die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zu lenken. Ein Arzt sagt zur Patientin: 'Es ist schon gut, wir glauben Ihnen ja.'" (AF, 20/1, 21/4)

Das Interesse für die Symptomatik mancher Patienten stellt eher eine Verstärkung und Verfestigung dar:

"Eine Schwester kommt und sagt: 'Kommen Sie, jetzt zeige ich Ihnen die Kaiserin von China.' Es gibt einige Patienten, deren Geschichten man sich gern anhört. Sie erzählen ihre Geschichte quasi auf Knopfdruck, so wie man ein Radio aufdreht. Ansonsten kümmert man sich nicht viel um diese Patienten." (AF, 2/28)

"Je klassischer ein Fall desto eher wird er von den Pflegern akzeptiert. Die Pfleger spielen dann mit und unterstützen die Symptomatik, z. B. durch Bestätigung paranoider Annahmen." (AM, 2/30)

Die Einfachheit der Verabreichung und die - zumindest aus der Perspektive des Personals - große Wirksamkeit der Psychopharmaka birgt die Gefahr der unkontrollierten Verwendung und des Mißbrauchs als Disziplinierungsmittel in sich. Nach den Beobachtungen der Untersucher ist diese Gefahr in den beobachteten Abteilungen nicht ausgeschaltet. Dies gilt in besonderem Ausmaß für die Versorgungsabteilung, aber auch in den Ausbildungsabteilungen sind unkontrollierte Anwendungen beobachtet worden.

Die Definitionsmacht des Pflegepersonals läßt Drohungen wie die folgende zu:

"Die Möglichkeit, jemandem eine Beruhigungsspritze geben zu können, wird gegenüber den Patienten bewußt als Drohung angewendet: 'Waßt eh, wannst wieder an Wirbel machst, wannst wieder schreist, wiest das schon anmal gemacht hast, dann kriegst a Spritzn ins Fleisch, dann fahrt dir was ins Fleisch.'" (AM, 2/7)

Mit welchen Begründungen und mit welcher Leichtigkeit Beruhigungsmittel in die Interessen von Teilen des Pflegepersonals gestellt werden können, veranschaulichen die folgenden Beispiele:

"Pfleger J. ersucht seinen Kollegen N., der an diesem Tag Medikamente verteilt, dem Patienten I. 'etwas zu geben, da er keine Ruhe gibt.' N. gibt dem Patienten eine Pille Valium 10. Der Patient war nicht auffallend unruhig gewesen." (VM, 10/2)

"Hausarbeiter B. bringt den Patienten I. zum medikamentenverteilenden Pfleger S., da er schon wieder 'unruhig' sei. S. gibt ihm 2 Pillen Valium 10. Der Patient hat sein Bett in unmittelbarer Nähe des Tisches, an dem die Hausarbeiter ihre Pausen verbringen." (VM, 11/3)

"Pfleger B. gibt dem Patienten S. Beruhigungsmittel in den Tee, weil er sehr unruhig ist. Dabei bemüht er sich, es heimlich zu tun. Die Vergabe des Mittels wurde nicht von einem Arzt genehmigt." (AM, 15/6)

Obwohl die starke Dämpfung von Problempatienten in Abteilung VM deutlich sichtbar war, intervenierten die Ärzte selten. Taten sie es einmal, konnten sie leicht wieder abgewiesen werden:

"Als die Ärzte Patient W. bei der Visite schlafend antreffen, fragen sie, ob er zu viel Schlafmittel bekommen habe. Pfleger W. sagt, der Patient sei gerade erst eingeschlafen. In Wirklichkeit schläft der Patient schon den ganzen Tag." (VM, 22/2)

Neben den unpersönlich-technischen Vorgangsweisen, welche die subjektiven Leidenszustände der Patienten und ihre bisherige Biografie unberücksichtigt lassen, gibt es bestenfalls moralische Aufforderungen "sich zusammenzunehmen". Versuche, die "gesunde Seite der Persönlichkeit" anzusprechen oder gar eine Beteiligung der Patienten am therapeutischen Prozeß finden nicht statt.

Das Krankheitsverständnis ist stark verengt, es dominieren biologistische Vorstellungen. Dementsprechend wird das Krankenhausmilieu auch nicht als interagierender Faktor wahrgenommen. Seine Gestaltung erfolgt daher nach dem Muster der Akutkrankenhäuser: Reinlichkeit, Ordnung und Ruhe werden als beste Voraussetzungen einer wirksamen Krankenbehandlung angesehen.

(4. 3) Exkurs: Visitenanalyse

Die folgenden Beschreibungen erfolgen auf einer Basis von 38 Visitenprotokollen im Wachsaalbereich der Abteilung VM.

Die Visite dauerte für den Wachsaalbereich des Parterres, in dem sich etwa 60 Patienten befinden, täglich etwa 10 - 15 Minuten. Die Zahl der irgendwie in die Visite einbezogenen Patienten - sei es auch nur durch ein Gespräch über den Patienten - betrug im Großteil aller Visiten zwischen vier und neun Patienten, im Median sechs Patienten, also etwa ein Zehntel der Wachsaal-Patienten.

Es gibt drei Möglichkeiten, die zur Einbeziehung eines Patienten in die Visite führen. Zum ersten ein Programm der Ärzte bzw. des Oberpflegers, das zum kleineren Teil vorher fixiert ist, zum größeren beim Durchgehen der Säle entsteht und sich primär den problematischen Patienten und den Neuzugängen zuwendet. Als zweite Möglichkeit den Hinweis des hauptdiensthabenden Pflegers auf somatische Veränderungen oder psychisch-soziale Auffälligkeiten des Patienten.

Und schließlich die Initiative von Patienten, die bestimmte Fragen, Wünsche oder Beschwerden vorbringen. In den analysierten Fällen ergab sich folgende prozentuelle Verteilung. Ungefähr 50 % der Initiativen gingen vom Arzt oder Oberpfleger aus, 20 % vom hauptdiensthabenden Pfleger und 30 % von den Patienten. Da die Initiative der Ärzte und Pfleger sich vor allem "kritischen" Fällen zuwendet, welche des öfteren über längere Zeit als solche bestehen, und nur eine kleine Zahl von Patienten ausreichend initiativ, verbalisierungs- und durchsetzungsfähig ist, kann man daraus ableiten, daß eine erhebliche Zahl von größtenteils länger hospitalisierten Patienten monatelang nicht durch die Visite berührt wird.

Inhalte der Visite sind fast ausschließlich akute Körperkrankheiten mit Fieber oder schlechter Allgemeinzustand verbunden mit problematischer Nahrungsaufnahme. Daneben ist noch bedeutsam das Begutachten von Dekubitus- und Ausschlagsymptomen, welche durch das Pflegepersonal gemeldet werden.

In den Fällen, wo die Initiative vom Arzt oder Pfleger ausging, wurde ca. in der Hälfte aller Fälle nur über den Patienten, nicht aber mit dem Patienten gesprochen.

Ein Anteil von 30 % an patienteninitiierten Visiteneinbeziehungen scheint ein Indikator für ein großes Artikulationsbedürfnis der Patienten zu sein. Man muß zudem berücksichtigen, daß ein Teil von ihnen überhört oder von Pflegern oder dem Oberpfleger abgedrängt oder vertröstet wird, welcher nicht in dieser Zahl enthalten ist. Umso deprimierender muß für die Patienten die Art sein, wie mit ihren Initiativen umgegangen wird: etwa in 2/3 aller Fälle wurden die Fragen, Beschwerden, Wünsche der Patienten nicht zufriedenstellend beantwortet, sondern durch diverse "Reduktionsstrategien" (SIEGRIST, 1977) abgewehrt.

Überhören, Nicht-beantworten, Nachformulieren ohne Antwort, unverbindliches Vertrösten, stereotype Abblockung und anderes mehr machen diese Anstrengungen der Patienten um bessere Bewältigung ihrer gegenwärtigen Situation und zur besseren Strukturierung ihrer Lebenswelt zunichte. Nur in einem Drittel aller Fälle wurde ausreichend geantwortet, wurden konkrete Maßnahmen versprochen, gesetzt oder auch begründet abgelehnt.

Um diese zusammengefaßten Ergebnisse etwas anschaulicher zu machen, werden im folgenden drei beispielhafte Verläufe von Visiten im genannten Wachsaalbereich, wie sie vom Beobachter protokolliert wurden, dargestellt.

Beispiel 1: (VM 6/3)

Teilnehmer an der Visite sind die beiden Abteilungsärzte, der Oberpfleger und der Hauptdiensthabende D.

Wachsaal 1: Patient S. macht auf sich aufmerksam. Er bekommt derzeit nur Tee und Weißbrot (sogenannte Teepause), er will etwas "Ordentliches". Es wird ihm gesagt, das sei derzeit nicht möglich. An Patient St. wird von den Ärzten die Frage nach dem allgemeinen Befinden gerichtet. - St.: "wie immer" - A.: "Aha, wie immer."

Wachsaal 2: Ärzte wollen durchgehen. Patient M. will mit der Bitte um eine Facharztzuweisung ins W.-Spital dazwischentreten. A.: "Ich weiß, Sie haben kein Vertrauen zu unserem Facharzt." und geht weiter. Patient M. folgt ziemlich aggressiv in

Wachsaal 3: Schließlich wird ihm versprochen, man werde etwas unternehmen. Patient S. ersucht um Verständigung seines Kurators. Der Oberpfleger notiert sich das. Die Ärzte halten noch kurz bei Patient W., inspizieren ihn ohne mit ihm zu reden.

Beispiel 2: (VM 27/2)

Teilnehmer an der Visite sind der Oberarzt, der Stationspfleger und der Hauptdiensthabende Z.

Wachsaal 1: Pfleger Z. meldet erhöhte Temperatur bei Patient K., dieser wird vom Arzt abgehört und es wird Blutdruck gemessen.

Wachsaal 2: Durchgang ohne Patientenkontakt

Wachsaal 3: Auch bei Patient S. erfolgt eine Blutdruckmessung. Der Patient ist sehr deprimiert, er weint und äußert den Wunsch, nach Hause entlassen zu werden. A.: "Sie brauchen nicht zu weinen, wir sind nicht schuld daran, daß Sie hier sind."

Keine weiteren Patientenkontakte.

Beispiel 3: (VM 34/3)

Teilnehmer: Oberarzt, Oberpfleger, Hauptdiensthabender D.

Wachsaal 1: Der Oberpfleger weist auf Patient F. hin, der gestern vom 1. Stock ins Parterre verlegt wurde, da er epileptische Anfälle hatte und erhöhte Temperatur. Der Oberarzt horcht ihn ab, erkundigt sich über die gestrigen Vorfälle.

Wachsaal 2: Oberarzt befragt Patient S., wie es ihm gehe, dieser beklagt sich über seinen allgemein schlechten Zustand, er habe Magenschmerzen, auch er wird vom Oberarzt abgehört. Pfleger D. sagt, der momentan schlechte Zustand des Patienten sei darauf zurückzuführen, daß der beim Röntgen war und das Autofahren nicht vertrage. Der Oberpfleger macht auf Patient F. aufmerksam: Er steht in seinem Buch vorgemerkt. Hat Fieber über Nacht bekommen und klagt dem Arzt gegenüber über starke Kopfschmerzen. Dieser konstatiert

eine Grippe und verschreibt ihm schmerzstillende Tabletten. Patient M. hält den Arzt auf, sagt ihm, es sei bei ihm so schlecht wie noch nie, er solle ihn ins W.-Spital bringen lassen. A.: "Ja, ich weiß, ins W.-Spital", wendet sich dann ab von ihm und gibt noch eine weitere Anweisung für Patient F. M. sagt dann noch: "Wenn Sie das veranlassen würden, verspreche ich Ihnen, daß Sie dann von mir viel mehr Ruhe hätten als zur Zeit." Hinweis des Oberpflegers auf Patient S. Der Patient ist in der letzten Nacht aus seinem Bett gestiegen und ist dabei hingefallen und hat sich an der Stirn verletzt. Arzt fragt, ob er des Öfteren umherlaufe. Pfleger D. sagt, er sei immer kataton im Bett gelegen. Arzt sagt daraufhin: "Der wird jetzt so lebhaft. Geben wir ihn in ein Gitterbett." Nachdem keines frei ist, gibt der Arzt auf Ratschlag von Pfleger D. hin die Anweisung, den Patienten über Nacht anzuschnallen.

Wachsaal 3: Keine Hinweise. Patient S. macht sich bemerkbar. Der Arzt geht hin. S. sagt, er fühle sich allgemein so zerschlagen, wie tot, man solle ihm eine Injektion geben lassen. Der Arzt sagt ihm, er hätte bereits einmal eine bekommen, "das beste" was sie hätten. S. sagt, das habe nichts bewirkt. Der Arzt gibt daraufhin die Anweisung, eine andere Injektion für ihn vorzumerken.

(A. 5) Zusammenfassende Einschätzung: Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der persönlichen Identität

1. Die therapeutischen Maßnahmen werden durch die Ärzte im Stile "professioneller Dominanz" (FREIDSON, 1975) individuell festgelegt. Das Krankenhausmilieu als therapeutischer oder zumindest interagierender Faktor wird im Sinne einer reinen "Objektmedizin" (DEPPE, 1969) nicht einbezogen.
Die Persönlichkeit des Patienten wird lediglich gegenüber direkten interpersonellen Beeinträchtigungen durch Verbote bzw. Aufforderungen geschützt. Eingriffe in die biologischen Grundlagen der Persönlichkeit und in wichtige Symbole der Persönlichkeit werden präventiv, therapeutisch oder auf der Basis institutioneller Regeln legitimiert.
2. Die zur Anwendung gebrachten Therapieformen sind extrem einseitig. Psychotherapeutische Verfahren existieren praktisch nicht. Persönliche Hilfestellung für den Patienten in Form von Gespräch oder Zuwendung, wird kaum realisiert. Zudem kommt es zu bedenklichen unkontrollierten Anwendungen der psychopharmakologischen Medikation. Der eng und einseitig betriebenen Therapie stehen die pathogenen Bedingungen des Krankenhausmilieus überwältigend gegenüber.
Die Persönlichkeit der Patienten wird sowohl aus dem eigentlichen therapeutischen Prozeß als auch aus dem alltäglichen Versorgungsbetrieb weitgehend ausgeschaltet bzw. deren Erfordernissen unterworfen. Medizinische Lehrmeinungen, repressive gesetzliche Bestimmungen und organisatorische Routinen rechtfertigen fortwährende Eingriffe in die biologischen und symbolischen Grundlagen der Persönlichkeit der Patienten.

(B) Die Einschätzung der Bedürfnisbefriedigung durch das befragte Pflegepersonal

Zwei der vorgegebenen Indikatoren thematisieren Situationen, in denen die persönliche Wichtigkeit für den einzelnen Patienten im Vordergrund steht. "Respektierung von persönlichen Neigungen und Gewohnheiten" nimmt auf die in bürokratischen Kontexten immer problematische Berücksichtigung von lebensgeschichtlich geformten Präferenzen Bezug, "Schutz vor Verlust persönlich wichtiger Gegenstände" geht von der Annahme aus, daß die Verfügung über persönliche Sachen für das "Selbst" eines Individuums von zentraler Bedeutung sein kann (GOFFMAN, 1972, 29 f.). Die Einschätzung des Pflegepersonals ist in TABELLE 15 zusammengefaßt.

Auffallend ist hier zunächst, daß die Gefahr des Verlustes persönlicher Habe vom Personal der Beobachtungsabteilungen als gering eingeschätzt wird. Es ist aber anzunehmen, daß das befragte Personal den weitgehenden Entzug persönlicher Gegenstände bis hin zur privaten Kleidung nicht berücksichtigt hat und seine Einschätzung nur auf die aktuelle Situation in den Abteilungen beschränkt hat, wo sich dieses Problem häufig gar nicht mehr stellt. Insgesamt somit eine deutlich zu positive Einschätzung, die wiederum in der Versorgungsabteilung VM unbegründet durch reale Verhältnisse noch übersteigert ist.

Eher kritisch wird die Rücksichtnahme auf persönliche Präferenzen der Patienten eingeschätzt, wobei die tatsächliche Situation aus der Sicht der Beobachter noch wesentlich ungünstiger erscheint. Diese Diskrepanz ist wohl auf eine interessenbedingte Überbewertung institutioneller Notwendigkeiten gegenüber den persönlichen Ansprüchen einzelner Patienten beim Personal zurückzuführen. Wiederum ist eine deutlich zu positive Einschätzung in Abteilung VM anzumerken, in welcher nach dem Urteil der Beobachter die Bedürfnisbefriedigung am wenigsten gesichert war. Die etwas günstigere Einschätzung

TABELLE 15: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach Aufrechterhaltung persönlicher Identität durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Respektierung von persönlichen Neigungen und Gewohnheiten

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	30	41	57	71	-	7
eher schlecht/schlecht	65	47	43	21	70	72
gar nicht	5	12	-	8	30	21
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	niedrig	eher niedrig	mittel	hoch	niedrig	niedrig

Indikator 2: Schutz vor Verlust persönlich wichtiger Gegenstände

	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	53	59	70	72	-	21
eher schlecht/schlecht	42	29	30	28	60	43
gar nicht	5	12	-	-	40	36
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	mittel	mittel	hoch	hoch	niedrig	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

für die Frauenabteilung AF gegenüber AM ist dagegen in Übereinstimmung mit den Beobachtungen.

Die "brutale Realität" der Versorgungssituation wird von den angehenden Diplomschwestern und -pflegern in der 1977 erfolgten Befragung am deutlichsten wahrgenommen. Für beide Indikatoren fällt diese mit den Patienten am stärksten identifizierte Gruppe ein vernichtendes Urteil über die Leistungen

der Institution, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß sich die Erfahrungen dieser Personen in den für eine adäquate Patientenversorgung noch am ehesten ausgestatteten Ausbildungsabteilungen herausgebildet haben.

Abschließend soll noch auf jene Indikatoren eingegangen werden, welche bei einer Untersuchung von psychiatrischen Krankenhausabteilungen eigentlich zentral wären. In Anbetracht der allgemein prekären Versorgungssituation, der längeren Verweildauer und der erhöhten Bedeutsamkeit des Milieus für psychiatrische Patienten wurde die Anzahl von Indikatoren, die die institutionelle Bewältigung psychischer Leidenszustände thematisieren, auf vier beschränkt.

Zwei dieser Indikatoren versuchen die emotionale und kognitive Unterstützung von leidenden Patienten zu erfassen, zwei beziehen sich auf die den Patienten zugestandenen Ausdrucks- und Aktionsmöglichkeiten. Die folgende TABELLE 16 gibt die Resultate der Befragung wieder.

TABELLE 16: Einschätzung der Befriedigungsgüte des Bedürfnisses nach Wiederherstellung der persönlichen Identität durch das befragte Pflegepersonal anhand ausgewählter Indikatoren

Indikator 1: Ausreichende Zuwendung von Ärzten und Pflegepersonal

Zugeschriebener Befriedigungsgrad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM	AF	VM	(VF)	(AM [*])	(AF [*])
	%	%	%	%	%	%
sehr gut/gut	30	48	76	50	-	14
eher schlecht/schlecht	70	52	24	43	80	85
gar nicht	-	-	-	7	20	-
N	100 (17)	100 (18)	100 (21)	100 (14)	100 (10)	100 (14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe	eher niedrig mittel hoch mittel niedrig niedrig					

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern ^{*}: Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Indikator 2: Verständnisvolles Eingehen auf Ängste und
Wahnvorstellungen

Zugeschriebener Befriedigungs- grad	A b t e i l u n g e n ⁺					
	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	47	94	54	93	10	21
eher schlecht/ schlecht	47	-	46	-	50	72
gar nicht	6	6	-	7	40	7
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe		mittel	hoch	mittel	hoch	niedrig

Indikator 3: Möglichkeit, Gefühle intensiv auszuleben und
auszutoben

	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	12	13	20	43	-	-
eher schlecht/ schlecht	47	73	53	43	30	43
gar nicht	41	14	27	14	70	57
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe		niedrig	niedrig	niedrig	eher niedrig	niedrig

Indikator 4: Möglichkeit, zeitweilig frühkindliche Verhaltens-
weisen wieder aufleben zu lassen

	AM %	AF %	VM %	(VF) %	(AM [*]) %	(AF [*]) %
sehr gut/gut	19	33	36	71	-	14
eher schlecht/ schlecht	44	67	57	21	60	65
gar nicht	37	-	7	8	40	21
	100	100	100	100	100	100
N	(17)	(18)	(21)	(14)	(10)	(14)
durchschnittliche Einschätzung der Gruppe		niedrig	eher niedrig	eher niedrig	hoch	niedrig

+ Abteilungen in Klammern (): Abteilungen, in denen nur Befragungen durchgeführt wurden

Abteilungen mit Stern * : Erfahrungshintergrund der befragten Schüler ist die praktische Ausbildung in den jeweiligen zwei Ausbildungsabteilungen der Männer- und Frauenseite

Auf den ersten Blick fällt die unterschiedliche Beantwortung für die beiden Indikatorenpaare auf: Relativ gute Einschätzungen der den Patienten zuteilwerdenden Unterstützung, ungünstige Einstufung der den Patienten gewährten Ausdrucksspielräume. Nach Ansicht der Beobachter ist diese deutliche Differenz ungerechtfertigt. Die Einschränkung der Ausdrucksmöglichkeiten durch Psychopharmaka und physische Zwangsmittel ist zweifellos gegeben, die emotionale Unterstützung der Patienten wird jedoch ebenfalls kaum realisiert.

Allerdings widerspricht letzteres einer allgemein deklarierten Norm, wird daher wohl eher aus Bewußtsein und/oder Mitteilung ausgeklammert. Die Unterschiede zwischen den Abteilungen bestätigen ein durchgehendes Muster: Bessere Einschätzung für die Versorgungslage in der Frauenbildungsabteilung gegenüber der entsprechenden Männerabteilung, die durch reale Unterschiede gestützt, aber nicht in diesem Ausmaß bestätigt wird, deutlich zu positive Beurteilung der Versorgungslage in Abteilung VM.

Deutlicher als die Beobachter es ausdrücken können, enthüllen die Einschätzungen der Schüler des Abschlußjahrgangs 1977 die prekäre Situation. Die Differenzierung zwischen den Indikatorpaaren fällt weg. Die kognitive und emotionale Unterstützung von leidenden Patienten wird nach Ansicht dieser Befragten nicht verwirklicht und hat somit derzeit den Charakter eines unerfüllten Anspruchs.

2. 4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung sind in der beiliegenden ÜBERSICHT 3 noch einmal zusammengestellt. Sie erlauben folgende generelle Schlußfolgerungen über die operativen Ziele (akzeptierter Versorgungsbedarf) und die reale Erfüllung dieser Ziele (Güte der Bedürfnisbefriedigung):

1. Die dominante Strategie der Bewältigung der Versorgung einer großen Anzahl psychisch gestörter, häufig auch physisch kranker und behinderter Personen unter schwierigen Rahmenbedingungen besteht darin, die Vielfalt menschlicher Bedürfnisse auf eine stark eingeschränkte Untermenge von institutionell akzeptierten Bedürfnissen zu reduzieren. Diese Reduktion ist durch die gültigen Gesetzesbestimmungen im wesentlichen gedeckt, steht jedoch im krassen Gegensatz zur Deklaration von Patientenrechten (ENNIS & EMERY, 1978) und zu wissenschaftlich fundierten Versorgungsprinzipien.

2. Die Reduktionsstrategie betrifft die drei Bedürfnisebenen in unterschiedlicher Weise: Der akzeptierte Versorgungsbedarf auf der Ebene körperlicher Bedürfnisse ist umfangmäßig am größten. Primär ist er auf solche Bedürfnisse wie Bekleidung, Essen, Trinken, Ausscheidungen, Schlafen, somatische Pflege und Krankenheitsversorgung hin orientiert, deren völlige Nichterfüllung direkte und schnell sichtbare Schädigungen mit sich bringen würde. Dagegen werden motorische, sensorische und sexuelle Bedürfnisse, deren Befriedigung leichter aufschiebbar ist und bei denen Nichtbefriedigung erst längerfristig negative Folgen bewirkt, nur am Rande, unverbindlich und vage oder überhaupt nicht als versorgungsbedürftig akzeptiert. Psychische Bedürfnisse werden nur in ganz geringem Umfang als zu regelnder Versorgungsbedarf akzeptiert. Es wird lediglich eine gewisse Schutzbedürftigkeit des Patienten vor Kränkungen, Verwirrungen und Verlust persönlich wichtiger Be-

ÜBERSICHT 3: Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf und Güte der beobachteten Versorgung für somatische und psychische Bedürfnisse der Patienten

Somatische Bedürfnisebene	Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf	Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung
1 Wärmeregulierung (Bekleidung u. Bedeckung)	Akzeptiert als Standard-u. besonderer Bedarf. Differenzierung berücksichtigt Kompetenzunterschiede der Patienten. Niedriges Befriedigungsniveau (nur Men-ge und Intervalle) durch Regeln ange-legt, in Abt. AF Elemente von Auswahl- und Selbststeuerungsmöglichkeiten fest-stellbar	Durchschnittliches Befriedigungsniveau niedrig. Vorgesehene Standardversorgung z.T. unterschritten (Unvollständigkeit und mangelnde Funktionstüchtigkeit der Kleidung), bei Versorgung für besonderen Bedarf starke Abweichungen in Richtung Untererfüllung vor-gesehener Leistungen
2 Regulierung des Flüssig-keitshaus-haltes mit Getränken	Akzeptiert als Standard-u. besonderer Bedarf. Relativ starke Patientendiffe-renzierung berücksichtigt unterschiedliche Kompetenzen und Regelgrößen. Niedriges Befriedigungsniveau (ohne in-dividuell abgestimmte Befriedigungs-möglichkeit) angelegt	Durchschnittliches Befriedigungsniveau der Standard-versorgung gering (begrenzte Mengen, festgelegte Inter-valle, geringe Variation, keine Auswahlmöglichkeiten), jedoch im wesentlichen gesichert. Bei Versorgung für besonderen Bedarf häufig Untererfüllungen und Fehl-versorgung (Mengenunterschreitungen, Nichtberücksich-tigung von Diäten)
2.2 Umstände der Urinaus-scheidung	Als Standardbedarf der Selbstregulie-rung überlassen. Relativ differenzierte Regelungen für besonderen Bedarf	Qualitative Umstände der Standardversorgung inhuman und z.T. pathogen (hygienisches Niveau). Versorgung unterschreitet die vorgesehenen Standards (hygieni-sches Niveau, pflegerisch-technisches Niveau)
3 Regulierung des Stoff-haushalts	analog 2.1	analog 2.1
3.1 Versorgung mit Nahrung	analog 2.2	analog 2.2
3.2 Umstände der Stuhl-ausscheidung		
4 Regulierung des Sauer-stoffhaus-halts	Regulierung im Krankenzimmer dem Pfl-egepersonal übertragen (eigene Fenster-schlüssel)	Durch Größe der Räume und viele Raucher unter den Patienten relativ schlechte Luftqualität. Mitbe-stimmungsmöglichkeit der Patienten über Frischluft-zufuhr nicht üblich.
4.1 Versorgung mit frischer Luft		
5 Befriedigung des Schlaf-bedürfnisses	Standardbedarf in rigiden Regeln ak-zeptiert. Einzige akzeptierte Bedarfs-abweichung sind Schlafstörungen	Niveau der Bedürfnisbefriedigung gering (völlige Ausschaltung individueller Präferenzen bezüglich Zeiteinteilung); häufige Störungen der Nachtruhe (Lärm, Licht); unkontrollierte Schlafmittelvergabe an schlafgestörte und störende Patienten kommt vor

6 Befriedigung sensorischer Bedürfnisse 6.1 Abwechslungsreichtum 6.2 Schutz vor Lärm und Geruch	Nicht als Bedarf akzeptiert. Als therapeutische Maßnahme für eine kleine Minderheit vorgesehen Einseitig definiert (Patienten als Urheber), im übrigen als kulturelle Selbstverständlichkeit aufgefaßt	Mehrheit der Patienten lebt in "sensorischer Deprivation" (Reizarmut, Trostlosigkeit der Umgebung, keine Abwechslung), fehlender Anspruch auf Bedürfnisbefriedigung erzeugt "Privilegiensystem" Mehrheit der Patienten durch Lärm und Geruch stark gestört
7 Befriedigung motorischer Bedürfnisse	Als Standardversorgung auf minimalem Niveau relativ unverbindlich geregelt. Analog für Patienten mit besonderem Bedarf	Mehrheit der Patienten unterliegt starken Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, vorgesehene Standardversorgung durch den Definitionsspielraum des Personals nicht immer durchgeführt. Vorgesehene Versorgung für besonderen Bedarf (gebehinderte Patienten) wird kaum durchgeführt
8 Befriedigung sexueller Bedürfnisse	Als Bedürfnis ignoriert. Durch diverse Einschränkungen a priori stark betroffen	Mehrheit der Patienten lebt in einer Situation sexueller Deprivation und einer zumeist latent bleibenden sexuellen Unterdrückung
9 Befriedigung der Erhaltung und Wiederherstellung der körperlichen Integrität 9.1 Schutz vor -Verletzung -Krankheit	Detaillierte Regelungen für Standard- und besonderen Bedarf dokumentieren Zentralität des Kontrollzieles. Regelmäßige Überprüfung von besonderen Einschränkungen ist nicht vorgesehen. Adäquanz der Bedarfszuschreibung (Aggressivität, Unberechenbarkeit) für die Mehrheit der Patienten nicht hinterfragt Akzeptiert als Standard- und besonderer Bedarf. Lücken im Bereich der Körperpflege, der Umwelthygiene und der medizinischen Routineversorgung, besonders ausgeprägt in Abteilung VM Detailregelungen betreffen Informations- und Dokumentationspflichten. Durchführung durch allgemein unverbindliche medizinische und pflegerische Standards vorgegeben	Tendenzen zur "Übererfüllung" und Umfunktionalisierung der Einschränkungen beobachtbar. Nicht thematisiert wird die durch institutionelle Praktiken erzeugte Verletzungsgefahr Durchschnittlich leichte Untererfüllungen der vorgesehenen Versorgung bei Standardbedarf (hygienische Standards, Körperpflege), deutlichere (mit relativ starken Variationen) bei besonderem Pflegebedarf Durchschnittliche medizinische und pflegerische Versorgung auf relativ niedrigem Niveau (bei relativ starker Variation): Verspätete Behandlung, unsachgemäße Durchführung (u.a. von völlig unqualifiziertem Pflegepersonal), oberflächliche Kontrolle des Verlaufs von Krankheiten
9.2 Versorgung somatischer Krankheiten		

Psychische Bedürfnisebene	Institutionell akzeptierter Versorgungsbedarf	Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung
1 Befriedigung von Informations- und Orientierungsbedürfnissen 1.1 Informationsangebotsangebot	Nicht als Bedarf akzeptiert	Den Patienten werden keinerlei Informationen routinemäßig zur Verfügung gestellt (bez. Krankheit, administrat. Entscheidungen, institutionelle Routinen, Außenwelt), die Patienten sind sich selbst überlassen
1.2 Kommunikationsmöglichkeiten	Punktuellder und undifferenzierter Bedarf akzeptiert (mit ärztlichem Personal: Visite; Sprechstunden; Außenkontakte: Besuchszeit) - jedoch keine Erfüllungsgarantie	Durchschnittliches Befriedigungsniveau minimal; nur relativ wenige Patienten empfangen Besuche; Visite betrifft nur kleine Auswahl der Patienten; sonstige Kommunikationsmöglichkeiten nicht institutionalisiert und von zahlreichen strukturellen Hindernissen betroffen
1.3 Schutz vor Desorientierung	Nicht als Bedarf definiert	Schutzbedürfnisse werden wiederholt durch falsche und unvollständige Informationen verletzt; häufige Verlegungen erzeugen Desorientierung
2 Befriedigung von Selbstwertbedürfnissen 2.1 Akzeptiert werden	Unverbindlich, abstrakt-humanistisch akzeptiert, keine Differenzierungen festgelegt	Positive Bewertungen sind selten und beziehen sich einseitig auf sozial angepasstes, ruhiges Verhalten - Akzeptiert werden "sekundär geschädigte" Patienten
2.2 Selbstdarstellung	Nicht als Bedarf akzeptiert	Drastische Beschränkungen der Selbstdarstellung gelten für die große Mehrheit der Patienten, den Patienten sind die symbolischen Mittel und die institutionalisierten Artikulationsmöglichkeiten weitgehend entzogen
2.3 Schutz vor Selbstwertminderung	Allgemeine Verbotsregeln für physische und psychische Degradierung; legitime Degradierungen; lückenhafte Definition	Krankungen der Patienten sind an der Tagesordnung; die bestehenden Verbotsnormen werden z.T. nicht beachtet; legitime Degradierungsmöglichkeiten werden ausgenutzt; die Intim- und Privatsphäre der Patienten wird außer Kraft gesetzt
3 Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen 3.1 Zuwendung, Möglichkeiten der Herstellung und Aufrechterhaltung	Unverbindlich akzeptiert; Zuständigkeit abgewälzt an Angehörige und den Patienten selbst	Die Patienten erfahren nur wenig Zuwendung; die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von bestehenden persönlichen Beziehungen sind stark eingeschränkt und für die Patienten kaum steuerbar. Die Herstellung neuer persönlicher Beziehungen innerhalb der Abteilungen wird durch verschiedene institutionelle Barrieren erschwert. Diesbezügliche Angebote bestehen nicht.

4 Befriedigung des Bedürfnisses nach praktischer Betätigung 4.1 Aneignung und Anwendung von Wissen, kreative Auseinandersetzung 4.2 Schutz von Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung	Nicht als Bedarf akzeptiert; für kleine Patienteneliten als therapeutische Maßnahme vorgesehen Zuteilung zu Arbeitstherapie und Hausarbeit an ärztliche Genehmigung gebunden, inhaltliche Gestaltung "gewohnheitsrechtlich", Arbeitszeiten und finanzielle Anerkennung geregelt	Die Mehrheit der Patienten lebt in einer Situation der erzwungenen Untätigkeit ohne produktive Möglichkeiten In der Arbeitstherapie sind Rehabilitationsziele zweitrangig, primär geht es um "Beschäftigung"; einige Gruppen tragen allerdings nicht unerheblich zur Erhaltung des Anstaltsbetriebes bei. Gegenüber dem "gemischten" Charakter der Arbeitstherapie stellt die Institution der Abteilungs-Hausarbeit eine eindeutige Ausbeutung dar (hohe Arbeitsleistung, lange Arbeitszeit, Wochenendarbeit, geringe Bezahlung)
5 Befriedigung der Erhaltung und Wiederherstellung der persönlichen Identität 5.1 Schutz vor Belastung u. Beeinträchtigung	Verbote von physischen Übergriffen und psychischer Degradierung berücksichtigen und differenzieren die Schutzbedürftigkeit. Biologische Eingriffe und Einschränkungen müssen medizinisch legitimierbar sein; betriebliche Erfordernisse gestatten Entzug von persönlichen Dingen	Der Umgang mit den Patienten verletzt häufig Grundregeln menschlicher Würde und persönlicher Respektierung. Spezifische Beschränkungen sind häufig, überwiegend haben sie Disziplinierungs- und Kontrollcharakter. Eingriffe in die symbolischen Persönlichkeitsgrundlagen sind ebenfalls an der Tagesordnung ohne als pathogenes Moment erkannt zu werden. Den Patienten wird eine ungewöhnlich hohe Belastungstoleranz zugemutet. Die durch institutionelle Vorgangsweisen erzeugten Hospitalismussymptome sind ein "blinder Fleck", Krankheit und Störung wird ausschließlich individuell zugeschrieben
5.2 Versorgung psychischer Störungen	Der akzeptierte Versorgungsbedarf sieht nicht für alle Patienten eine Behandlung vor. Soweit eine solche stattfinden soll, ist sie einseitig auf somatische Behandlungsmethoden eingeschränkt, psychotherapeutische Methoden sind nicht vorgesehen. Die Gestaltung des Milieus als therapeutischer Faktor liegt außerhalb des herrschenden Krankheitsverständnisses	Die Mehrheit der Patienten wird ausschließlich pharmakologisch versorgt, eine Reihe alter langjährig hospitalisierter Patienten nur mehr verwahrt. Die Kontrolle über die Wirksamkeit der Behandlung ist nur z.T. gegeben. Neben den vorgeschriebenen Arten und Mengen wendet das Pflegepersonal Pharmaka zur Ruhigstellung unangenehmer Patienten an, z.T. sehr extensiv

ziehungen anerkannt. Die Befriedigung wesentlicher menschlicher Bedürfnisse wie Informations- und Orientierungsbedürfnisse, Bedürfnisse nach Akzeptierung und Selbstdarstellung, nach Zuwendung und praktischer Betätigung wird vernachlässigt, zum Teil sogar unterbunden. Soziale Bedürfnisse nach Status und Partizipation in relevanten gesellschaftlichen Lebensbereichen außerhalb der Anstalt werden weitgehend aus der Zuständigkeit der Institution hinausdefiniert.

3. Für die akzeptierte Untermenge von Bedürfnissen werden eher niedrige Niveaus der Bedürfnisbefriedigung festgelegt. Es gibt fast kein Bedürfnis, für das Selbstregulation durch die Patienten vorgesehen ist; nur bei sehr wenigen Bedürfnissen besteht für die Patienten die Möglichkeit, aus einer kleinen Anzahl von Alternativen zu wählen. Für die meisten akzeptierten Bedürfnisse hat die Institution ein minimales Niveau hinsichtlich Menge und Intervall der Versorgung definiert, während die vorgesehene Qualität der Bedürfnisbefriedigung meistens niedrig angesetzt und die Variation meistens sehr stark eingeschränkt ist.

4. Für die Untermenge der akzeptierten somatischen Bedürfnisse werden jeweils nur wenige von einem durchschnittlichen Standard abweichende Kategorien von Patienten unterschieden, welche besondere Bedürfnislagen oder spezifische Kompetenzmängel aufweisen. Für die weniger akzeptierten psychischen Bedürfnisse findet kaum eine Differenzierung statt. Die vorgesehene Versorgung richtet sich an einem idealtypischen Durchschnittspatienten aus.

5. Bei der tatsächlichen Erfüllung des akzeptierten Versorgungsbedarfs findet häufig eine weitere Reduktion des Ausmaßes und der Qualität der Bedürfnisbefriedigung durch das Personal statt. Diese Reduktion fällt bei der Standardversorgung zumeist geringer aus als bei der Versorgung von Patienten mit einem besonderen (in der Regel höherem) Versorgungsbedarf.

6. Die systematische Anwendung des Bedürfnismodells erbrachte auch für jene Bedürfnisse und Bedürfnisaspekte eine Evaluation, deren Befriedigung nicht vorgesehen ist, die aber trotzdem in ihrer Regulierung von institutionellen Voraussetzungen betroffen werden. Überall dort, wo Bedürfnisbefriedigung nicht explizit vorgeschrieben wird, ist die Versorgung völlig unzureichend. Zum Teil geht das auf latente Konsequenzen der Regelung akzeptierter Bedürfnisse zurück, zum Beispiel auf die Auswirkungen von Schlafmitteln oder auf die Dominanz von Nahrungsversorgung und Pflegeaktivitäten im Tagesablauf. Teilweise ist auch die Tendenz des Pflegepersonals, individuelle Bedürfnisäußerungen außerhalb des bürokratisch akzeptierten Versorgungsbedarfs als deviante Zumutungen zu definieren, wie z.B. Essenswünsche nach der letzten offiziellen Mahlzeit um 17 Uhr, dafür verantwortlich. Schließlich nützen Teile des Personals die in einer solchen Situation bestehenden Möglichkeiten zur Durchsetzung der eigenen Interessen aus, indem die Gewährung oder Verweigerung der Befriedigung dieser institutionell ausgeklammerten Bedürfnisse als Sanktion - Privileg oder Strafe - eingesetzt wird.

7. Das befragte Pflegepersonal selbst betrachtete die Qualität der Patientenversorgung als unbefriedigend, wobei die Einschätzung umso negativer ist, je höher die Befragten qualifiziert waren. Bei einer detaillierten komparativen Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung zeigt sich allerdings, daß die Befriedigung jener Patientenbedürfnisse, für die das Pflegepersonal die hauptsächliche Verantwortung trägt, positiv verzerrt wahrgenommen wurde.

8. Insgesamt belegt die systematische Erfassung der Versorgung von Patientenbedürfnissen nicht nur, daß die körperliche medizinisch-pflegerische Grundversorgung auf einem Substandardniveau durchgeführt wird und eine adäquate Rehabilitation für die große Mehrheit der Patienten fehlt,

sondern auch, daß jene schädigenden Milieufaktoren, deren antitherapeutischer Charakter aus klinischer Erfahrung und experimenteller Forschung nachweisbar ist, vielfältig und in hohem Grad vorhanden sind.

Um zusammenzufassen: Die Institution versucht, ein System der Bedürfnisbefriedigung zu etablieren, welches so weit wie möglich jede Art von individueller Selbstregulation oder Wahl durch die Patienten eliminiert und statt dessen völlig auf einer bürokratisch geplanten und kontrollierten Dienstleistungsstruktur basiert, die orientiert ist an Durchschnittswerten eines entpersönlichten und passiven Konsumenten.

Erst auf dem Hintergrund der eingengten Ziele, der Knappheit der personellen und materiellen Ressourcen, der kommunikationsfeindlichen, isolierenden organisatorischen Arrangements und der bürokratischen Kontrollstruktur entwickelt das Pflegepersonal Interessen, die mit einer adäquaten Befriedigung der Patientenbedürfnisse konfliktieren und nützt die in der Situation bestehenden Möglichkeiten zum eigenen Vorteil - auch auf Kosten der Patienten - aus.

Die Apostrophierung des Pflegepersonals als "Herren der Klinik" (HEMPRICH & KISKER, 1968) läßt eben diese Randbedingung außer acht. Die Pfleger und Schwestern werden mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, die Ziele der Institution durchzusetzen, während die Patienten zumindest in den frühen Phasen ihrer institutionellen Karriere versuchen, darauf zu insistieren, daß ihre individuellen Bedürfnisse akzeptiert werden und sie einen höheren Standard von Bedürfnisbefriedigung und ein größeres Ausmaß von Partizipation erhalten. Da in dieser Situation Mittel und Qualifikationen für eine positive Gratifikation der Patienten fehlen, müssen die Schwestern und Pfleger auf Drohungen und Einschüchterungen zurückgreifen, um ihre Aufgabe erfolgreich zu erfüllen.

Die bisherigen Ausführungen hatten die Beschreibung und die Analyse eines durchschnittlichen Versorgungszustandes zu einem bestimmten Zeitpunkt zum Ziel. Diese Art der Patientenversorgung hat jedoch auch aufgrund von positiven Feed-back-Prozessen längerfristige Auswirkungen (vgl. FORSTER & PELIKAN, 1977a): Für die versorgten Patienten tritt ein progressiver Verfall ihrer Kompetenzen für autonome Bedürfnisbefriedigung, eine für den Fall der Entlassung nachteilige Verschiebung von Bedürfnislagen und eine Verschlechterung ihrer physischen und psychischen Gesundheit, sowie häufig ihres sozialen Status ein. Ehemalige Patienten werden versuchen, dieser Institution möglichst auszuweichen.

Für das Personal resultiert die undifferenzierte, uniformierende und repressive Art der Versorgung längerfristig in einer Vergrößerung des Arbeitsvolumens durch zunehmende Zahlen schwer behinderter, pflegebedürftiger Patienten. Dies zwingt zu einer weiteren Senkung von Versorgungsstandards und führt auf Seiten der höher Motivierten und Qualifizierten zu noch stärkerer Frustration. Das leitende Personal des Krankenhauses wird durch diese Entwicklung zu einer weiteren Einschränkung der vorgesehenen Versorgungsleistungen und zu einer rigideren Kontrolle ihrer Durchführung veranlaßt.

Das schlechte öffentliche Image des untersuchten Krankenhauses wird sich unter solchen Umständen nicht verbessern. Die politisch Verantwortlichen werden weiterhin die Kosten einer grundlegenden Reform in diesem unattraktiven Sektor der Krankenversorgung scheuen und diese Untätigkeit weiterhin mit Zweifeln an der Effektivität therapeutischer Interventionen und der Behandlungsfähigkeit der Patienten legitimieren können.

Dieses System läßt sich nicht durch isolierte Eingriffe, die praktisch wirksam und leicht durchführbar sind und gleichzeitig wenig kosten, verändern. Vielmehr wird es notwendig sein, die zugrundeliegenden legistischen, organisatorischen, materiellen und personellen Strukturen zugleich

und grundlegend zu verändern.

Eine detaillierte Darstellung dieser Strukturen und mögliche Reformmaßnahmen werden im 2. Band dieses Berichtes vorgelegt.

