

PATIENTENVERSORGUNG UND PERSONALHANDELN
IM KONTEXT EINER
PSYCHIATRISCHEN SONDERANSTALT .

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

Band 2

Rudolf FORSTER
und
Jürgen M. PELIKAN
Institutsarbeit Nr.109
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.

Teil IV: Analyse des Personalhandelns

1. Voraussetzungen der Patientenversorgung: Personalhandeln und strukturelle Randbedingungen	1
1. 1 Einführende Bemerkungen	1
1. 2 Ursachen für schlecht erfüllte Patientenbedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Pflegepersonen - die Sicht des befragten Pflegepersonals	4
1. 3 Pflegerspezifische Voraussetzungen der Patientenversorgung	10
1. 3. 1 Kompetenzen des Pflegepersonals	10
1. 3. 2 Orientierungen des Pflegepersonals	19
1. 4 Situative Voraussetzungen der Patientenversorgung	28
1. 4. 1 Situative Möglichkeiten	28
1. 4. 1. 1 Materielle Ausstattung	28
1. 4. 1. 2 Personelle Ausstattung	33
1. 4. 1. 3 Institutionelle Voraussetzungen	41
1. 4. 1. 4 Patientenmerkmale	56
1. 4. 2 Kontrollstruktur	61
1. 5 Zusammenfassende Einschätzung	75
1. 6 Exkurs: Die Abwanderung des diplomierten Pflegepersonals - professionelle Erwartungen und situative Zwänge	95
2. Reformbedürftigkeit und Reformierbarkeit des Psychiatrischen Krankenhauses aus der Sicht des befragten Pflegepersonals	105
2. 1 Dringliche Reformen für Personal und Patienten	105
2. 1. 1 Reformen für das Pflegepersonal	106
2. 1. 2 Reformen für die Patienten	109
2. 2 Wünschbarkeit und Realisierbarkeit vorgegebener Reformmaßnahmen	111
2. 2. 1 Die Einschätzung der Wünschbarkeit von Reformen	112

2. 2. 1. 1	Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten	112
2. 2. 1. 2	Die Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten	116
2. 2. 2	Die Bewertung der Einführbarkeit von Reformen	122
2. 2. 2. 1	Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten	122
2. 2. 2. 2	Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten	125
2. 2. 3	Wahrgenommene Hindernisse und förderliche Bedingungen bei der Durchführung von Reformen	129
2. 2. 4	Das Verhältnis zwischen wahrgenommener Reformbedürftigkeit und zugeschriebener Realisierbarkeit von Reformen	132

Teil V: Reformprogramm 135

1.	Reformziel A: Basissanierung und Humanisierung des Psychiatrischen Krankenhauses	140
1. 1	Ausgangslage	140
1. 2	Reformstrategien	143
1. 3	Reformmaßnahmen	145
2.	Reformziel B: Ermöglichung und Realisierung einer therapeutisch-rehabilitativen Zielsetzung im Psychiatrischen Krankenhaus	161
2. 1	Ausgangslage	161
2. 2	Reformstrategien	162
2. 3	Reformmaßnahmen	164
3.	Reformziel C: Überführung des Psychiatrischen Krankenhauses in ein sektorisierendes Versorgungssystem	172
3. 1	Ausgangslage	172
3. 2	Reformstrategien: Eine Bewertung internationaler und österreichischer Ansätze	173
3. 3	Reformmaßnahmen	178

Teil VI: Anhang	185
1. Materielle Voraussetzungen	187
1. 1 Finanzielle Ressourcen des Psychiatrischen Krankenhauses relativ zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen	187
1. 2 Materielle Ausstattung der Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses	191
1. 3 Architektonische Grundstruktur und räumliche Funktionen in den untersuchten Abteilungen	194
2. Personelle Voraussetzungen	206
2. 1 Personelle Ressourcen des Psychiatrischen Krankenhauses relativ zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen	206
2. 2 Pflegepersonal-Ausstattung der Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses	210
2. 3 Einige Statistiken zur durchschnittlichen personellen Besetzung der untersuchten Abteilungen	211
3. Institutionelle Voraussetzungen	231
3. 1 Sozio-kulturelle Normierungen: Abteilungsfunktionen, Positionen und Rollen, Dienstregelungen	231
3. 1. 1 Funktionen der untersuchten Abteilungen	231
3. 1. 2 Positionen und Rollen	233
3. 1. 3 Die Diensterteilung in der "Tour" und die damit verbundene Arbeiterteilung	241
3. 2 Organisation, Inhalt und Durchführung pflegerischer Arbeit	250
3. 2. 1 Versorgungseinheiten	250
3. 2. 2 Die zeitliche Strukturierung des typischen Tagdienstes	251
3. 2. 3 Detaillierte Beschreibung der verschiedenen Phasen des typischen Tagesablaufs	253
3. 2. 3. 1 Abteilung VM	256
3. 2. 3. 2 Abteilung AM	274
3. 2. 3. 3 Abteilung AF	284
3. 2. 3. 4 Vergleichende Gegenüberstellung der drei Abteilungen	292
3. 2. 3. 4. 1 Art der durchgeführten Arbeitsaufgaben und Differenzierung des Pflegepersonals	292
3. 2. 3. 4. 2 Arbeiterteilung und Koordination der Tätigkeiten im Krankensaal	292

3. 2. 3. 4. 3 Qualität und Variation der durchgeführten Arbeit	295
3. 2. 4 Andere Dienstarten	297
3. 2. 4. 1 Andere Tagdienste	297
3. 2. 4. 2 Nachtdienste	300
3. 2. 4. 3 Dienstabfolgen im Rahmen des Tourdienstes: Subjektive Anpassungen und objektive Folgen	302
4. Die Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses	306
4. 1 Entwicklung der Zugänge, Abgänge und des Patientenstandes seit 1949	306
4. 2 Alter, Diagnosen und Aufenthaltsdauer der Patienten der einzelnen Abteilungen	311
4. 3 Pflegebedürftigkeit der Patienten der einzelnen Abteilungen nach ausgewählten Behinderungen	344
Literaturverzeichnis	345

Tab. 17: Genannte Ursachen für unbefriedigend erfüllte Patientenbedürfnisse nach Abteilungstyp	4
Tab. 18: Vorstellungen über Verbesserungsmöglichkeiten der Patientenversorgung durch den/die einzelne(n) Pfleger/Schwester nach Abteilungstyp	8
Tab. 19: Subjektive Bewertung der Vorbereitung für den Beginn der praktischen Tätigkeit	12
Tab. 20: Zufriedenheit mit der Vorbereitung durch die Ausbildung für die Arbeit in dieser Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	13
Tab. 21: Subjektiv erlebte Ausbildungslücken bzw. -mängel	14
Tab. 22: Zufriedenheit mit der Verwertbarkeit der Ausbildung für die Arbeit in der Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	16
Tab. 23: Subjektiv erlebte Fehl- und Überqualifikationen	17
Tab. 24: Einschätzung der Wichtigkeit ausgewählter Arbeits- und Berufsmerkmale (Anteil der Befragten, die die jeweiligen Merkmale für "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig" halten)	21
Tab. 25: Zufriedenheit mit ausgewählten Arbeits- und Berufsmerkmalen (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	22
Tab. 26: Zufriedenheit des Pflegepersonals mit ausgewählten materiellen Umständen seiner Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	31
Tab. 27: Zufriedenheit des Pflegepersonals mit den personellen Voraussetzungen seiner Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	37
Tab. 28: Zufriedenheit mit den auf der Abteilung geltenden Regeln und dem eingeführten Organisationsplan (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	48

Tab. 29: Bewertung der Vor- und Nachteile der Dienst-einteilung ("Sechseradl") für Personal und Patienten	49
Tab. 30: Bewertung der Informationsweitergabe durch wichtige Interaktionspartner (Anteil der "Nein"-Antworten)	52
Tab. 31: Zufriedenheit mit dem Verhalten wichtiger Interaktionspartner in der Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")	64
Tab.32a: Bewertung der Anerkennung vonseiten der Ärzte, Chargen und Kollegen	65
Tab.32b: Bewertung der Kritik von seiten der Ärzte, Chargen und Kollegen	66
Tab.33a: Bewertung der Anerkennung von seiten der Pa-tienten und ihrer Angehörigen	70
Tab.33b: Bewertung der Kritik von seiten der Patienten und ihrer Angehörigen	71
Tab. 34: Unzufriedenheit mit verschiedenen Betätigungs-möglichkeiten in der Abteilung (Anteil der "eher Zufriedenen", "Unzufriedenen" und "sehr Unzufriedenen")	77
Tab. 35: Austrittsraten aus der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Krankenpflegepersonal	96
Tab. 36: Berufskarrieren des an der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Krankenpflegepersonal aus-gebildeten diplomierten Pflegepersonals	97
Tab. 37: Einschätzung der Ursachen für das Ausscheiden von Lernpflegern bzw. -schwestern während der Ausbildung durch Schuldiplomierte und Schüler	100
Tab. 38: Einschätzung der Ursachen für das häufige Abwandern diplomierter Krankenpflegepersonen durch Schuldiplomierte und Schüler	102
Tab. 39: Einschätzung der Verhaltensanforderungen an Neueingetretene, welche unbeanstandet ihre Arbeit tun wollen bzw. Chargenposten anstre-ben	104
Tab. 40: Genannte Reformen zugunsten des Pflegeperso-nals	106
Tab. 41: Genannte Reformen zugunsten der Patienten	110
Tab. 42: Hindernisse für die Durchführung von Reformen	129
Tab. 43: Reformförderliche Bedingungen in der jetzi-gen Situation des Psychiatrischen Kranken-hauses	131

Tab. A.1:	Die Entwicklung der Investitionen (und ihrer Deckung) pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten	187
Tab. A.2:	Die Entwicklung ausgewählter Ausgaben pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten	188
Tab. A.3:	Die Entwicklung der Einnahmen pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten	189
Tab. A.4:	Die Entwicklung des Betriebsabganges (und seine Deckung) pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten	189
Tab. A.5:	Die Entwicklung der ermittelten Pflegegebühr pro Krankenpflegetag (gemäß § 28, Abs.1 KAG) für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten zwischen 1964 und 1974	190
Tab. A.6:	Die Entwicklung der Pflegegebühren (in öS) am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976	190
Tab. A.7:	Zahl der Krankenzimmer einer bestimmten Bettenanzahl und Zahl der Betten in einem bestimmten Zimmertyp in Männer- und Frauenabteilungen	191
Tab. A.8:	Ausstattung der einzelnen Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses mit verschiedenen Ressourcen (nach einer schriftlichen Befragung der Oberpfleger/-schwestern 1975)	192
Tab. A.9:	Die Entwicklung der Anzahl der Ärzte am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976	206
Tab. A.10:	Die Entwicklung der Anzahl der verschiedenen Kategorien des Krankenpflegepersonals am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976	207
Tab. A.11:	Die Entwicklung der Anzahl verschiedener Kategorien der medizinisch-technischen Dienste am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976	207
Tab. A.12:	Die Entwicklung der Anzahl verschiedener Personalkategorien am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976	208
Tab. A.12a:	Die Entwicklung ausgewählter Kategorien des Krankenhauspersonals in Österreich zwischen 1963 und 1976	208

Tab. A.13: Die Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Patienten für ausgewählte Personalkategorien zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten	209
Tab. A.14: Ausstattung der einzelnen Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses mit Pflegepersonal an einem Stichtag des Jahres 1977	210
Tab. A.15: Der systemisierte Stand des Pflegepersonals auf drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974	213
Tab. A.16: Die tatsächliche Besetzung des Pflegepersonals auf den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974	214
Tab. A.17: Das auf anderen Abteilungen des Krankenhauses eingesetzte Pflegepersonal aus dem systemisierten Stand der drei Abteilungen im Lauf des Jahres 1974	216
Tab. A.18: Durchschnittlich von einer systemisierten/tatsächlich anwesenden Pflegeperson zu versorgende Betten bzw. Patienten	216
Tab. A.19: Das an einzelnen Tagen des Jahres 1974 in den drei Abteilungen durchschnittlich anwesende Pflegepersonal	217
Tab. A.20: Das während einzelner Monate des Jahres 1974 in den drei Abteilungen durchschnittlich systemisierte/anwesende Pflegepersonal	218
Tab. A.21: Die Verteilung des Pflegepersonals der drei Abteilungen nach Berufsqualifikation und Alter an vier Stichtagen und im Durchschnitt	223
Tab. A.22: Die Verteilung des Pflegepersonals der drei Abteilungen nach der Dienstzeit im Krankenhaus bzw. in der untersuchten Abteilung an vier Stichtagen und im Durchschnitt	224
Tab. A.23: Veränderungen im systemisierten Stand des Pflegepersonals während des Jahres 1974 in den drei Abteilungen	226
Tab. A.24: Charakteristika der externen Zu- und Abgänge des Pflegepersonals in den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974	228
Tab. A.25: Charakteristika der internen Zu- und Abgänge des Pflegepersonals in den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974	230
Tab. A.26: Die durchschnittliche Besetzung mit Patienten und Pflegepersonal in den Versorgungseinheiten der drei Abteilungen	250
Tab. A.27: Phasen des typischen Tagdienstes in den Wachsälen Parterre	254

Tab. A.28: Der Zusammenhang zwischen Dienstart und ausgewählten Dimensionen der Arbeit	304
Tab. A.29: Die Entwicklung der Zugänge von Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	306
Tab. A.30: Die Entwicklung der Zugänge von weiblichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	307
Tab. A.31: Die Entwicklung der Zugänge von männlichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	307
Tab. A.32: Die Entwicklung der Abgänge von Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	308
Tab. A.33: Die Entwicklung der Abgänge der weiblichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	309
Tab. A.34: Die Entwicklung der Abgänge der männlichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	309
Tab. A.35: Die Entwicklung des Standes der Patienten zum Jahresende am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976	310
Tab. A.36.1: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationären Patienten, nach Geschlecht	311
Tab. A.36.2: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationären Patienten, nach Abteilungen	311
Tab. A.36.3: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationierten Patienten der untersuchten Abteilungen	312
Tab. A.37.1: Altersverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht	313
Tab. A.37.2: Altersverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen	313
Tab. A.37.3: Altersverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten der untersuchten Abteilungen	314
Tab. A.38.1: Diagnoseverteilung aller am 31.12.1974 stationierten Patienten	315
Tab. A.38.2: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Abteilungen	316
Tab. A.38.3: Diagnoseverteilung der am 31.12. 1974 stationierten Patienten in den untersuchten Abteilungen	317

Tab. A.39.1: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht	318
Tab. A.39.2: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen	319
Tab. A.39.3: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten in den untersuchten Abteilungen	320
Tab. A.40.1: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Geschlecht	321
Tab. A.40.2: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Abteilungszugehörigkeit	322
Tab. A.40.3: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten in den untersuchten Abteilungen	323
Tab. A.41.1: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht	324
Tab. A.41.2: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen	325
Tab. A.41.3: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten in den untersuchten Abteilungen	326
Tab. A.42: Dominante Typen von Patienten nach Diagnose, Alter und Aufenthaltsdauer in den drei untersuchten Abteilungen am 31.12.1974	327
Tab. A.43.1: Die Altersverteilung aller im Laufe des Jahres 1974 im Psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten	329
Tab. A.43.2: Die Altersverteilung der im Laufe des Jahres 1974 in untersuchten Abteilungen aufgenommenen Patienten	329
Tab. A.44.1: Die Diagnoseverteilung aller im Laufe des Jahres 1974 aufgenommenen Patienten	330
Tab. A.44.2: Die Diagnoseverteilung der im Laufe des Jahres 1974 in untersuchten Abteilungen aufgenommenen Patienten	331
Tab. A.45: Dominante Typen von im Laufe des Jahres 1974 aufgenommenen Patienten der drei untersuchten Abteilungen nach Diagnose und Alter	332
Tab. A.46.1: Der Status aller im Laufe des Jahres 1974 im Psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten am Jahresende	333

Tab. A.46.2: Der Status der im Laufe des Jahres 1974 in untersuchten Abteilungen aufgenommenen Patienten am Jahresende	333
Tab. A.47.1: Die Abgangsarten der im Jahre 1974 abge- gangenen Patienten	334
Tab. A.47.2: Die Abgangsarten der im Jahre 1974 abge- gangenen Patienten der untersuchten Abtei- lungen	334
Tab. A.48.1: Die Aufenthaltsdauer aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten	335
Tab. A.48.2: Die Aufenthaltsdauer der im Jahre 1974 entlassenen Patienten nach Abteilungen	336
Tab. A.48.3: Die Aufenthaltsdauer aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten der untersuchten Ab- teilungen	337
Tab. A.49.1: Die Diagnoseverteilung aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten	338
Tab. A.49.2: Die Diagnoseverteilung der 1974 ent- lassenen Patienten der untersuchten Ab- teilungen	339
Tab. A.50: Dominante Typen von im Jahre 1974 entlas- senen Patienten der drei untersuchten Ab- teilungen nach Diagnose, Alter und Auf- enthaltsdauer	340
Tab. A.51: Pflegebedürftigkeit der Patienten der einzelnen Abteilungen nach ausgewählten Behinderungen	344

Abb. 9: Vergleich der eingeschätzten Wichtigkeit und Zufriedenheit mit ausgewählten Arbeits- und Berufsmerkmalen durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig" bzw. "sehr zufrieden" oder "zufrieden"	24
Abb.10: Austrittsraten von Lernpflegepersonal und diplomiertem Personal seit Bestehen der Ausbildungsstätte für diplomiertes Krankenpflegepersonal (jeweilige Anzahl weiblicher und männlicher Pflegepersonen zu wichtigen Zeitpunkten)	99
Abb.11: Die Einschätzung der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent	114
Abb.12: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" und "eher wünschenswert"	117
Abb.13: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" und "eher wünschenswert" und der Einschätzung durch die Schüler des 3.Jg., 1977 (N=24)	119
Abb.14: Die Einschätzung der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten	123
Abb.15: Vergleich der Einschätzungen der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N=35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "leicht einführbar" und "eher leicht einführbar"	126

- Abb.16: Vergleich der Einschätzungen der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler, Schuldiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "leicht einführbar" und "eher leicht einführbar" und der Einschätzungen durch die Schüler des 3.Jg. 1977 (N=24) 127
- Abb.17: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit und Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" bzw. "leicht einführbar", "eher leicht einführbar" 133
- Abb.18: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit und Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler 1975 (N=15) und Schülern des 3.Jg. 1977 (N=24) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert", "eher wünschenswert" bzw. "leicht einführbar", "eher leicht einführbar" 135

Übersicht 4.1: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Wärmeregulierung: Bekleidung und Bedeckung	79
Übersicht 4.2: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes	80
Übersicht 4.3: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Regulierung des Stoffhaushaltes	82
Übersicht 4.4: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Regulierung des Sauerstoffhaushaltes	83
Übersicht 4.5: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung des Schlafbedürfnisses	84
Übersicht 4.6: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung sensorischer Bedürfnisse	85
Übersicht 4.7: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung motorischer Bedürfnisse	86
Übersicht 4.8: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung sexueller Bedürfnisse	87
Übersicht 4.9: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung der Erhaltung und Wiederherstellung der körperlichen Integrität	88
Übersicht 4.10: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung von Informations- und Orientierungsbedürfnissen	90

Übersicht 4.11: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung von Selbstwertbedürfnissen	91
Übersicht 4.12: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen	92
Übersicht 4.13: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung von Selbstwertbedürfnissen	93
Übersicht 4.14: Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung der Erhaltung und Wiederherstellung der persönlichen Identität	94
Übersicht 5: Zuordnung der im Interview vorgegebenen Maßnahmen zu analytischen Reformtypen	113
Übersicht 6: Vorgeschlagene Strategien und Maßnahmen zur Erreichung des Reformzieles "Basissanierung und Humanisierung des Psychiatrischen Krankenhauses"	144
Übersicht 7: Organisationsmodell für die pflegerische Versorgung eines Pavillons mit 4 Stationen hinsichtlich Stand, Dienst-einteilung, tatsächliche Anwesenheit	148
Übersicht 8: Bedürfnisspezifische Vorschläge für die Definition von Patientenrechten und deren materielle Voraussetzungen	154
Übersicht 9: Vorgeschlagene Strategien und Maßnahmen zur Erreichung des Reformzieles "Ermöglichung und Realisierung einer therapeutisch-rehabilitativen Zielsetzung im Psychiatrischen Krankenhaus"	163
Übersicht A.1: Gegenüberstellung des Würzburger Diagnoseschemas mit der im Bericht verwendeten verkürzten Version	342

Teil IV: ANALYSE DES PERSONALHANDELNS

1. Voraussetzungen der Patientenversorgung: Personalhandeln
und strukturelle Randbedingungen

1. 1 Einführende Bemerkungen

Neben der Beschreibung und Analyse der derzeitigen Patientenversorgung ist die Ableitung von begründbaren Veränderungsvorschlägen ein Hauptziel dieser Studie.

Im Teil III wurden nicht nur die eingeschränkten Zieldefinitionen der Patientenversorgung und ihre abteilungsspezifisch unterschiedliche Erfüllung geschildert, sondern auch die Qualität der Versorgung jener Patientenbedürfnisse, die in den Zieldefinitionen zwar offiziell nicht enthalten sind, deren tatsächliche Befriedigung aber dessen ungeachtet auch vom Anstaltsbetrieb bestimmt ist. Viele der geschilderten Zustände und Ereignisse sind jedoch in ihrer Entstehung nicht adäquat verständlich, ohne genaue Kenntnis der strukturellen Rahmenbedingungen innerhalb derer sie bestehen bzw. auftreten. Dementsprechend kann die Verbesserung der Patientenversorgung auch nicht "verordnet" werden, sondern erfordert gezielte Eingriffe in die verschiedenen zugrundeliegenden Bedingungsfaktoren.

In diesem Abschnitt sollen daher diese Bedingungsfaktoren beschrieben und bewertet werden.

Die bisherigen Analysen, die an der beobachtbaren Alltagsrealität der Abteilungen ansetzen, haben die zentrale Rolle des

Pflegepersonals bei der Vermittlung der Dienstleistungen des Psychiatrischen Krankenhauses dokumentiert. Das Pflegepersonal ist das letzte Glied in einer langen Kette von Personen bzw. Personengruppen, welche durch ihre Handlungen bzw. Entscheidungen die Qualität der Patientenversorgung mitbeeinflussen. Am Pflegepersonal werden jedoch auch jene Diskriminierungen, Unterlassungen und Fehler in der Patientenversorgung konkret sichtbar, die das Resultat von Entscheidungen auf höheren Ebenen sind.

Dadurch entsteht die Gefahr einer einseitigen und voreiligen "Schuldzuschreibung" an jene nicht übersehbare Personengruppe, die zugleich den geringsten Dispositionsspielraum hat.

Um einer solchen Schlußfolgerung vorzubeugen, insbesondere aber auch, weil wir der pflegerischen Betreuung eine Schlüsselrolle für die Patientensituation beimessen, ist dieser Abschnitt so aufgebaut, daß jene Bedingungsfaktoren dargestellt werden, die das Handeln des Pflegepersonals bestimmen. Eine solche Analyseperspektive ist zudem auch durch die von uns erhobenen Daten naheliegend.

Dabei werden Handlungs determinanten, die an den Personen festmachbar sind (1.2), von solchen unterschieden, die außerhalb dieser Personen in der Situation als Handlungskontext bestehen (1.3). Die personspezifischen Determinanten wiederum werden differenziert in Kompetenzen einerseits, welche die prinzipiell mögliche Qualität von Dienstleistungen abgrenzen, und in relevante Orientierungen andererseits, welche die Auswahl innerhalb gegebener Handlungsmöglichkeiten steuern.

Analog dazu werden bei den situativen Determinanten, die in einer Situation bestehenden Möglichkeiten materieller, personeller und institutioneller Art, durch welche der Rahmen möglicher Handlungen grundsätzlich abgesteckt wird, von den typisch erwartbaren Kontrollen und Sanktionen unterschieden, welche die Auswahl von Handlungsalternativen mitbeeinflussen.

Neben einer Deskription⁺ der wichtigsten Aspekte jedes Bestimmungsfaktors wird jeweils auch auf drei Fragestellungen eingegangen:

- Wie weit entsprechen die Möglichkeiten des pflegerischen Handelns den angestrebten Zielen der Patientenversorgung ("akzeptierter Versorgungsbedarf" in Teil III) ?
- Welche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Bedingungsfaktoren sind empirisch belegbar bzw. analytisch ableitbar ?
- Inwieweit genügen die derzeitigen personspezifischen und situativen Voraussetzungen des Psychiatrischen Krankenhauses einer angestrebten umfassenderen und patientengerechteren Versorgung ? An den Anfang der Ausführungen über die verschiedenen Voraussetzungen der Patientenversorgung stellen wir die Sicht des befragten Krankenpflegepersonals über Ursachen ungenügender Versorgungsqualität.

⁺ Die wichtigsten Datenquellen sind: Eine schriftliche Befragung der Oberpfleger bzw. -schwestern aller Abteilungen (1975) über materielle Ressourcen und Patientenmerkmale, die den Arbeitsanfall für das Pflegepersonal bestimmen; eine Auswertung der Tagesberichte der Abteilungen über die tägliche personelle Ausstattung für das Jahr 1974; eine Auswertung der Patientenindexbücher für das Jahr 1974; Teile der Pflegepersonal-Befragung 1975, welche sich auf die Wichtigkeit von und Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Arbeitssituation beziehen.

1. 2 Ursachen für schlecht erfüllte Patientenbedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Pflegepersonen - die Sicht des befragten Pflegepersonals

Im Anschluß an die Beantwortung der geschlossenen Fragen zur Patientensituation wurden die Befragten gebeten, Ursachen für die schlechte Befriedigung von Patientenbedürfnissen anzugeben. (Bis zu maximal fünf schlecht erfüllte Bedürfnisse konnten erörtert werden).

Die hauptsächliche Ursache für die unbefriedigende Patientensituation sahen die Befragten in den unzulänglichen personellen Voraussetzungen, vornehmlich im Mangel an Personal. Über die Hälfte der Befragten nannte mindestens einmal diese Ursache (TABELLE 17).

TABELLE 17: Genannte Ursachen für unbefriedigend erfüllte Patientenbedürfnisse nach Abteilungstyp⁺ ⁺⁺)

Ursachen	Abteilungstyp						gesamt
	Ausbildung			Versorgung			
	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.	
<u>materielle Bedingungen</u>	59 %	44 %	51 %	21 %	36 %	29 %	41 %
<u>personelle Voraussetzungen</u>	59 %	56 %	57 %	50 %	50 %	50 %	54 %
- quantitativ	47 %	50 %	49 %	36 %	36 %	36 %	43 %
- qualitativ	12 %	6 %	9 %	14 %	14 %	14 %	11 %
<u>Organisationsstrukturen</u>	71 %	61 %	66 %	36 %	7 %	21 %	46 %
- Regeln	35 %	39 %	37 %	29 %	7 %	18 %	29 %
- Institutionen	35 %	22 %	29 %	7 %	-	4 %	17 %
<u>Patientenmerkmale</u>	29 %	17 %	23 %	43 %	36 %	39 %	30 %
sonstige	6 %	6 %	6 %	-	7 %	4 %	5 %
keine Antwort	6 %	11 %	9 %	21 %	29 %	25 %	16 %
N = nicht befragt	(17)	(18)	(35)	(14)	(14)	(28)	(63)
				7		7	7

+) Frageformulierung: "Es gibt hier Patientenbedürfnisse, die Sie für wichtig halten, die hier aber nur schlecht befriedigt werden. Warum werden diese Patientenbedürfnisse nicht besser befriedigt?"

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

Jeder 2. Befragte sah in den bestehenden Organisationsstrukturen, d.h. einerseits in existierenden Regeln, andererseits im Vorhandensein bzw. Mangel an institutionellen Voraussetzungen, Hindernisse für eine bessere Patientenversorgung.

Die ungenügenden materiellen Bedingungen, unter denen die Patienten versorgt werden müssen, wurden von etwa zwei Fünftel der Befragten als Ursache für unbefriedigende Zustände in der Patientenversorgung angeführt.

Schließlich gab etwa ein Drittel der Befragten Merkmale der Patienten, d.h. deren physischen oder psychischen Zustand, als Ursache für Versorgungsmängel an.

Nur ein Fünftel aller Befragten gab keine Ursachen an.

Innerhalb der personellen Voraussetzungen wurde fast ausschließlich auf die generelle Personalnot verwiesen. Erst in zweiter Linie wurde der Mangel an spezifischen Personalgruppen wie Beschäftigungstherapeuten oder Heilgymnasten genannt. Mangelnde Qualifikation und ungünstige Einstellungen des Personals wurden dagegen nur von einer Minderheit als vorrangliche Ursachen erwähnt:

"Das Personal hat resigniert" (AF,13)

"Alles muß schnell gehen - man hat kein Vertrauen zu den Patienten und wenige Erwartungen an die Patienten" (VF, 03).

Innerhalb der Organisationsstrukturen wurde v.a. der einschränkende Charakter von Regeln betont, wobei Regeln häufig als nicht zu verändernde, selbstverständliche Realität empfunden und nur zum Teil kritisch hinterfragt wurden. So wurde unter anderem "begründet":

"Sexuelle Betätigung und Kontakt zum anderen Geschlecht sind im Krankenhaus nicht möglich." (VF, 10)

"Information ist nicht möglich, wir stehen unter Schweigepflicht." (VM, 17)

"Patienten möchten gern Gegenstände bei sich behalten, das kann man nicht immer zulassen." (AF, 15)

"Patienten haben nicht so viel Freiheit." (AM, 01)

Kritisch vermerkt - allerdings von weniger Personen - wurde dagegen das Fehlen von institutionalisierten Angeboten wie Beschäftigungsprogrammen, Gruppentherapien etc.:

"Arbeiten gehen ist die einzige Möglichkeit, im Pavillon drinnen gibt es nichts." (AM, 01)

Einige Personen nannten auch derzeit bestehende Strukturen der Arbeitsteilung und Hierarchie als Ursachen.

Als unzureichende materielle Voraussetzungen wurden von allen Befragten hauptsächlich Raumknappheit, zu große Räume sowie Zahl und Güte der sanitären Anlagen erwähnt:

"Es gibt keine Möglichkeit, sich unbeobachtet zu waschen." (AF, 09)

Die Problematik der überfüllten Tagräume wurde vor allem in den Ausbildungsabteilungen betont:

"Ein Pfleger ist mit 40 Leuten im Tagraum." (AM, 07)

In den Antworten, die Patientenmerkmale als Hindernisse für eine bessere Versorgung herausstreichen, drückt sich zum Teil ein voreingenommener und auch resignativer Standpunkt aus. So heißt es u.a.:

"Bei Geisteskranken ist das sehr schwierig." (VM, 02)

"Sie begreifen ja die Diagnose und sonstige Informationen über Krankheit ohnehin nicht." (VM, 18)

"Man muß psychisch Kranke immer kontrollieren." (VM, 18)

"Die Patienten nehmen sich gegenseitig alles weg." (VF, 02)

Die Unterschiede zwischen den Befragten aus unterschiedlichen Abteilungstypen sind zum Teil beträchtlich:

- Mitglieder der Ausbildungsabteilungen betonten die materiellen Voraussetzungen der Patientenversorgung stärker.
- Fast ausschließlich erwähnten Mitglieder der Ausbildungsabteilungen den Mangel an institutionalisierten Angeboten bzw. kritisierten bestehende Institutionen.
- Demgegenüber hatten die befragten Mitglieder der Versorgungsabteilungen eine deutliche Tendenz, die "Schuld" für die

unbefriedigende Situation bei den Patienten selbst zu suchen.

- Ein Viertel der Befragten der Versorgungsabteilungen nannte keine Ursache gegenüber 9% der Befragten in den Ausbildungsabteilungen.
- Der Durchschnitt genannter Ursachen pro Antwortenden ist bei den Befragten aus den Ausbildungsabteilungen höher (2.4 Antworten) als bei den Befragten aus den Versorgungsabteilungen (1.8 Antworten). Dies könnte als Hinweis auf höhere Sensibilität und kritisches Nachdenken aufgrund höheren Ausbildungsstandards bei den Angehörigen der Ausbildungsabteilungen angesehen werden.

Insgesamt greifen die Befragten in ihren Erklärungen auf situative Bedingungsfaktoren zurück und betrachten den Einfluß individueller Charakteristika einzelner oder aller Pfleger bzw. Schwestern als gering.

Diese Einschätzung kam z.T. auch zum Ausdruck, als zum Abschluß des Themas "Patientenbedürfnisse" gefragt wurde, "wieviel und was kann ein einzelner Pfleger/Schwester dazu beitragen, daß Patientenbedürfnisse besser befriedigt werden?" Die Antworten enthielten vornehmlich drei Aspekte. Sie bezogen sich zum einen auf die gestellte Frage des Ausmaßes an Möglichkeiten. Zum anderen wurde auch angegeben, was die einzelne Pflegeperson tun könne. Beide Antworttypen kamen mit einer Angabe von Bedingungen vor, unter denen dies möglich sei. Von einigen Personen wurden auch nur solche Bedingungen genannt.

Die Verteilung der Antworten ist TABELLE 18 zu entnehmen.

TABELLE 18: Vorstellungen über Verbesserungsmöglichkeiten der Patientenversorgung durch den/die einzelne(n) Pfleger/Schwester(n) nach Abteilungstyp⁺⁾⁺⁺⁾

Verbesserungsmöglichkeiten	Abteilungstyp						gesamt
	Ausbildung			Versorgung			
	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.	
<u>Ausmaß der Verbesserung</u>							
viel, einiges	12 %	22 %	17 %	-	-	-	9 %
wenig, nichts	35 %	14 %	23 %	40 %	29 %	34 %	28 %
<u>Art der Verbesserung</u>							
individuell	41 %	56 %	49 %	27 %	21 %	24 %	38 %
kollektiv	6 %	6 %	6 %	-	-	-	3 %
<u>Bedingungen der Verbesserung</u>							
individuelle	24 %	22 %	23 %	-	-	-	13 %
strukturelle	29 %	-	14 %	13 %	14 %	14 %	14 %
keine Antwort	-	-	-	27 %	29 %	28 %	13 %
ohnedies alles bestens	-	-	-	-	21 %	10 %	5 %
N =	(17)	(18)	(35)	(15)	(14)	(29)	(64)
nicht befragt				6	6	6	6

+) Frageformulierung: "Wieviel und was kann ein einzelner Pfleger/Schwester dazu beitragen, daß diese Bedürfnisse besser befriedigt werden?"

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

Etwa ein Drittel der Befragten gab eine explizite Antwort auf die Frage, "wieviel" man als Einzelner tun könne. Davon meinten die meisten, daß "man gar nichts" oder "kaum etwas" tun könne. Sie gehören relativ häufiger den Versorgungsabteilungen an. Jene Personen, die meinten, man könne "viel" oder zumindest "in gewissem Rahmen" etwas tun, arbeiteten ausnahmslos in den Ausbildungsabteilungen.

Etwa zwei Fünftel der Befragten nannten konkrete mögliche Tätigkeiten zugunsten der Patienten, ohne sich zum Ausmaß der Möglichkeiten des Einzelnen zu äußern. Die angegebenen Möglichkeiten beziehen sich fast ausnahmslos auf Versorgungsleistungen, die von einzelnen Pflegepersonen für einzelne Patienten

erbracht werden können:

"So gut als möglich auf den Patienten eingehen" (AF, 09)

"Kleinere Bedürfnisse, wie Essen außerhalb der Mahlzeiten, erfüllen" (AF, 14)

"Zeit für den Patienten nehmen zur psychischen Betreuung" (VF, 08).

Antworten dieser Art kamen sehr viel häufiger von Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen.

Nur zwei Personen nannten Möglichkeiten der Verbesserung der Patientenlage, die nicht auf eine individuelle Versorgungsleistung beschränkt bleiben:

"Mit Patienten berechnigte Kritik am System teilen" (AM, 02)

"Sich mit den Patienten identifizieren" (AF, 17).

Etwa ein Viertel der Befragten gab Bedingungen an, die eine Voraussetzung für eine bessere Versorgung der Patienten durch einzelne Pflegepersonen darstellen. Davon hielten etwa die Hälfte grundlegende Strukturveränderungen wie die Veränderung der Personal-Patienten-Verhältnisses, räumliche Verbesserungen und Mitspracherechte des Pflegepersonals für notwendig. Die andere Hälfte war dagegen der Auffassung durch verstärkten persönlichen Einsatz und größere Disziplin des Einzelnen liesse sich eine Besserung der Patientensituation herbeiführen. Diese wenigen "idealistischen" Ansichten finden sich ausschließlich bei Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen.

Keine Antwort auf diese Frage gaben acht Personen, sie alle arbeiten in den Versorgungsabteilungen. Dort arbeiten auch jene drei Befragten, die - da die Versorgung ohnedies bestens sei - keine Möglichkeiten für eine weitere Verbesserung sahen.

Es ergibt sich somit eine gewisse Widersprüchlichkeit in den Einschätzungen: Einer starken Betonung situativer Ursachen für schlechte Patientenversorgung und pessimistischen Beurteilungen der Möglichkeiten einzelner Pflegepersonen stehen Reste eines idealistischen Glaubens an den persönlichen Einsatz gegenüber-v.a. in den Ausbildungsabteilungen.

1. 3 Pflegerspezifische Voraussetzungen der Patientenversorgung

1. 3. 1 Kompetenzen des Pflegepersonals

Als ein wichtiger pflegerspezifischer Faktor bedingt das Wissen und die Fertigkeiten des Personals die Güte der Patientenversorgung.

Die Kompetenzen des ärztlichen Personals waren nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Die marginale Position der Ärzte in der alltäglichen Patientenversorgung (seltene Anwesenheit im Krankensaal, Kommunikationsvermeidung bei der Visite) sollte jedoch bereits aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein. Zum einen Teil ist sie sicherlich ein Produkt der Überlastung aufgrund personeller Unterbesetzung und administrativer Auslastung (vgl. 1. 4. 1. 2), zum anderen Teil kann angenommen werden, daß die Beibehaltung dieser restriktiven Definition der ärztlichen Aufgaben, die organmedizinische Orientierung vieler Ärzte und ihre mangelnde Kommunikationsbereitschaft auch Ergebnis einer unzureichenden medizinischen Ausbildung und mangelnder Kompetenzen sind.

Die Kompetenzen des Pflegepersonals konnten in dieser Untersuchung nicht direkt gemessen werden. In die Pflegepersonalbefragung wurden jedoch Selbsteinschätzungen und Bewertungen der Ausbildung mitaufgenommen und indirekt kann auch aus einer Analyse der Selektions- und Sozialisationsprozesse auf die vorhandenen Kompetenzen geschlossen werden. Denn abgesehen vom seltenen Fall, daß anderswo ausgebildete Diplomierte oder Stationsgehilfen angestellt werden können, treten fast ausschließlich Neuzugänge als Stationsgehilfe(-in) oder Lernpfleger(-schwester) in die Krankenanstalt ein.

Die Selektion von Stationsgehilfen erfolgt wenig formalisiert, die Aufnahme von Lernpflegern(-schwestern) nach einem Gespräch mit dem Direktor und dem Lehrvorsteher der Ausbildungsstätte. Eine wesentliche Motivation zum Eintritt in die Ausbildungsstätte besteht im Eingehen eines Dienstverhältnisses bereits während der Ausbildung, d.h. einer bezahlten (zu-

meist Zweit-) Ausbildung. Das Interesse für die Diplompflegeausbildung ist groß, die Austrittsraten während der dreijährigen Schulzeit sind jedoch außerordentlich hoch (vgl. 1. 6).

Die formale Sozialisation der Stationsgehilfen erfolgt als theoretischer Unterricht in Form eines 9-monatigen-Kursprogramms, das allerdings erst innerhalb von zwei Jahren nach dem Eintritt absolviert sein muß und mindestens 130 bzw. höchstens 210 Unterrichtsstunden umfaßt.⁺ Das ermöglicht auch Personen, die nicht die Absicht einer längerfristigen Arbeit am Psychiatrischen Krankenhaus haben, eine bestimmte Zeitperiode ohne theoretische Ausbildung am Krankenbett tätig zu sein. Der theoretische Unterricht für Stationsgehilfen unterscheidet sich nicht von anderen Sparten der Krankenpflege. In der einheitlichen Stationsgehilfen-Ausbildung werden Fähigkeiten zur Durchführung der Grundpflege vermittelt, psychiatrische und psychologische Fächer dagegen werden nicht gelehrt. Für Stationsgehilfen gibt es keine formalisierte und systematische praktische Ausbildung. Ein Stationsgehilfe ist von seinem ersten Anstellungstag bereits in der Krankenversorgung tätig, zumeist durchläuft er zur Einschulung mit einer erfahrenen Pflegeperson einmal sämtliche Dienste eines Tourschemas (d.s. etwa 10 verschiedene Dienstarten, vgl. 1.4.1.3).

Die Sozialisation der Lernpfleger(-schwestern) erfolgt zum einen durch einen dreijährigen theoretischen Kurs mit insgesamt 1850 Mindeststunden.⁺⁺ Die theoretische Ausbildung weist große Überschneidungen mit der Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege auf, d.h. es werden hohe medizinisch technische Standards vermittelt. Die praktische Ausbildung auf der anderen Seite besteht im wesentlichen in der typischen Arbeit am Krankenbett unter Beobachtung und Anleitung von Lehrpersonen und unter Kontrolle des diplomierten Personals. Psychotherapeutische Fertigkeiten sind nicht Gegenstand der Praxis-Ausbildung. Unterschiede zwischen Theorie und Praxis und Probleme der Umsetzung des theoretischen Wissens im Umgang mit den Patienten und die dadurch ausgelöste Unsicherheit werden nur mangelhaft aufgearbeitet.

+) Vgl. §§ 45 und 47 des Bundesgesetzes BGBl 102/1961 i.d.F. der Novellen BGBl. 257/1967, 95/1969, 349/1970, 197/1973 und 426/1975.

++) Vgl. Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 der Verordnung BGBl. 73/1975 betreffend die Ausbildung und Prüfung in der Psychiatrischen Krankenpflege (Zweite Krankenpflegeverordnung)

Neben den Lernpflegern(-schwestern), den Schuldiplomierten und den Stationsgehilfen (noch ohne Kurs oder mit abgeschlossenem Kurs) gibt es noch jene Pflegepersonen, die bereits vor der Ausbildungsreform 1961 im Psychiatrischen Krankenhaus arbeiteten und die aufgrund von Übergangsregelungen entweder den Diplomierten oder den Stationsgehilfen zugerechnet werden. Diese Personengruppe ist aufgrund ihrer großen Routine in der Regel gut in der Lage die körperliche Grundpflege durchzuführen. Die psychiatrischen Kenntnisse sind zumeist relativ undifferenziert. Der soziale Umgang mit den Patienten ist wesentlich durch die vorherrschende Art des Umgangs aus der Zeit vor der Einführung der Psychopharmakatherapie geprägt, als Unberechenbarkeit und Gewalttätigkeit als hervorstechendste Merkmale der Patienten angesehen wurden.

Wie beurteilt aber das Pflegepersonal selbst das Verhältnis zwischen seinen durch Ausbildung erworbenen Kompetenzen und den tatsächlichen Anforderungen der Patientenversorgung ? Eine offen gestellte Frage bezog sich auf den Stand der Ausbildung zum Zeitpunkt des Beginns der praktischen Arbeit

TABELLE 19: Subjektive Bewertung der Vorbereitung für den Beginn der praktischen Tätigkeit⁺)

Ausreich. Ausbildung f. prakt. Tätigkeit	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen ⁺⁺⁾				gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldi- plomierte	Kursdipl. u. "alte" SHD	"neue" SHD	Schüler	
	%	%	%	%	%	%	%
ja	37	54	67	58	29	27	46
nein	46	34	33	25	50	53	40
keine eindeutige Antwort	17	11	-	17	21	20	14
zusammen N=	100 (35)	100 (35)	100 (15)	100 (12)	100 (24)	100 (15)	100 (70)

⁺) Frageformulierung: "Als Sie Ihre praktische Tätigkeit auf einer Abteilung begannen, waren Sie da ausreichend dafür ausgebildet ?"

⁺⁺⁾ Aufgrund der vom üblichen Muster abweichenden unterschiedlichen Antwortverteilung bei Kursdiplomierten und "alten" Stationsgehilfen einerseits und "neuen" Stationsgehilfen andererseits werden diese Gruppen getrennt ausgewiesen.

auf der Station. Dabei interessiert vor allem, wie von den Betroffenen die bei Stationsgehilfen und Schülern^{+) g}ängige Praxis eines mehr oder weniger unvorbereiteten Beginns der Stationsarbeit gesehen wird. (TABELLE 19).

Von allen Befragten betrachtete sich nur etwa die Hälfte für die Aufnahme der praktischen Tätigkeit als ausreichend ausgebildet, Schüler und (im Rahmen des Stationsgehilfenkurs seit 1971 ausgebildete) Stationsgehilfen bezeichneten sich jedoch überwiegend als nicht ausreichend ausgebildet:

"Überhaupt nicht - es hat alles gefehlt. Möglich war nur Anpassung" (AM, 17)

"Praktisch hat alles gefehlt. Ich bin genommen worden, man hat mir Gewand gegeben, ich mußte mich umziehen, man hat mir gesagt, es wird schon gut gehen" (AM, 11)

"Ich hatte überhaupt keine Ahnung, ich komme aus der Lebensmittelbranche" (AM,13)

"Gefehlt hat vor allem eine Einschätzung des psychischen Befindens der Patienten. Das hätte meine Angst reduziert" (VM,10)

Viele der Personen, die sich als ausreichend ausgebildet betrachteten, hatten vor ihrer Arbeit im Psychiatrischen Krankenhaus schon im medizinischen Kontext gearbeitet:

"Ich war schon eher vorbereitet, weil ich als Operationsgehilfe im A.-Krankenhaus war. Für manche, die nicht aus einem einschlägigen Beruf kommen, ist das hier zunächst ein Alptraum" (AM,04)

In standardisierter Form wurde die Zufriedenheit mit der Vorbereitung durch die eigene Ausbildung für die Arbeit in dieser Abteilung erfragt. Die große Mehrheit der Befragten äußerte hohe Zufriedenheit (TABELLE 20).

TABELLE 20: Zufriedenheit mit der Vorbereitung durch die Ausbildung für die Arbeit in dieser Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")

Zufriedenheit	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	79%	97%	93%	93%	73%	88%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+) Seit 1975 beginnen Lernpfleger bzw. -schwestern ihre praktische Arbeit erst im 2. Ausbildungsjahr. Auch diese Regelung wurde inzwischen wieder rückgängig gemacht.

Paradoxerweise äußerte das höher qualifizierte Personal der Ausbildungsabteilungen geringere Zufriedenheit, was sich hauptsächlich auf die ungünstigere Einschätzung der (überwiegend der Abschlußschulstufe zugehörigen) Lernpfleger bzw. -schwestern zurückführen läßt. Es ist anzunehmen, daß dies auf die größere Diskrepanz zwischen Ausbildungsniveau und tatsächlichen Arbeitsanforderungen und auf die umfassenderen Erwartungen und Ansprüche der Höherqualifizierten zurückgeht. Dies wird auch durch die Antworten auf die offene Frage belegt, für welche der derzeitigen Aufgaben und Probleme man sich nicht ausreichend ausgebildet fühlt (TABELLE 21).

TABELLE 21: Subjektiv erlebte Ausbildungslücken bzw. -mängel⁺)

Ausbildungslücken bzw. -mängel	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen ⁺⁺⁾				gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schul- dipl.	Kursdipl. u. "alte" SHD	"neue" SHD	Schüler	
	%	%	%	%	%	%	%
keine Probleme genannt	49	68	73	92	54	7	58
Mängel genannt	43	21	27	8	29	67	32
-für psychische Betreuung	20	9	13	-	13	33	14
-für somatische Pflege	14	-	13	-	-	20	7
-Sonstiges	9	12	-	8	17	14	10
keine eindeutige Antwort	9	12	-	-	17	27	10
zusammen	100	100	100	100	100	100	100
N=	(35)	(34)	(15)	(12)	(24)	(15)	(69)
nicht befragt		1					1

⁺) Frageformulierung: "Für welche Ihrer derzeitigen Aufgaben und Probleme wurden Sie durch Ihre Krankenpflegeausbildung nicht ausreichend schulisch oder praktisch vorbereitet?"

⁺⁺⁾ Aufgrund der vom üblichen Muster abweichenden unterschiedlichen Antwortverteilung bei Kursdiplomierten und "alten" Stationsgehilfen einerseits und "neuen" Stationsgehilfen andererseits werden diese Gruppen getrennt ausgewiesen.

Etwa die Hälfte des befragten Personals der Ausbildungsabteilungen, aber nur etwa ein Viertel des befragten Personals der Versorgungsabteilungen nannte Probleme für die es nicht

ausreichend ausgebildet worden sei. Fast alle befragten Lernpfleger bzw. -schwestern (obwohl größtenteils in der Abschlussschulstufe) fühlten sich nicht für alle Probleme vorbereitet, aber auch etwa die Hälfte der nach dem Stationsgehilfenkurs ausgebildeten bzw. noch in Ausbildung befindlichen Stationsgehilfen und etwa ein Drittel der befragten Schuldiplomierten. Selbstsicher dagegen gaben sich die vor 1961 eingetretenen Pflegepersonen - fast alle von ihnen fühlten sich mit ihrer Ausbildung den Problemen gewachsen.

Mehrheitlich wurden Probleme des psychologischen Umgangs bzw. der psychotherapeutischen Betreuung genannt, für die man vor allem praktisch nicht vorbereitet worden sei:

"Wie man sich psychotischen Patienten gegenüber verhalten soll" (AM, 08)

"Wie man eigentlich mit Geisteskranken umgehen soll" (AF, 12).

Die typische Zusammensetzung der drei untersuchten Abteilungen im Jahre 1974 nach Qualifikationsgruppen⁺ zeigt eine starke Differenzierung zwischen Versorgungsabteilung VM auf der einen und den Ausbildungsabteilungen AM und AF auf der anderen Seite (ausführlicher vgl. Anhang 2. 3).

In letzteren waren neben den Lernpflegern (bzw. -schwestern) die Schuldiplomierten die quantitativ bedeutsamste Gruppe. Neben diesen Hauptgruppen machten auch noch Personen, die im Status von Stationsgehilfen auf den nächstmöglichen Termin des Schuleintritts "warteten", einen ins Gewicht fallenden Anteil aus. Dagegen gab es in den Ausbildungsabteilungen fast keine Personen, die vor der Ausbildungsreform 1961 schon im Psychiatrischen Krankenhaus gearbeitet hatten. Die letztgenannte Personengruppe aber stellte zusammen mit "neu-ausgebildeten" Stationsgehilfen die typische Personalkategorie der Versorgungsabteilung VM dar. Bezogen auf das durchschnittliche Qualifikationsniveau des gesamten Pflegepersonals war die Versorgungsabteilung VM personell leicht unterdurchschnittlich ausgestattet (vgl. Anhang 2. 2)⁺⁺.

⁺) Rekonstruktion aus den Tagesberichten der drei Abteilungen für vier Stichtage des Jahres 1974

⁺⁺) Stichtagserhebung 1977

Sind mit den unterschiedenen typischen Kompetenzen des Pflegepersonals die deklarierten Ziele der Patientenversorgung erreichbar ? Lassen sich die beobachteten Unterschiede zwischen den Abteilungen durch die unterschiedliche Pflegepersonal-Zusammensetzung der untersuchten Abteilungen erklären ?

In Relation zu den vorgesehenen Dienstleistungen sind die Schuldiplomierten eindeutig überqualifiziert, ihr hohes medizinisch-technisches Wissen kann unter den derzeitigen Bedingungen kaum zur Anwendung kommen.

Demgegenüber sind die Qualifikationen von "Altdiplomierten" und ausgebildeten Stationsgehilfen für die durchschnittliche Patientenversorgung ausreichend, bei Patienten mit spezifischen somatischen Leiden kann es jedoch zu Diskrepanzen zwischen vorhandenen Kompetenzen und Versorgungsanforderungen kommen. Die erst kurze Zeit diensttuenden und (noch) nicht im Stationsgehilfenkurs eingeschulten Personen weisen am häufigsten Minderqualifikationen für bestimmte Aufgaben der durchschnittlichen Versorgung sowie für die meisten Aufgaben bei der Versorgung spezifisch kranker bzw. behinderter Patienten auf.

Die subjektiven Bewertungen des befragten Pflegepersonals bestätigen im wesentlichen diese Einschätzungen.

Die Zufriedenheit mit der Verwertbarkeit der Ausbildung war in den Ausbildungsabteilungen wesentlich geringer als in den Versorgungsabteilungen, dabei äußerten sich besonders die Lernpfleger bzw. -schwestern unzufrieden (TABELLE 22).

TABELLE 22: Zufriedenheit mit der Verwertbarkeit der Ausbildung für die Arbeit in der Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")

Zufriedenheit	Ausbildungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	39%	76%	53%	66%	36%	56%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

++ χ^2 $p < 0.01$

Kenntnisse und Fähigkeiten, die in der Ausbildung erworben wurden, aber in der jetzigen Tätigkeit nicht verwendet werden können, nannten rund drei Fünftel des Ausbildungsabteilungs-Personals, aber nur die Hälfte des Versorgungsabteilungs-Personals. Eine Aufgliederung nach Qualifikationsgruppen zeigt deutlich: Je höher die Qualifikation, desto geringer die Verwertbarkeit der Ausbildung in der derzeitigen Arbeits-Situation des Psychiatrischen Krankenhauses (TABELLE 23).

TABELLE 23: Subjektiv erlebte Fehl- und Überqualifikationen⁺⁾

Anwendung : der erlern- ten Quali- fikation	Ausbildungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt %
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. Schüler u. SHD		
	%	%	%	%	%	
keine Probleme genannt	37	51	20	56	33	44
Probleme ge- nannt ⁺⁺⁾	51	26	73	19	53	39
-für allgem.- med.Kenntn.	34	23	47	17	40	29
-für psychi- atr./psychol. Kenntnisse	11	-	13	-	13	6
sonstige	11	3	20	3	7	7
keine eindeu- tige Antwort	11	23	7	25	13	17
zusammen	100	100	100	100	100	100
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

⁺⁾ Frageformulierung: "Welche Kenntnisse und Fähigkeiten, die Sie in Ihrer Ausbildung erworben haben, können Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit nicht verwenden ?"

⁺⁺⁾ Mehrfachantworten möglich

Unter den nicht verwertbaren Kenntnissen und Fähigkeiten wurden in der Hauptsache allgemein-medizinische, theoretische Fächer genannt. Dazu einige Beispiele:

"In einigen Fächern - Chirurgie, Interne, Medikamentenlehre - hätte ein Viertel auch genügt" (AM, 07).

"Nichts kann man verwenden außer Bettenmachen, und das wird nicht schulmäßig gemacht" (AM, 09).

"Psychiatrische Betreuung der Patienten ist hier nicht durchführbar, da zuviele Patienten auf einen Pfleger kommen" (AM, 17).

"Vieles der theoretischen Ausbildung ist zwar Baustein zu weiterem Wissen, hilft aber hier nichts" (AM, 10).

Obwohl die durchschnittliche Qualifikation des Personals der Ausbildungsabteilungen relativ höher war, lassen sich die Differenzen hinsichtlich der Güte der Patientenversorgung zwischen den beiden Abteilungstypen nur begrenzt daraus erklären. Denn auch die durchschnittliche Qualifikation des Personals der Versorgungsabteilung reichte durchaus aus, um deren bescheidene Ziele zu erfüllen. Die Unterschreitung vorgesehener Standards resultiert dort erst aus der Art der Arbeitsteilung, welche auch völlig unausgebildeten Personen die alleinige Versorgung bestimmter Patientengruppen überantwortet (vgl. 1.4.1.3).

Die in der Schulausbildung erworbenen Qualifikationen und Standards stehen in einem starken Mißverhältnis sowohl zu den eingeschränkten Zieldefinitionen als auch zu den unzulänglichen situativen Voraussetzungen der Patientenversorgung (vgl. 1.4). In diesem Widerspruch könnte eine Erklärungsmöglichkeit für die hohen Austrittsraten sowohl von Schülern als auch von Schuldiplomierten liegen (vgl. 1. 6).

Gemessen an den Prinzipien der Sozialpsychiatrie mangelt es der derzeitigen Schulausbildung v.a. an der praktischen Vermittlung sozialer und psychologischer Fähigkeiten. Die organmedizinischen Kenntnisse und somatisch-pflegerischen Kompetenzen müßten dagegen stärker auf die für die Psychiatrie typische Patientenpopulation ausgerichtet werden.

Für Stationsgehilfen ist eine praktische Ausbildung, für alle übrigen Pflegepersonalkategorien eine entsprechende Fortbildung in Psychiatrie, Psychologie und Soziologie unerlässlich.

1.3.2 Orientierungen des Pflegepersonals

Ungünstige "Motivationen" und "Einstellungen" der Betreuungspersonen werden im Laienurteil zumeist, im wissenschaftlichen Urteil häufig für die schlechte Qualität von Dienstleistungen verantwortlich gemacht. Wir halten derartige Erklärungsansätze für verkürzt. Persönliche Orientierungen des Personals sind nur eine, im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wirksame Determinante des pflegerischen Handelns.

Die für die Arbeit des Pflegepersonals wirksamen Einstellungen wurden in der Pflegepersonal-Befragung durch eine Einschätzung der Wichtigkeit ausgewählter Arbeits- und Berufsmerkmale erhoben.

Die vorgegebenen Merkmale lassen sich vier übergeordneten Themenbereichen zuordnen:

- Insgesamt sieben Merkmale bezogen sich auf den "professionellen Charakter der Arbeit" des Pflegepersonals, d.h. sie thematisieren institutionelle und materielle Bedingungen bzw. qualitative Charakteristika der Arbeitstätigkeit an sich, die Voraussetzungen einer qualifizierten und autonomen Arbeitsdurchführung sind.⁺⁾
- In sechs vorgegebenen Merkmalen wurden "externe Gratifikationen", d.h. nicht unmittelbar mit der Arbeitstätigkeit an sich zusammenhängende Umstände des Anstellungsverhältnisses angesprochen.
- Drei Merkmale nahmen auf verschiedene mit der pflegerischen Arbeit verbundene Belastungen Bezug.
- Weitere drei Merkmale schließlich bezogen sich auf die Güte der Führung und Mitbestimmung (Direktion und Verwaltung, Personalvertretung, Mitbestimmung bei Entscheidungen) im Psychiatrischen Krankenhaus.

^{+) Zum Problem der Professionalisierung des Krankenpflegeberufes vgl. J.M.PELIKAN, F.LEITNER, R.FORSTER (1974).}

Bei Berücksichtigung der Antworten aller Befragten läßt sich eine klare Hierarchie der vier Relevanzkomplexe feststellen (TABELLE 24).

Dem Funktionieren der Führung und Mitbestimmung des Arbeitsprozesses sowie den Möglichkeiten zu einer professionell-ausgerichteten Arbeit wurde die höchste Wichtigkeit beigemessen.

Dem Ausmaß und der Güte der mit dem Arbeitsverhältnis verbundenen Gratifikationen wurde dagegen deutlich weniger Wichtigkeit zugeschrieben. Die geringste Bedeutsamkeit hatte für die Befragten das Ausmaß der mit der Arbeit verbundenen Belastungen.

Insgesamt belegt diese Differenzierung das vorrangige Interesse des Pflegepersonals an einer qualitativ hochstehenden, unter adäquaten Voraussetzungen stattfindenden, gut organisierten Arbeitstätigkeit bei entsprechender Mitbestimmungsmöglichkeit.

Durch die Einbeziehung der Ausbildungsabteilungen ist die Auswahl der von uns befragten Personen nicht repräsentativ für das gesamte Pflegepersonal. Eine Unterteilung nach Abteilungstypen und Qualifikationsgruppen kann die Frage nach der Variation von Einstellungen innerhalb des Pflegepersonals beantworten helfen (TABELLE 24).

Die feststellbaren Unterschiede bestätigen die Erwartungen: Für das höher qualifizierte Personal der Ausbildungsabteilungen war der professionelle Charakter der Arbeit relativ noch wichtiger, das Ausmaß externer Gratifikationen und der Belastungen relativ unwichtiger als für die Gesamtgruppe der Befragten. Entsprechend äußerte das Pflegepersonal der Versorgungsabteilungen deutlichere Interessen an den mit der Anstellung verbundenen Gratifikationen sowie an einer geringen Belastung bei einer gewissen Abwertung der Merkmale der Arbeitstätigkeit an sich. Entsprechende Tendenzen zeigen sich bei einer Aufgliederung nach Qualifikationsgruppen.

TABELLE 24: Einschätzung der Wichtigkeit ausgewählter Arbeits- und Berufsmerkmale (Anteil der Befragten, die die jeweiligen Merkmale für "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig" halten)*)

Wichtigkeit von...	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
<u>Führungs- und Mitbestimmungsinstitutionen</u>						
gute Direktion und Verwaltung	94%	85%	93%	92%	87%	90%
gute Interessenvertretung durch Personalvertretung	80%	94%	80%	92%	80%	87%
Möglichkeit der Mitbestimmung bei Entscheidungen	83%	85%	93%	83%	80%	84%
<u>professionellem Charakter der Arbeit</u> <u>Voraussetzungen</u>						
gute Möglichkeit zur Teamarbeit	97%	88%	100%	91%	93%	93%
genügend Information	97%	88%	93%	92%	93%	93%
ausreichende Sachmittel	97%	88%	100%	89%	93%	93%
gute Fortbildungsmöglichkeiten	83%	63%	73%	68%	87%	73%
<u>Qualität der Arbeit</u>						
abwechslungsreiche Arbeit	83%	77%	87%	81%	73%	80%
relativ viel qualifizierte Tätigkeiten	71%	79%	80%	80%	60%	75%
relativ viel interessante Tätigkeiten	77%	74%	73%	78%	67%	75%
<u>Externen Gratifikationen</u>						
angenehme Diensterteilung	80%	94%	80%	97%	73%	87%
guter Ruf des Krankenhauses in der Öffentlichkeit	71%	91%	73%	100% ++	60%	81%
relativ viel Urlaub	60%	73%	60%	69%	73%	66%
hohes Gehalt	57%	71%	53%	78%	53%	64%
gute Aufstiegsmöglichkeiten	46%	51%	33%	51%	53%	49%
relativ kurze Dienstzeit	32%	56%	43%	53%	20%	44%
<u>Belastungen</u>						
guter Schutz vor Lärm- und Geruchsbelastung	66%	79%	87%	83% ++	40%	72%
relativ geringe psychische Belastung	31% +	59%	47%	53% +	13%	45%
relativ geringe körperliche Belastung	15% ++	70%	14%	57% ++	27%	42%
N =	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$

++ χ^2 $p < 0.01$

*) Frageformulierung: "Wie wichtig ist dieses Merkmal für Sie persönlich ? unbedingt notwendig - sehr wichtig - eher wichtig - eher unwichtig - unwichtig."

TABELLE 25: Zufriedenheit mit ausgewählten Arbeits- und Berufsmerkmalen
(Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")^{*)}

Zufrieden- heit mit ..	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
<u>Steuerungs- und Mit- bestimmungs- institutionen</u>						
gute Direk- tion und Verwaltung	36%	41%	29%	44%	29%	39%
gute Inter- essenvertre- tung durch Personalver- tretung	35%	36%	40%	29%	29%	36%
Möglichkeit der Mitbe- stimmung bei Entscheidun- gen	11%	38%	20%	29%	0%	25%
<u>professionellem Charakter der Arbeit</u> <u>Voraussetzungen</u>						
gute Möglichkeit zur Teamarbeit	43%	59%	47%	63%	27%	51%
genügend Infor- mation	23%	40%	20%	36%	20%	31%
ausreichende Sachmittel	20%	32%	33%	29%	7%	26%
gute Fortbil- dungsmöglich- keiten	26%	63%	36%	53%	27%	43%
<u>Qualität der Arbeit</u>						
abwechslungs- reiche Arbeit	43%	69%	47%	61%	40%	56%
relativ viel qualifizierte Tätigkeiten	23%	55%	20%	54%	13%	38%
relativ viel interessante Tätigkeiten	26%	54%	27%	50%	27%	40%
<u>Externen Grati- fikationen</u>						
angenehme Dienststein- teilung	83%	97%	93%	94%	73%	90%
guter Ruf des Krankenhauses in der Öffent- lichkeit	23%	31%	20%	31%	13%	27%
relativ viel Urlaub	77%	62%	67%	77%	67%	70%
hohes Gehalt	77%	77%	71%	86%	73%	77%
gute Aufstiegs- möglichkeiten	46%	42%	47%	38%	54%	44%
relativ kurze Dienstzeit	82%	91%	93%	97%	60%	87%
<u>Belastungen</u>						
guter Schutz vor Lärm- und Geruchsbelästi- gung	41%	29%	33%	28%	43%	35%
relativ geringe psychische Belastung	68%	51%	60%	61%	57%	59%
relativ geringe körperliche Belastung	74%	40%	79%	47%	60%	57%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$
++ χ^2 $p < 0.01$

*) Frageformulierung: "Wie zufrieden sind Sie mit der tatsächlichen Erfüllung dieser Merkmale an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz? sehr zufrieden - eher zufrieden - eher unzufrieden - unzufrieden - sehr unzufrieden."

Die Unterschiede zwischen Abteilungstypen bzw. Qualifikationsgruppen sind allerdings nicht so ausgeprägt, daß sie zu einer grundsätzlichen Infragestellung der anfänglich beschriebenen Einstellungsstruktur nötigten. Für das gesamte Pflegepersonal ist - im Vergleich zu den von uns befragten relativ überdurchschnittlich qualifizierten Personen - eine geringere Bewertung der Wichtigkeit von Tätigkeitsmerkmalen und eine zumindest teilweise Höherbewertung der äußeren Gratifikationen anzunehmen. Die hohe Wichtigkeit funktionierender Organisations- und Entscheidungsstrukturen und die relativ geringe Wichtigkeit von Belastungen dürften dagegen in gleicher Weise für das gesamte Pflegepersonal Gültigkeit haben.

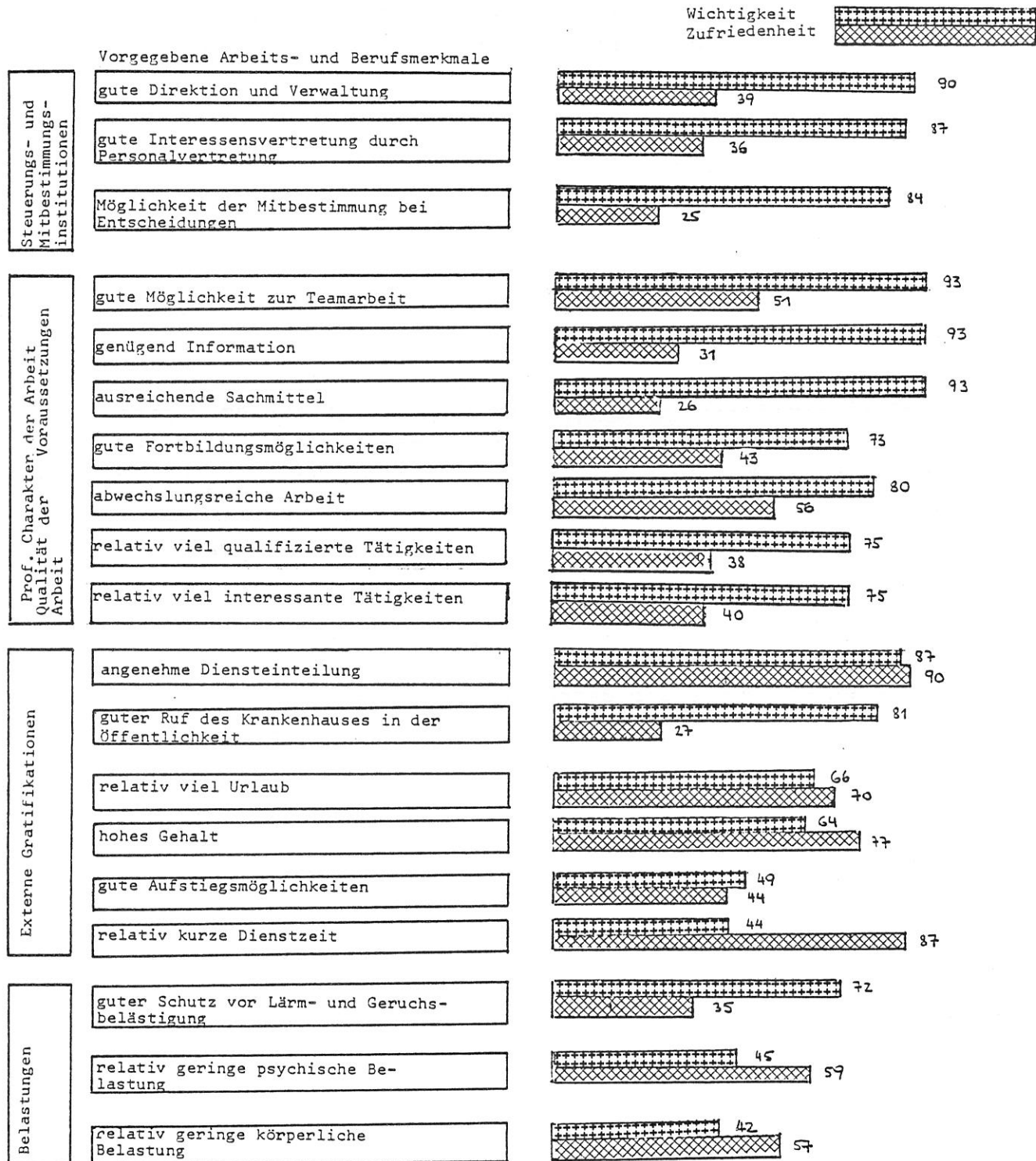
Inwieweit subjektive Orientierungen handlungswirksam werden (können) hängt wesentlich von der Ausprägung anderer Bestimmungsfaktoren ab. Wir haben versucht, die Realisierbarkeit der erfragten Orientierungen bzw. deren Vereinbarkeit mit situativen Bedingungen durch Fragen zur Zufriedenheit mit der Erfüllung der oben genannten Merkmale der Arbeits- und Berufssituation zu erfassen.

Für die Gesamtgruppe der Befragten lassen sich erhebliche Diskrepanzen zwischen zugeschriebener Wichtigkeit und tatsächlicher Zufriedenheit feststellen (TABELLE 25 bzw. ABBILDUNG 9).

Besondere Unzufriedenheit wurde geäußert über die ärztliche und administrative Leitung, die Interessensvertretung sowie über die Möglichkeit der eigenen Mitbestimmung. Diese Unzufriedenheit dürfte v.a. auch auf die Zuschreibung von Verantwortlichkeit an Direktion, Verwaltung und Personalvertretung für die relative Unterausstattung des Psychiatrischen Krankenhauses und die besonders bürokratische Atmosphäre eines Großkrankenhauses, die nur z.T. im Entscheidungsbereich des Krankenhauses liegen, zurückzuführen sein.

Groß war auch die Unzufriedenheit mit den Voraussetzungen und der Art der praktischen Arbeit. Demgegenüber war die Zufrieden-

ABBILDUNG 9: Vergleich der eingeschätzten Wichtigkeit und Zufriedenheit mit ausgewählten Arbeits- und Berufsmerkmalen durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig" oder "sehr wichtig" bzw. "sehr zufrieden" oder "zufrieden"



heit mit den Gratifikationen der Anstellung relativ hoch (sieht man vom Ruf des Krankenhauses ab). Eine Mittelstellung nahmen die diversen Belastungsmomente ein.

Die Befragten waren also mit der Erfüllung der aus ihrer Sicht besonders wichtigen Merkmalskomplexe besonders unzufrieden. Verschärft gilt diese Diskrepanz für die höherqualifizierten Personalgruppen:

Zum einen maßen sie den allgemein als wichtig definierten Merkmalen noch höhere Wichtigkeit bei, zum anderen zeigt eine differenzierte Analyse der Zufriedenheitsstruktur (TABELLE 25), daß sie mit der tatsächlichen Erfüllung dieser Merkmale noch unzufriedener als der Durchschnitt der Befragten waren. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzungen und die Art der praktischen Arbeit.

Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit der hohen Austrittstendenz hochqualifizierter bzw. -motivierter Pflegepersonen (siehe auch Abschnitt 1.6). Sie lassen weiters annehmen, daß die in der Institution Verbleibenden eine Umorientierung ihrer Einstellungsstrukturen in Richtung auf derzeit eher erfüllte bzw. erfüllbare Aspekte (äußere Gratifikationen) vornehmen.

Die Einstellungen des Pflegepersonals zu den Bedürfnissen der Patienten wurden bereits im Teil III., 1 ausführlich dargelegt. Anhand von Befragungsergebnissen konnte eine überraschend hohe Akzeptierung von Patientenbedürfnissen innerhalb des Pflegepersonals aufgezeigt werden. Gewisse, im großen und ganzen jedoch geringfügige Unterschiede zwischen dem Personal der Ausbildungs- und dem der Versorgungsabteilungen wurden deutlich, die mit der Qualifikation der Befragten zusammenhängen und die in die gleiche Richtung gehen, wie die beobachteten Unterschiede in der tatsächlichen Patientenversorgung zwischen den Abteilungen.

Wie verhält sich die unterschiedlich starke Akzeptierung einzelner Bedürfnisse durch die Befragten (III.1) zum offiziell

definierten Versorgungsbedarf (III.2).

Obwohl sich das vom befragten Pflegepersonal akzeptierte durchschnittliche Niveau der Bedürfnisbefriedigung erheblich über dem in Regeln festgelegten Niveau befindet, weist die Differenzierung zwischen den einzelnen Bedürfnissen einige Parallelen auf. So entspricht die höhere Akzeptierung körperlicher Bedürfnisse durch das befragte Pflegepersonal der wesentlich umfassender und expliziter vorgesehenen Bedürfnisbefriedigung auf dieser Ebene. Die unterschiedlichen Akzeptierungsgrade durch die Befragten auf den einzelnen Bedürfnisebenen korrelieren ebenfalls mit den differentiellen Normierungen der Bedürfnisbefriedigung in den Abteilungen. So erhielten jeweils jene Bedürfnisse die höchste Akzeptierung, deren Befriedigung auch tatsächlich vorgesehen ist, und rangierten jene Bedürfnisse im Akzeptierungsgrad ganz unten, deren Befriedigung nicht vorgesehen oder gar ausdrücklich untersagt ist.

Neben diesen identischen Strukturen, welche zudem einen Beleg für die postulierte Wechselwirkung von unterschiedlichen Bedingungsfaktoren darstellen, gibt es auch erhebliche Diskrepanzen. Sie treten v.a. bei der Beurteilung psychischer Bedürfnisse auf. Das befragte Pflegepersonal maß einer Reihe von Patientenbedürfnissen hohe Wichtigkeit bei, die in den offiziellen Normierungen der vorgesehenen Dienstleistungen gar nicht enthalten sind. Der umgekehrte Fall einer Nicht-Akzeptierung von vorgesehenen Leistungen trat dagegen niemals auf. Die Akzeptierung von Patientenbedürfnissen durch das befragte Pflegepersonal ist also nicht nur durchschnittlich höher als dies im akzeptierten Versorgungsbedarf der Abteilungen zum Ausdruck kommt, sondern auch umfassender, was das Spektrum der akzeptierten Bedürfnisse betrifft.

Durchschnittliche Untererfüllungen von vorgesehenen Versorgungsleistungen aufgrund ungünstiger Einstellungen sind somit durch die Befragungsergebnisse nicht belegbar. Dies gilt auch für die beobachteten, z.T. beträchtlichen Unterschiede der

Patientenversorgung zwischen den Abteilungen, die durch die geringfügige Differenz auf der Ebene der subjektiven Akzeptierung von Versorgungsstandards nicht erklärbar sind.

Einschränkend bleibt zu sagen, daß diese Orientierungen situationsspezifisch durch Wechselwirkungen mit anderen Faktoren zu handlungsleitenden Interessen umgesetzt werden, die dann auch ungünstige Auswirkungen auf die Güte der Patientenversorgung haben können. (Einige solche Wechselwirkungen werden bei der Analyse der situativen Voraussetzungen - 1.4 - aufgezeigt. Die Unmöglichkeit idealistische Orientierungen in der alltäglichen Realität der Abteilungen aufrechtzuerhalten, wird durch die Beschreibung von typischen Tagesabläufen aus der Sicht des Pflegepersonals - Anhang, 3.2 - illustriert.

Gemessen am Ziel einer umfassenden und bedürfnisgerechten Patientenversorgung stellen die Orientierungen des Großteils des Pflegepersonals, v.a. aber der hochqualifizierten Schüler (-innen) der Ausbildungsstätte, eine gute Grundlage dar. Auch (bzw. noch) vorhandene ablehnende oder ambivalente Haltungen sind kaum als solche ohne entsprechende Umstrukturierungen von Regeln und Institutionen bzw. der ihnen zugrundeliegenden materiellen und personellen Verhältnisse des Krankenhauses zu beeinflussen.

1. 4 Situative Voraussetzungen der Patientenversorgung

1. 4. 1 Situative Möglichkeiten

1. 4. 1. 1 Materielle Ausstattung

Die Lebensbedingungen der Patienten und die Handlungsmöglichkeiten des Personals in den untersuchten Abteilungen sind in ganz entscheidendem Ausmaß durch die unzulänglichen materiellen Voraussetzungen des Psychiatrischen Krankenhauses bestimmt.

Diese Schlußfolgerung stützt sich auf den Problemkatalog der jeweils wirksamen materiellen Verhältnisse bei der Befriedigung einzelner Patientenbedürfnisse (1.5). Einige materielle Rahmenbedingungen werden dabei bei der Befriedigung der meisten Bedürfnisse wirksam (ausführlicher vgl. Anhang, 1. 2).

Vorrangig ist hier die Überfüllung von Krankenzimmern und Tagräumen zu nennen. Etwa zwei Drittel der Patienten in allen Abteilungen leben in Krankenzimmern mit mehr als 10 Betten, etwa ein Drittel gar in Krankensälen mit mehr als 15 Betten⁺. Es ist anzumerken, daß im Vergleich zum Psychiatrischen Krankenhaus die von der Psychiatrie-Enquete-Kommission in der BRD ermittelten räumlichen Verhältnisse durchschnittlich um einiges günstiger sind (vgl. ZWISCHENBERICHT, 1973, 23 ff.) Die Tagräume sind in ihrer Mehrzahl für mehr als 20 Patienten bestimmt, in einzelnen Abteilungen sind bis zu 50 Patienten in einem Tagraum untergebracht !⁺⁺

+ Auswertung eines Bettenberichtes vom März 1977

++ Auswertung einer schriftlichen Befragung der Oberpfleger aller Abteilungen 1975.

Die räumliche Situation ist in der Männer- Ausbildungsabteilung AM deutlich günstiger, in der Frauen- Ausbildungsabteilung AF und in der Versorgungsabteilung VM etwas ungünstiger als im Durchschnitt aller Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses.⁺⁺

Die Überbelegung bedeutet für die Patienten die Unmöglichkeit sich zurückzuziehen oder sich einen persönlichen Lebensbereich abzugrenzen.

Als nächstes ist die Dürftigkeit, Ärmlichkeit und Unattraktivität der räumlichen Ausstattung zu nennen. In 22 von 23 Abteilungen des Krankenhauses entspricht nach Ansicht der Chargen kein einziges (!) Krankenbett "modernen pflegerischen Standards".⁺ Lediglich in einer der untersuchten Ausbildungsabteilungen ist dies der Fall. Nur 70% der Patienten haben ein eigenes Nachtkästchen zur Verfügung, einen Schrank können gar nur 10% der Patienten benützen, in 8 der 23 Abteilungen gibt es nicht einen einzigen Schrank für Patienten⁺. Die beiden in die Untersuchung einbezogenen Ausbildungsabteilungen sind wiederum überdurchschnittlich "gut" ausgestattet, die Versorgungsabteilung VM rangiert unter dem Krankenhausdurchschnitt. Darüber hinaus fehlt es an jedem "Wohnkomfort", in den Tagräumen gibt es zumeist nur Tische und Stühle, bei den Betten keine Lampen, keine Teppiche, Vorhänge, etc..

Bedenklich ist auch die mangelnde Anzahl, die Anordnung und Qualität der sanitären Anlagen:⁺

In vielen Abteilungen kommen im Durchschnitt mehr als 10 Patienten auf ein vorhandenes WC; die Versorgungsabteilung VM liegt mit 10,7 Patienten pro WC im Mittelfeld, die Ausbildungsabteilungen AM und AF mit 5,3 bzw. 5,8 Patienten pro WC an

⁺ Auswertung einer schriftlichen Befragung der Oberpfleger aller Abteilungen 1975

⁺⁺ Seit Beginn der Untersuchung (1974) hat sich die räumliche Situation lediglich in VM etwas verbessert.

der Spitze aller Abteilungen. Ein erheblicher Teil der WC-Anlagen ist nur durch ein Glasverdeck abgeschirmt, einige Anlagen sind gänzlich unverdeckt ! Auch in dieser Hinsicht sind die beiden untersuchten Ausbildungsabteilungen relativ besser als der Durchschnitt ausgestattet.

In der Mehrzahl der Abteilungen müssen mehr als 10 Patienten ein Waschbecken gemeinsam benützen. Die untersuchten Ausbildungsabteilungen sind in dieser Hinsicht besonders gut ausgestattet, auch die Versorgungsabteilung VM liegt über dem Durchschnitt.

Bezogen auf die Gesamtanstalt müssen sich jeweils ca. 14 Patienten eine Badewanne bzw. eine Dusche teilen. Die Abteilung VM liegt leicht über diesem, die Ausbildungsabteilungen leicht unter diesem Durchschnittswert. In einigen Abteilungen gibt es noch Badewannen, die im Krankensaal stehen, in Abteilung VM sogar deren zwei.

Materielle Umstände in den einzelnen Abteilungen, welche die Befriedigung von spezifischen Bedürfnissen beeinträchtigen, sind u.a.:

- die mangelnde Attraktivität, Funktionstüchtigkeit und Vollständigkeit der Anstaltskleidung,
- das Material und die Form des Geschirrs, das Fehlen von vollständigem Besteck, Servietten und Tischtüchern,
- die unzureichende Qualität und mangelnde Variation des Anstaltssessens,
- die zu geringe Menge und der schlechte qualitative Zustand der Bettwäsche,
- das Fehlen von pflegerischen und medizinisch-technischen Mitteln bzw. die Veralterung der vorhandenen,
- das Fehlen von Mitteln zur Körperpflege⁺: nur in einem Drittel der Abteilungen gibt es ausreichend Handtücher, in einem Viertel genügend Waschlappen, nur die Hälfte der Abteilungen hat ausreichend Zahnpasta zur Verfügung. Durchschnittlich 20 - 30 Patienten sind auf einen Rasierapparat angewiesen, bei Kämmen und Haarbürsten ist das Verhältnis

⁺ (vgl. S. 29)

nicht viel besser, in vielen Abteilungen gibt es keine Zahnbürsten,

- das Fehlen von Mitteln und Materialien zur Beschäftigung, Unterhaltung und Information,
- das Fehlen von Telefonzellen.

Auf der Ebene der Gesamtanstalt fehlt es v.a. an Einrichtungen für Sport, Unterhaltung, Kultur und Kontakt. Der vorhandene Anstaltspark und die Gärten sind dagegen eine der wenigen (leider zu wenig genutzten) Ressourcen.

Die geschilderten Verhältnisse haben auch für das Pflegepersonal eine massive Beschränkung der Handlungsmöglichkeiten zur Folge. Dementsprechend besteht innerhalb des Pflegepersonals eine deutliche Unzufriedenheit mit den materiellen Umständen der Arbeitssituation (TABELLE 26).

TABELLE 26: Zufriedenheit des Pflegepersonals mit ausgewählten materiellen Umständen seiner Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")
Indikator 1: Baulicher Zustand und Einrichtung der Abteilung

Zufriedenheit	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	27%	35%	20%	43%	14%	31%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

Indikator 2: In der Abteilung vorhandene medizinische und pflegerische Sachmittel

	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	29%	59%	27%	60%	13%	44%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ Chi² p < 0.05

++ Chi² p < 0.01

*) Frageformulierung: "Wie zufrieden sind Sie mit den hier angeführten Merkmalen bei Ihrer derzeitigen Arbeitssituation? sehr zufrieden - eher zufrieden - eher unzufrieden - unzufrieden - sehr unzufrieden."

Das befragte Pflegepersonal der Ausbildungsabteilungen äußerte sich im Vergleich zum befragten Personal der Versorgungsabteilungen unzufriedener mit der Situation. Da aber realiter die Ausbildungsabteilungen überdurchschnittlich gut ausgestattet sind, drücken sich in diesem Ergebnis die unterschiedlichen Erwartungen und Ansprüche aufgrund unterschiedlicher Ausbildung bzw. Qualifikation aus. Die hohen Erwartungen von Schuldiplomierten und Schülern werden durch die tatsächlichen Verhältnisse besonders stark enttäuscht.

Was bedeuten diese beschreibenden Ausführungen, wenn man sie in Relation zu den einleitenden Fragestellungen (1.1) setzt ? Erstens unterschreiten die hier geschilderten Umstände der Unterbringung der Patienten unabhängig von den Haltungen der betreuenden Personen in massiver Weise jene Minimalstandards, die in der allgemeinen stationären Krankenversorgung üblich sind. Die besonders ungünstigen Verhältnisse in der Versorgungsabteilung VM im Vergleich zu den Ausbildungsabteilungen erklären einen Teil der zusätzlichen Benachteiligungen der dort versorgten Patienten.

Bei einzelnen Bedürfnissen ist, als Folge der unzulänglichen materiellen Voraussetzungen eine Erfüllung des ohnedies bereits stark eingeschränkten akzeptierten Versorgungsbedarfs durch das Pflegepersonals nicht möglich bzw. erschwert, wie etwa bei der im Vordergrund stehenden körperlichen Pflege. Auch hier ist die Versorgungsabteilung VM relativ noch stärker benachteiligt.

Zweitens stehen die unterdurchschnittlichen materiellen Voraussetzungen im Widerspruch zu anderen Bestimmungsfaktoren des Personal-Handelns, wie etwa der Qualifikation von Schuldiplomierten und Ärzten. Unter den gegebenen Umständen ist an eine Realisierung der Standards und Kompetenzen, die diesen Personen in der Ausbildung vermittelt wurden, nicht zu denken. Die u.a. daraus resultierende mangelnde Attraktivität der psychiatrischen Anstaltsversorgung für qualifiziertes Personal

wiederum bewirkt hohe Austrittsraten des diplomierten Pflegepersonals (vgl. 1.6) und führt zur Schwierigkeit, in ausreichendem Ausmaß qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Der Mangel an qualifiziertem und engagiertem Personal wiederum wirkt sich negativ auf die Handlungsmöglichkeiten des verbleibenden Personals aus.

Drittens schließlich kann davon ausgegangen werden, daß die unzureichenden materiellen Bedingungen die Definition des akzeptierten Versorgungsbedarfs quasi antizipativ ganz wesentlich einengen müssen, wenn diesem überhaupt eine realisierbare Orientierungsfunktion zukommen soll. Eine bloße Veränderung von Regeln ohne entsprechende materielle Verbesserungen bliebe daher vielfach ein rein definitorischer Akt ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

1.4.1.2 Personelle Ausstattung

Über die Zusammensetzung des in den drei untersuchten Abteilungen arbeitenden Pflegepersonals nach Ausbildung bzw. Qualifikation ist bereits berichtet worden (vgl. 1.3.1). Demnach ist das durchschnittliche Ausbildungsniveau des Personals der Versorgungsabteilung VM wesentlich geringer als das des Personals der Ausbildungsabteilungen AM und AF. Der durchschnittliche Qualifikationsgrad des Personals der Versorgungsabteilung VM liegt zwar unter dem des Pflegepersonals der Gesamtanstalt, ist diesem Durchschnitt jedoch wesentlich näher als die aufgrund der speziellen Ausbildungs-Funktion untypische Personal-Auswahl in den Abteilungen AM und AF.

Im folgenden wird die quantitative personelle Ausstattung der drei Abteilungen - z.T. im Vergleich zu allen Abteilungen - analysiert. Dazu werden Diplomierte, Stationsgehilfen und Schüler als "Pflegepersonal" zusammengefaßt.⁺ (ausführlicher vgl. Anhang, 2. 2).

⁺ Die detaillierten Angaben über die drei hauptsächlich untersuchten Abteilungen stützen sich auf eine Auswertung der Tagesberichte für die Tage des Jahres 1974. Die Vergleichswerte entstammen einer Stichtagserhebung im Dezember 1977.

Beim durchschnittlichen systemisierten Stand - bezogen auf die Betten- bzw. Patientenzahl - ergibt sich ein deutliches Plus für die beiden Ausbildungsabteilungen. Dieses Plus wird jedoch ausschließlich durch die Zugehörigkeit der Schüler zum systemisierten Stand hergestellt. Ohne Lernpfleger bzw. -schwestern entspricht der Personal-Betten-Schlüssel der Ausbildungsabteilungen ziemlich genau dem für die Gesamtanstalt (ohne Lernpersonal) errechneten von 4.4 Betten pro Pflegeperson. Dagegen liegt die Versorgungsabteilung VM mit 5.0 Betten pro Pflegeperson etwas über diesem Gesamtdurchschnitt, allerdings nur geringfügig über dem Männerabteilungen-Durchschnitt von 4.8 Betten pro Pflegeperson.

Aufgrund der mehrstündigen Abwesenheit der Lernpfleger bzw. -schwestern zu Unterrichtszwecken wird das Personal-Plus der Ausbildungsabteilungen in der tatsächlichen Versorgung nicht voll wirksam.

In der durchschnittlichen täglichen Besetzung drückt sich die privilegierte Stellung der Ausbildungsabteilungen in einer etwa doppelt so großen Anzahl anwesender Pflegepersonen (inklusive Schüler) aus. Da der Patientenstand der Versorgungsabteilung VM aber durchschnittlich um etwa 50% über dem der Ausbildungsabteilungen AM und AF lag, bedeutet das, daß eine Pflegeperson in VM durchschnittlich dreimal so viele Patienten zu versorgen hatte wie eine Pflegeperson in AM und AF, in absoluten Zahlen : 23 Patienten pro Pflegeperson in VM, aber nur ca. 8 in den Abteilungen AM und AF. An Samstagen und Sonntagen stieg diese Durchschnittszahl in Abteilung VM auf etwa 26 Patienten an, desgleichen in Urlaubsmonaten. An 80 Tagen des untersuchten Jahres entfielen in dieser Abteilung auf eine Pflegeperson 30 Patienten, an 30 Tagen gar 38 Patienten.

Wie bereits angeführt, sind die personellen Verhältnisse in Abteilung VM kein extremer Einzelfall im Psychiatrischen

Krankenhaus. D. h. daß der auf dem Papier gültige Personal-Patientenschlüssel in der Realität um das Vier- bis Fünffache schlechter ist. Bezogen auf die Gesamtanstalt bedeutet dies, daß eine Pflegeperson im Durchschnitt etwa 20 Patienten zu betreuen hat.

In einer derart angespannten Personalsituation und in Anbetracht des beträchtlichen somatischen Versorgungsbedarfs vieler Patienten (1. 4. 1. 4) ist nur mehr eine minimale pflegerische Versorgung garantierbar.

Hinzuweisen ist noch auf die relativ hohe Fluktuation des Pflegepersonals⁺. Von den am Beginn des Jahres 1974 in den drei Abteilungen arbeitenden Pflegepersonen verließen ein Drittel (Abt. VM) zwei Fünftel (Abt. AF) bzw. die Hälfte (Abt. AM) im Laufe des Jahres ihre Abteilung. Etwa die Hälfte dieser Abgänge ging auf anstaltsinterne Versetzungen zurück, die andere auf Austritte aus der Anstalt. Die Austrittsrate ist in den Ausbildungsabteilungen wesentlich höher.

Die ärztliche Besetzung (exklusive Primarius, der jeweils für mehrere Abteilungen zuständig ist) betrug während der Beobachtungsstudie in allen drei Abteilungen durchschnittlich zwei Personen. Bezogen auf die Patientenbelegung ergibt das für die Ausbildungsabteilungen ein Verhältnis von ca. 50 Patienten pro Arzt, in der Versorgungsabteilung von ca. 75 Patienten pro Arzt. Die Abteilung VM war damit relativ zum Anstaltsdurchschnitt von ca. 50 : 1 deutlich unterprivilegiert.⁺⁺

Allen untersuchten Abteilungen standen im Jahre 1974 jeweils zwei Abteilungshelferinnen zur Verfügung⁺⁺⁺ (für Botengänge,

+ Rekonstruktion aus den Tagesberichten der drei Abteilungen für das Jahr 1974

++ Der Arzt/Betten-Schlüssel hat sich seit 1974 leicht verbessert. Er betrug 1976 1 : 47

+++ Auswertung der Tagesberichte für alle Tage des Jahres 1974

Einkäufe, Wäscheversorgung, Essensvorbereitung). Weiters gab es in Abteilung VM durchschnittlich zwei, in den beiden Ausbildungsabteilungen durchschnittlich eine Reinigungsfrau⁺. Daß diese Besetzung nicht ausreichend ist, wird durch die Verwendung von Pflegepersonal sowohl zur Essensvorbereitung als auch zu Reinigungsaufgaben (im Krankensaal) belegt.

Personalknappheiten - gerade auch bei den genannten Hilfsdiensten - werden durch den zum Teil massiven Einsatz von Patienten zur Arbeit in den Abteilungen ausgeglichen (vgl. zu dieser Problematik auch III., 2.3.4). In Abteilung VM gab es die meisten "Hausarbeiter" (durchschnittlich etwa 10) mit den weitreichendsten Aufgabengebieten. In den Ausbildungsabteilungen standen durchschnittlich nur 3 - 5 Hausarbeiter zur Verfügung, die alle außerhalb des unmittelbaren Patientenbereiches tätig waren.

Keine der Abteilungen verfügte über zusätzliche Personen mit einer in der psychiatrischen Behandlung wichtigen spezifischen Qualifikation. Bewegungstherapeuten und Sozialarbeiter konnten aus der Spezialabteilung für Rehabilitation angefordert werden, was jedoch selten geschah.

In der Pflegepersonalbefragung wurde die Zufriedenheit mit den personellen Voraussetzungen in bezug auf vier Personengruppen erfragt: Ärzte, Kollegen, Hilfskräfte und Patienten (TABELLE 27).

Für die Gesamtgruppe der Befragten gibt es klare Variationen der Zufriedenheit nach der Art der beurteilten Personalgruppe: Hohe Unzufriedenheit mit der Zahl der Kollegen (-innen) und der Hilfskräfte, also jener Personengruppen, deren Vorhandensein bzw. Mangel unmittelbare Auswirkungen auf den Arbeitsanfall bzw. auf die Arbeitsqualität der Befragten hat;

⁺Auswertung der Tagesberichte für alle Tage des Jahres 1974

TABELLE 27: Zufriedenheit des Pflegepersonals mit den personellen Voraussetzungen seiner Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")

Indikator 1: Anzahl der Ärzte in der Abteilung

Zufriedenheit	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	62%	91%	80%	94%	36%	77%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)
	+			++		

Indikator 2: Anzahl der Kollegen (-innen) in der Abteilung

	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	42%	24%	27%	29%	54%	32%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

Indikator 3: Anzahl der Hilfskräfte in der Abteilung

	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	42%	34%	47%	44%	15%	38%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

Indikator 4: Anzahl der Patienten in der Abteilung

	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	40%	58%	33%	59%	40%	49%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$

++ χ^2 $p < 0.01$

+) Frageformulierung: " vgl. TABELLE 26

mittlere Zufriedenheit mit der Patientenzahl, die indirekt die Situation des Pflegepersonals bestimmt, die aber auch aus der Perspektive des Patienten (Raumbelegung, Betreuungsintensität) gesehen werden kann; überraschend hohe Zufriedenheit mit der (geringen) Zahl der Ärzte, die keinen unmittelbaren Einfluß auf den Arbeitsanfall des Pflegepersonals hat, aber wesentlich die Qualität der Patientenversorgung und die Art der Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Ärzten bestimmen dürfte. Die Unterschiede in der Zufriedenheit sind somit durch die variierende Verknüpfung von jeweiliger Personalmenge und Arbeitsbelastung erklärbar.

Die Betrachtung nach Abteilungstypen bzw. Qualifikationsgruppen erfordert allerdings eine Relativierung dieser Feststellungen. In den Ausbildungsabteilungen war die Zufriedenheit mit der

Anzahl der Kollegen und Hilfskräfte etwas größer, die Zufriedenheit mit der Zahl der Ärzte und Patienten aber geringer als in den Versorgungsabteilungen. Besonders unzufrieden mit der Zahl der Ärzte waren die in der Ausbildung befindlichen Lernpfleger (-schwestern). Diese Unterschiede könnten zum einen durch die bessere Pflegepersonal-Ausstattung der Ausbildungsabteilungen erklärbar sein, zum anderen dürften auch wieder differierende Erwartungen bzw. unterschiedliche Perspektiven in Abhängigkeit vom Ausbildungs- bzw. Qualifikationsgrad eine Rolle spielen: Die höher qualifizierten Schuldiplomierten und Schüler identifizieren sich stärker mit den Patienten (vgl. Teil III.1) und vertreten - unabhängig von eigenen Interessen - höhere Standards der Versorgung.

Zusammenfassend stellt sich die Bedeutsamkeit personeller Verhältnisse für die beobachtete Patientenversorgung folgendermaßen dar:

- In der Versorgungsabteilung VM sind die gegebenen personellen Umstände eine wesentliche Bedingung der Nicht-Einlösung des akzeptierten Versorgungsbedarfs. Unterschreitungen, die sich daraus ergeben, treffen vor allem Patienten mit bedarfssteigernden körperlichen Behinderungen oder Erkrankungen. Personelle Knappheiten wirken sich weiters überall dort aus, wo die Regeln allgemein und unverbindlich sind oder dem Pflegepersonal ein größerer Definitions- und Entscheidungsspielraum offensteht.

Die durchschnittliche personelle Besetzung in den Ausbildungsabteilungen dagegen erlaubt die Einhaltung zumindestens der vorgesehenen Versorgung.

- Die personelle Unterbesetzung der Versorgungsabteilung in Kombination mit einem relativ niedrigen durchschnittlichen Qualifikationsgrad des Pflegepersonals ist unseres Erachtens eine wesentliche Bedingung für den dort vermehrt beobachteten

aggressiven und abwertenden Umgangsstil. Aus den Beobachtungen kann auch die Annahme abgeleitet werden, daß die Toleranz gegenüber Patienten, die vom Ideal des passiv dahindämmern- den und anspruchslosen Patienten abweichen, in Zeiten personeller Krisen abnimmt, d.h. die Tendenz zu vorschneller Einschränkung und illegitimer Medikation entsteht.

- Der Einsatz von Patientenhausarbeitern am Patienten, wie er in Zeiten unterdurchschnittlicher Personalbesetzung in Abteilung VM gang und gäbe war, ist umso bedenklicher, je mehr es sich hier um direkten Ausgleich für Personalengpässe handelt, weil unter solchen Umständen die Kontrollierbarkeit dieser mit Recht verbitterten Personen gering ist.

- Die angespannte Personalsituation der Abteilung VM führt zum Einsatz unqualifizierter bzw. wenig qualifizierter Kräfte für Aufgaben, die sie überfordern (z.B. somatische Pflege von Problempatienten).

- Die starke Fluktuation des Personals bedingt in Verbindung mit institutionellen Voraussetzungen (Diensterteilung, Informationssystem, vgl. 1.4.1.3) eine Diskontinuität in der Personal-Patienten-Beziehung, die eine ordnungsgemäße Durchführung der vorgesehenen Versorgung, besonders bei Patienten mit besonderem Bedarf, erschwert bzw. einer persönlicheren und humaneren Umgangsform im Wege steht.

- Der Mangel an Hilfspersonal führt in allen Abteilungen zum Einsatz qualifizierten Personals für unqualifizierte Tätigkeiten und damit zur Unzufriedenheit der Betroffenen, welche sich vor allem in einer Reduktion des Engagements bei den ohnedies nur vage vorgesehenen psychischen Betreuungsaufgaben auswirkt.

- Die ärztliche Besetzung aller untersuchten Abteilungen, im besonderen aber der Versorgungsabteilung VM, läßt eine den medizinischen Standards entsprechende somatische und erst recht psychische Betreuung unmöglich erscheinen. Auch für die Ärzte muß angenommen werden, daß die aussichtslose Überforderung die Bereitschaft zu engagierter Betreuung der Kranken abschwächt.

- Eine Ausweitung der vorgesehenen Versorgung über die derzeit verengten Ziele hinaus, vor allem bei der Befriedigung psychischer Bedürfnisse, ist ohne die Einbeziehung derzeit (fast) nicht vorhandener Personalgruppen wie Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Bewegungstherapeuten, Heilgymnasten, Musiktherapeuten etc. in die Krankenversorgung, und zwar in Form psychiatrischer Behandlungsteams, nicht zu erreichen.

1.4.1.3 Institutionelle Voraussetzungen

Da sich die Verhältnisse in den Ausbildungsabteilungen AM und AF beträchtlich von der Abteilung VM unterscheiden, wird zuerst und ausführlicher die für die Gesamtanstalt eher repräsentative Situation in der Versorgungsabteilung erörtert.

Die alltägliche Patientenversorgung in der Abteilung wird von Abteilungsärzten, Chargen und Pflegepersonal, die in dieser Reihenfolge auch die bestehende Hierarchie bilden, organisiert und durchgeführt.

Die ärztliche Rolle besteht - wie in anderen Versorgungskontexten - im wesentlichen in der Diagnosestellung, Festlegung von Therapien, Durchführung qualifizierter therapeutischer Eingriffe und Kontrolle der pflegerischen Versorgung. Administrative Tätigkeiten fallen in der psychiatrischen Anstaltsversorgung vermehrt an. Eine wichtige zusätzliche Aufgabe ist die Anordnung bzw. Genehmigung spezifischer Einschränkungen von Patienten.

Die Tätigkeit der Chargen enthält wenig "psychiatrie-spezifische" Elemente. Die Oberpfleger bzw. -schwestern haben die administrative und organisatorische Leitung der pflegerischen Versorgung inne, den Stationspflegern bzw. -schwestern obliegt die unmittelbare Pflege- und Dienstaufsicht. Oberpfleger (-schwestern) haben ebenso wie Ärzte wochentags täglich Dienst, Stationspfleger (-schwestern) sind jeden zweiten Tag anwesend, womit eine gewisse Gleichschaltung mit der Diensterteilung des Pflegepersonals entsteht.

Die mündliche Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal beschränkt sich im wesentlichen auf die Visite. Visiten Teilnehmer sind neben dem Arzt in der Regel ein bis zwei Chargen sowie der (die) hauptdiensthabende Pfleger (Schwester). Die jeweilige hauptdiensthabende Pflegeperson holt "meldepflichtige" Informationen bei den Kollegen ein. Visiten ver-

laufen in der Regel unsystematisch, uneinheitlich und auf aktuelle Erfordernisse der Akutbehandlung oder administrativer Entscheidungen ausgerichtet (vgl. III., 2.3.5). Ihre durchschnittliche Dauer ist - im Vergleich zu wissenschaftlich dokumentierten Durchschnittswerten von zwei bis drei Minuten pro Patient in allgemeinmedizinischen Versorgungsbereichen (z.B. RASPE, 1976b, 63) - sehr kurz (nach Erfahrungen der Beobachter ein Bruchteil einer Minute pro Patient). Der Informationswert für das Pflegepersonal ist gering - zum Hauptdienst ist man ca. alle drei Wochen eingeteilt, für die anderen Pflegepersonen schlägt sich das Visitenenergebnis lediglich in nicht weiter explizierten Behandlungs- und Dokumentationspflichten nieder. Umgekehrt wird die Kommunikationsbereitschaft des Pflegepersonals von ärztlicher Seite wenig berücksichtigt bzw. nicht gefördert. Das Wissen derer, die die meiste und umfassendste Kenntnis der Patienten haben, bleibt weitgehend ungenützt.

Die schriftliche Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal bringt keinen Ausgleich des mündlichen Kommunikationsdefizits. Besteht sie doch lediglich darin, daß das Pflegepersonal geforderte Eintragungen bei einzelnen Patienten (Temperatur, Flüssigkeitsmenge etc.) vornimmt und außergewöhnliche Ereignisse (wie Fieber, Stürze etc.) im Hauptdienstbuch verzeichnet.

Die institutionalisierte Kommunikation zwischen Chargen und Pflegepersonal ist noch dürftiger: Bei der morgendlichen Anmeldung werden allerhöchstens Dienstenteilungsveränderungen, die durch Personalausfälle erzwungen sind, bekanntgegeben. Dem (der) Hauptdiensthabenden werden bevorstehende Verlegungen, Patienten-Behandlungen außerhalb der Abteilung oder Zugänge mitgeteilt. Bei der Abendübergabe ist der Stationspfleger (die Stationsschwester) anwesend. Die übrigen Chargen-Pflegepersonal-Interaktionen finden im Rahmen von kontrollierenden oder sanktionierenden Interventionen (vgl.

1.4.2) oder informeller Kontakte einzelner Pfleger (Schwestern) mit Chargen statt.

Die Dienstenteilung und Arbeitsteilung des Pflegepersonals erfolgt im Rahmen eines "Toursystems". Die überwiegende Mehrheit des Pflegepersonals (mit Ausnahme der neu aufgenommenen und der nur kurzfristig aufgenommenen Personen) ist in dieses System integriert ("ist in der Tour", "hat eine Tour"). (eine ausführliche Beschreibung des Toursystems findet sich im Anhang, 3. 1).

Durch das Toursystem wird einerseits eine bestimmte - sich wiederholende - zeitliche Aufeinanderfolge von Tagdiensten, Nachtdiensten und freien Tagen festgelegt (da diese Aufeinanderfolge einen "Sechstagerhythmus" etabliert, spricht man auch vom "Sechseradl"). Gemeinsame bzw. partiell gemeinsame Dienstenteilungen führen zu einer strikten Dichotomisierung des Pflegepersonals in zwei Gruppen, die sich lediglich bei Übergaben begegnen. Innerhalb dieser Gruppen gibt es je drei Untergruppen à drei bis vier Personen, die ihrerseits identische Dienstfolgen aufweisen bzw. miteinander abwechselnd Tagdienste absolvieren.

Andererseits bedeutet "Toursystem" die Definition einzelner Dienstarten (Hauptdienst, verschiedene Beiddienste, Tagraumdienst, Küchendienst etc.), die durch Aufgaben und/oder Ort voneinander abgegrenzt sind und die ebenfalls geordnet durchlaufen werden.

Dadurch wird die jeweilige Arbeitseinteilung zwischen den anwesenden Pflegepersonen festgelegt. Diese Abfolge resultiert in ständigem Ortswechsel und damit auch Patientenwechsel der zu Betreuenden, in einer Zersplitterung der oben angeführten Teams auf verschiedene Orte und in jeweils sehr unterschiedlichen Anforderungen und Belastungen für die anwesenden Pflegepersonen.

Im wesentlichen handelt es sich um eine horizontale Differenzierung, aus der sich lediglich der Hauptdienst durch bestimmte Anweisungs- und Kontrollbefugnisse abhebt.

Ein bemerkenswertes Charakteristikum des Toursystems besteht somit in einer weitgehenden Egalisierung der davon Betroffenen, d.h. daß alle Dienstarten unabhängig von der Qualifikation der Pflegeperson durchlaufen werden.

Das Toursystem determiniert in entscheidender Weise die Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patienten sowie innerhalb des Pflegepersonals:

- Durch die ständig wechselnde Zuständigkeit für unterschiedliche Patienten (laut Tourplan der Abteilung VM versorgt ein Pfleger erst nach 24 Tagen wieder dieselbe Patientengruppe innerhalb derselben Dienstart) mangelt es den meisten Pflegern an Überblick, Information und differenzierten Kenntnissen. Der Aufbau persönlicher Beziehungen zu Patienten ist erschwert, stereotype Wahrnehmungen werden verstärkt.
- Durch die Abgrenzung von Tätigkeitsbereichen (Patientengruppen) bei geringen Koordinationserfordernissen mit den ständig wechselnden Kollegen des örtlich benachbarten Dienstes ist auch die Zersplitterung innerhalb des Pflegepersonals groß. Geringe Kooperation und fehlende wechselseitige Kontrolle bei der Versorgung sind typische Erscheinungen.

Das bestehende Informationssystem ist nicht in der Lage, die durch das Toursystem bedingte Diskontinuität von Beziehungen zu kompensieren. Das Hauptdienstbuch enthält nur Informationen über diensttuendes Personal, Zu- und Abgang von Patienten und außergewöhnliche Ereignisse. An jedem Bett ist der Name des Patienten aufgeklebt, bei somatisch kranken Patienten manchmal eine Fiebertabelle oder eine Flüssigkeitsbilanz. In einem Therapieordner sind die vorgeschriebenen somatischen Pflegemaßnahmen eingetragen, der Medikamentenordner enthält eine Aufzählung von Medikamenten und Dosierungen. Routinemäßige Informationen über die psychische Störung, deren Be-

handlung, die Prognose, die Krankheitsgeschichte oder gar die sozialen Charakteristika eines Patienten werden nicht zur Verfügung gestellt. Der Patient ist für das Pflegepersonal ein weitgehend unbekannter Fall, für den u.a. therapeutische Maßnahmen zu erbringen sind, deren Wirksamkeit und Begründung nicht vermittelt wurde.

Bei den Dienstübergaben werden ebenfalls nur wenige Informationen mitgeteilt. Am Morgen werden vom Nachtdienst an den Hauptdiensthabenden des Tages nur Patienten mit erhöhten Temperaturen gemeldet, auf Patienten, die für eine spezifische Behandlung von der Routine abweichend versorgt werden müssen, wird hingewiesen. Am Abend übergibt der (die) Hauptdiensthabende an die Nachtdienst-Pflegepersonen den Patientenstand und die erhöhten Temperaturen als Information. Mit dem (der) Stationspfleger (-schwester) werden alle Zimmer durchschritten, wobei die Anwesenheit aller Patienten und die ordnungsgemäße Verschließung von Türen, Netzbetten, Heißwasserhähnen und Steckdosen überprüft wird.

Die Krankengeschichten der Patienten der Abteilungen sind prinzipiell für das Personal zugänglich, sie werden in den Räumen der Vorgesetzten aufbewahrt. Vom Pflegepersonal werden sie aber kaum benützt.

Sind die beschriebenen Strukturen nun ausreichend um die im akzeptierten Versorgungsbedarf vorgesehenen Leistungen zu sichern ?

Zwei Momente bringen jeweils für sich und in Kombination miteinander spezifische Probleme mit sich. Problematisch ist erstens die praktizierte Form der Arbeitsteilung: Die Verteilung der Aufgaben unabhängig vom Qualifikationsgrad führt zur Überforderung von unqualifiziertem Personal, die ihrerseits durch die isolierte Arbeitsweise aufgrund der räumlichen Segmentierung nicht durch erfahrenere und kompetente Kollegen ausgeglichen werden kann. Diese Überforderung wirkt sich am stärksten auf die Versorgung von Patienten mit höherem Versorgungsbedarf aus.

Zweitens besteht eine hohe Diskontinuität in der Zusammenstellung von gleichzeitig anwesenden Tourmitgliedern und der Zuordnung von Patienten zu einzelnen Pflegern. Diese Fragmentierung wird nicht kompensiert durch ein entsprechendes Informationssystem oder ausreichende institutionalisierte Kommunikation. Dadurch ist die adäquate Behandlung insbesondere der Patienten mit spezifischem Versorgungsbedarf gefährdet. Es kommt zu Mißverständnissen, Unterlassungen und Spätreaktionen. Zugleich wird ein erhöhter Manipulationsspielraum für die permanent anwesenden Patienten-Hausarbeiter eröffnet, deren Interessen häufig mit den Bedürfnissen ihrer Mitpatienten kollidieren.

Schließlich gibt dieses System jenem Teil des Pflegepersonals einen strategisch nützlichen Spielraum, der seine Arbeit auf das unbedingt Notwendige zu beschränken versucht. Untererfüllungen bei schwierig kontrollierbaren Leistungen und Überwältigungen von Aufgaben an den nächsten Dienst sind die Folge. Damit ist auch der Umgangsstil mit den Patienten weitgehend dem jeweils zuständigen Einzelnen überlassen.

Die nächste Frage gilt der Wechselwirkung dieser bestehenden institutionellen Regelungen mit anderen Bedingungsfaktoren der Patientenversorgung.

Die Art der Dienstenteilung und der Arbeitsteilung ("Tour-system") führt zu Handlungsorientierungen des Pflegepersonals, die unter den Begriffen individualistisch, partikularistisch und kurzfristig zusammengefaßt werden können. "Individualistisch" meint das Mißtrauen und die Indifferenz gegenüber den Kollegen ("nur auf sich selbst kann man sich verlassen"). "Partikularistisch" bedeutet die Einengung der Aufmerksamkeit auf den wechselnden jeweils aktuellen Zuständigkeitsbereich. "Kurzfristig" verweist auf die Zeitperspektive hinsichtlich der Patientenversorgung, die meist nicht über den aktuellen Dienst eines Tages bzw. einer Nacht hinausreicht.

Die sehr unterschiedlichen Belastungen einzelner Dienste führen zu entsprechenden Präferenzstrukturen, wobei bei den unangenehmen Diensten ein Überstehen v.a. ohne Zwischenfall im Vordergrund steht. Die relativ langen Freizeiten zwischen einzelnen Phasen erleichtern und fördern Distanzierungshaltungen gegenüber Arbeit und Patienten.

Die räumliche, aber auch mentale Abgrenzung von den Kollegen blockiert den Austausch von Erfahrungen und die Weitergabe von Wissen und Fertigkeiten. Über gemeinsame Probleme und Schwierigkeiten kann man sich nicht verständigen. Die Vorgesetzten und Ärzte werden - wie im folgenden näher ausgeführt - ebenfalls nicht als Ratgeber und Unterstützer wahrgenommen.

Für die bestehende bürokratische Kontrollstruktur (vgl. 1.4.2) ist das Toursystem mit der kurzfristig und formalen Zurechenbarkeit von Fehlern und Unterlassungen durchaus funktional. Auch unter den bestehenden Bedingungen der materiellen und personellen Unterausstattung ist dieses System funktional. Es sichert ein Minimum an Stabilität und läßt Unzulänglichkeiten der Patientenversorgung als Unterlassungen einzelner Individuen erscheinen. In einem solchen System werden auch strukturelle Mängel nur als individuelles Versäumnis wahrgenommen.

Die Ausbildungsabteilungen wichen zum Zeitpunkt der Untersuchung von den geschilderten institutionellen Bedingungen in mehrfacher Hinsicht ab:

Es gab nur für etwa die Hälfte des Pflegepersonals Plätze im Toursystem. Es wurden mehr spezielle Pflegepersonal-Rollen unterschieden, was eine differenziertere Hierarchie innerhalb des Pflegepersonals nach sich zog. Damit ergab sich auch eine Arbeitsteilung, die unterschiedliche Qualifikationen stärker berücksichtigen konnte. Die Einlösung der Ausbildungsaufgaben erforderte auch eine höhere Kommunikationsdichte. Der relativ hohe Personalstand in Verbindung mit anderen genannten Umständen erlaubte wechselnde Vereinbarungen über die Arbeitsteilung und die kurzfristige Einteilung der personellen Ressourcen. Die Aufrechterhaltung eines organisierten Tätigkeitsablaufes bedurfte deshalb verstärkt steuernder Eingriffe. Es

kam häufig zu Doppelleistungen bzw. Auslassungen von Versorgungstätigkeiten. Die stärker ausgeprägte Hierarchisierung brachte zum Teil eine bessere Berücksichtigung unterschiedlicher Fähigkeiten. Häufig kam es allerdings zu Ausweitungen von funktional begründbaren Autoritätsbefugnissen. Diese waren organisatorisch möglich durch das doppelte Sanktionspotential gegenüber den Schülern: Beurteilungen des praktischen Stationsverhaltens einerseits, der Leistung im theoretischen Unterricht andererseits.

Wie aber sieht das befragte Pflegepersonal die derzeitigen institutionellen Voraussetzungen ?

Eine allgemeine, standardisiert vorgegebene Frage betraf die Zufriedenheit mit "den in dieser Abteilung geltenden Regeln und dem eingeführten Organisationsplan". Bei einem insgesamt durchschnittlichen Zufriedenheitsgrad war die Bewertung in den Ausbildungsabteilungen deutlich ungünstiger als in den Versorgungsabteilungen, was zur Hauptsache der kritischen Haltung der Lernpfleger und -schwestern zuzuschreiben ist (TABELLE 28).

TABELLE 28: Zufriedenheit mit den auf der Abteilung geltenden Regeln und dem eingeführten Organisationsplan (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")⁺

Zufriedenheit	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
positiv	51%	78%	67%	74%	40%	64%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$

+) Frageformulierung: vgl. TABELLE 26

Gering war die Zufriedenheit mit der "Möglichkeit zur Teamarbeit", große Unzufriedenheit herrschte mit der "Möglichkeit zur Mitbestimmung bei Entscheidungen". Dabei gab es wieder ein Gefälle von den Versorgungsabteilungen zu den Ausbildungsabteilungen bzw. von den Altdiplomierten und Stationsgehilfen zu Schuldiplomierten und Schülern (vgl. TABELLE 25).

Ein zentraler Bestandteil der institutionellen Voraussetzungen mit den verschiedensten, bereits ausgeführten Folgewirkungen ist die derzeit praktizierte Form der Diensterteilung ("Sechser-radl"). Der ungünstigen Einschätzung aus einer sozialpsychi-atrischen Perspektive - begründet v.a. in der Erschwernis kooperativer Teamarbeit und kontinuierlicher Patientenbetreu-ung - steht die positive Bewertung des befragten Pflegeperso-nals gegenüber:

Einer "angenehmen Diensterteilung" wurde unter den vorgege-benen "externen Gratifikationen" die höchste Priorität gege-ben (vgl. TABELLE 24). Die derzeitige Form der Diensterteilung scheint diese Erwartungen zu erfüllen. Unter allen vor-gegebenen Merkmalen der Arbeits- und Berufssituation waren mit ihr die meisten Befragten zufrieden; 90% aller Befragten waren entweder "sehr zufrieden" oder "zufrieden" (vgl. TABELLE 25).

Worin besteht nun die hohe Attraktivität dieser Diensterteilung ?

All jene Personen, auf die tatsächlich diese Form der Diensterteilung zutraf (96% der Befragten) wurden gefragt, welche Vorteile und Nachteile diese Diensterteilung für sie aufweise. Die Ergebnisse sind in TABELLE 29 zusammengefaßt.

TABELLE 29: Bewertung der Vor- und Nachteile der Diensterteilung ("Sechser-radl") für Personal und Patienten*)

Bewertung der Diensterteilung	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
Vorteile genannt						
für Personal	94%	88%	93%	88%	93%	91%
für Patienten	26%	32%	33%	26%	27%	29%
Nachteile genannt						
für Personal	33%	24%	40%	15%	50%	29%
für Patienten	54%	12%	47%	15%	73%	33%
N	(32)	(34)	(15)	(33)	(14)	(66)
andere Diensterteilung	3			2	1	3
nicht befragt		1		1		1

*) Frageformulierung: "Welche Vorteile und Nachteile hat diese Diensterteilung für Sie?" bzw. "Welche Vorteile und Nachteile hat die Tour ("6-Radl") für die Patienten?"

91% aller Befragten wußten konkrete Vorteile anzugeben, für die meisten von ihnen war es das relativ ausgedehnte Ausmaß an Freizeit, u.a. auch an Wochentagen (innerhalb von sechs Tagen hat man zwei Tage und eine Nacht Dienst). Damit in Zusammenhang wurden genannt: Die Möglichkeit sich besser zu erholen; die Möglichkeit in Haushalt und Familie einzuspringen - eventuell auch kleine Arbeiten nebenbei zu machen; die Attraktivität freier Wochentage (bessere Einkaufs- und Konsummöglichkeiten); die Möglichkeit des Gewinns psychischer Distanz zur Arbeit u.a.m.. Neben dem hohen Freizeitwert der derzeitigen Dienstenteilung nannten einige Personen auch die langfristige Festlegung der Dienste und damit die Planbarkeit der Freizeit.

Immerhin 30% aller Befragten sahen aber auch Nachteile in der derzeitigen Regelung. Vornehmlich wurden die häufigen Nachtdienste und die gesundheitliche und nervliche Belastung, die aus diesen, sowie aus den langen Tagdiensten entsteht, genannt. Bemerkenswert ist, daß nur 15% der Altdiplomierten und Stationsgehilfen, aber 40% der Schuldiplomierten und 50% der Schüler Nachteile nannten.

Welche Vor- und Nachteile hat das "Sechserradl" aus der Sicht des Pflegepersonals für die von ihnen betreuten Patienten ? (TABELLE 29).

Nur 29% der Befragten sahen Vorteile für die Patienten, dieser Prozentanteil variiert kaum bei einer Differenzierung nach Abteilungstyp und Qualifikation. Am häufigsten als Vorteil genannt wurde "ausgeruhtes Personal". Etwa die Hälfte der angeführten Vorteile war allerdings eher vage oder unklar formuliert; z.T. wurde auch mit fragwürdigen oder widersprüchlichen Argumenten für die Tour Stellung genommen, wie z.B.

"Tour hat Vorteile, weil die Patienten sich an das Personal gewöhnen können" (AF, 15)

"Wir sind durch die Tour über Vorgänge bei den Patienten immer gut informiert" (VM, 20)

"Die Patienten wissen, welche Tour morgen kommt" (VF, 10).

Nachteile für die Patienten gab ein Drittel aller Befragten an. Nach Abteilungstypen und Qualifikationsgrad bestehen klare Unterschiede: Nur 12% der Befragten aus den Versorgungsabteilungen sahen Nachteile, aber 54% der Befragten aus den Ausbildungsabteilungen. Nur 15% der Altdiplomierten und Stationsgehilfen, aber 47% der Schuldiplomierten und gar 73% der Schüler nannten solche. Das Personal der Versorgungsabteilungen betrachtete die Diensterteilung in ihrer Wirkung auf die Patienten weitgehend als unproblematisch. Das Personal der Ausbildungsabteilungen jedoch sah in der derzeitigen Regelung ein eindeutiges Überwiegen von Nachteilen für die Patienten.

Hauptsächliches Argument all jener, die ungünstige Folgen für die Patienten sahen: Die Diskontinuität der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient:

"Man verliert den direkten Kontakt mit den Patienten" (AM, 02)

"Es ist immer ein großer Wechsel auf der Station, für die Patienten ist es nicht möglich, sich auf eine Schwester einzustellen" (AF, 09)

"Der Patient muß sich ständig umgewöhnen" (AF, 02).

Einige der Befragten, die keine Nachteile für die Patienten angaben, begründeten dies mit Merkmalen der Patienten:

"Für psychisch Kranke ist es gleichgültig, wie oft man sie sieht" (AM, 16)

"Die begreifen das ohnehin nicht" (VM, 18)

"Für diese Patienten ist es egal; die noch besser beisammen sind, erkennen einen auch so" (VF, 07).

Die derzeitige Diensterteilung gewinnt somit ihre besondere Attraktivität durch ihren Freizeitwert, auch wenn sie für das Pflegepersonal z.T. arbeitsmäßig belastend ist. Die große Bedeutung der Freizeit - der außerhalb der Institution verbrachten Zeit - ist allerdings auf den Hintergrund der generellen Unzufriedenheit mit der eigentlichen Arbeitssituation - ihren Tätigkeitsmöglichkeiten und ihren Entscheidungs- und Organi-

sationsstrukturen - zu sehen (vgl. TABELLE 25). Die Dienst-einteilung und die in ihr gebotene Distanzierungsmöglichkeit wird für viele zur zentralen Gratifikation - auch wenn dies den Bedürfnissen der Patienten zuwiderläuft, was von einem erheblichen Teil des Pflegepersonals auch explizit gemacht wurde.

Ein guter Indikator für das Funktionieren institutioneller Voraussetzungen ist das Ausmaß und die Verteilung notwendiger Informationen.

Das befragte Pflegepersonal empfand seinen Informationsstand generell als unzulänglich. Rund zwei Drittel der Befragten waren mit dem Ausmaß der zur Verfügung stehenden Information unzufrieden, etwa ein Drittel sogar "sehr unzufrieden". In den Ausbildungsabteilungen bzw. bei Schuldiplomierten und Lernpflegepersonal waren die Bewertungen noch ungünstiger als beim Durchschnitt aller Befragten (vgl. TABELLE 25).

Um einen differenzierteren Einblick in die Informationsprozesse zu gewinnen, wurde weiters nach dem Informationsverhalten spezifischer Interaktionspartner gefragt (vgl. TABELLE 30).

TABELLE 30: Bewertung der Informationsweitergabe durch wichtige Interaktionspartner (Anteil der "Nein"-Antworten)*

Negative Bewertung des Ausmaßes der Informationsweitergabe von..	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Schüler	Stationsgehilf.	
Direktion u. Verwaltung	71%	59%	47%	71%	73%	65%
Ärzten	54%	35%	27%	37%	63%	45%
Chargen	31%	12%	87%	20%	47%	22%
Kollegen	20%	12%	13%	11%	27%	13%
Patienten						
- nein	40%	9%	33%	17%	33%	25%
- Frage als inadäquat abgelehnt	26%	35%	20%	43%	27%	30%
Angehörigen						
- nein	54%	9%	26%	16%	73%	32%
- Frage als inadäquat abgelehnt	17%	44%	27%	38%	7%	30%
N nicht befragt	(35)	(34) 1	(15)	(35) 1	(15)	(69) 1

*) Frageformulierung: "Erhalten Sie für die Durchführung Ihrer Aufgaben jeweils ausreichende Informationen? Von...: ja-nein"

Für alle Befragten ergab sich eine klar abgestufte Beurteilung, die weitgehend auch für die unterschiedenen Subgruppen von Befragten gilt. Je höher die Position des bewerteten Interaktionspartners in der Hierarchie des Krankenhauses, desto negativer die Bewertung des Informationsverhaltens. Und je höher die Position bzw. Qualifikation der Antwortenden - je geringer also ihre soziale Distanz zum Bewerteten - desto günstiger fällt die Beurteilung aus. Hier liegt somit einer der wenigen Fälle vor, in denen sich die Einschätzungen von Schuldiplomierten und Schülern stark voneinander unterscheiden.

Besonders schlecht schneiden ärztliche Direktion und Verwaltung ab:

"Nein, will man etwas wissen von ihnen, schicken sie einen weiter" (AF, 16)

"Nein, Änderungen werden nicht weitergeleitet - andererseits bekommen wir sinnlose Drucksorten" (VM, 08)

"Geht alles über den Oberpfleger, wir haben keinen Einblick" (VM, 09)

"Nein, wenn dann kommt Information über Oberpfleger als Anordnung" (VM, 18).

Es muß jedoch an dieser Stelle an die objektiven Voraussetzungen erinnert werden. Das psychiatrische Krankenhaus ist eine nach internationalen Maßstäben stark überdimensionierte Institution, sodaß eine befriedigende Beziehung zwischen Leitung und Belegschaft (allein über 700 Pflegepersonen !) ausgeschlossen erscheint. Entsprechend empfand ein Teil der Befragten diese Frage als inadäquat.

"Die haben nichts mit mir zu tun" (VF, 05)

"Dort hab ich nichts verloren" (VF, 12)

"Ich erwarte von dort keine Information" (VM, 04)

Etwa die Hälfte der Befragten stufte das Informationsverhalten der Ärzte als unzureichend ein. Vermißt wurden v.a. ausreichende Angaben über die Patienten:

"Es fehlt eine Besprechung des Patienten während seiner ersten Aufenthaltstage" (AM, 05)

"Was der Patient früher war, wie man mit ihm umgehen soll, muß man erst selbst herausfinden" (AM, 01)

"Nein, sie geben nur bei der Visite Anordnungen, das wird aufgeschrieben und befolgt" (AF, 18)

Als ausreichend empfanden die meisten Befragten die Information seitens der Chargen - mit Ausnahme der Schüler, die nur zur Hälfte damit zufrieden waren.

Am günstigsten wurde schließlich das Verhalten der Kollegen beurteilt.

Neben den professionellen Interaktionspartnern wurde diese Fragestellung auch auf die Patienten und ihre Angehörigen ausgedehnt.

Wie sich herausstellte, war diese Perspektive für einen erheblichen Teil der Befragten durchaus ungewohnt. Jeweils ein Drittel aller Befragten konnte mit der Frage nichts anfangen oder erklärte sie explizit für unangemessen. Der Anteil solcher Antworten war in den Versorgungsabteilungen bzw. bei Altdiplomierten und Stationsgehilfen jeweils höher.

Einige typische Beispiele in Bezug auf Patienten:

"Es gibt keine Sachen, die ich von Patienten wissen will" (AM, 06)

"Nein, weil sie keine für mich interessanten Informationen oder Auskünfte geben können" (AF, 15)

"Patienten versuchen häufig Informationen zu geben, diese sind aber meist falsch und müssen überprüft werden" (AF, 14)

"Wir dürfen den Patienten nicht glauben" (AF, 17)

"Es handelt sich um psychisch Kranke !" (VM, 11)

"Der Patient hat auf die zu erledigende Arbeit keinen Einfluß" (VM, 17)

"Was soll ich vom Patienten für Informationen verlangen ?" (VF, 12)

Diese Antworten belegen deutlich, daß ein Teil des Personals sich an die Gegebenheiten der Anstalt völlig angepaßt hat und die Patienten nicht mehr als anprechbare Personen betrachtet.

Was die Angehörigen betrifft, herrscht bei vielen Befragten schlicht Ratlosigkeit vor, welche auf eine eingeschränkte

Definition der eigenen Rolle und eine Ausblendung der Relevanz von Bezugspersonen der Patienten zurückgehen dürften:

"Angehörige sind für die Schwester nicht notwendig" (AF, 13)

"Eine sinnlose Frage" (VM, 07)

"Das obliegt den Ärzten" (VM, 11)

"Bin zwar nicht informiert, es gehen mir aber keine Informationen ab" (VF, 13)

Unter jenen Befragten, welche die Frage positiv oder negativ beantworteten, ergibt sich eine deutliche Differenzierung nach Abteilungstyp. Die meisten Befragten aus den Versorgungsabteilungen meinten, sie bekämen für ihre Aufgaben ausreichende Informationen von Patienten und Angehörigen, während in den Ausbildungsabteilungen jeweils die Mehrheit diese Frage negativ beantwortete, besonders deutlich in Bezug auf die Angehörigen. Einige typische Beispiele:

"Nein, weil viele Patienten sich ihre Bedürfnisse nicht sagen trauen" (AM, 02)

"Ich weiß nichts über ihre früheren Lebensumstände" (AF, 12)

"Es ist schwierig, weil ich keine Gelegenheit habe, mit Angehörigen zu reden" (AM, 08).

Die abschließenden Bemerkungen betreffen das Verhältnis von derzeitigen institutionellen Voraussetzungen und der wissenschaftlich und human begründbaren Forderung nach einer umfassenderen und qualitativ verbesserten Patientenversorgung.

Die Unhaltbarkeit der derzeitigen institutionellen Strukturen ist offensichtlich. Eine Verbesserung und Verdichtung der Kommunikation auf allen und zwischen allen Ebenen ist unerlässlich, ebenso eine verstärkte Einbeziehung der Patienten in diese Prozesse. Derzeit für die Mehrzahl der Patienten völlig fehlende, geeignete Beschäftigungs- und Behandlungsprogramme müssen im Psychiatrischen Krankenhaus erst aufgebaut werden.

Eine Umstrukturierung und Ergänzung der bestehenden Arbeitsrollen ist eine notwendige Implikation. Beschreibungen von verwirklichten Vorbildern sind in Form verschiedener Arten sozialpsychiatrischer Programme in der Literatur reichlich vorhanden (vgl. III., 2.3.4).

1.4.1.4 Patientenmerkmale

Merkmale der in einer Abteilung zu versorgenden Patienten, das sind deren Bedürfnislagen und Fähigkeiten zur selbständigen Bedürfnisbefriedigung, bestimmen wesentlich die mögliche Qualität von Dienstleistungen.

In den Ausführungen über den "akzeptierten Versorgungsbedarf" ist bereits darauf hingewiesen worden, daß bei einigen wenigen Bedürfnissen für Patienten, die vom durchschnittlichen Versorgungsbedarf abweichen, besondere Maßnahmen vorgesehen sind (wie Füttern, zur Toilette bringen, häufigeres Umbetten etc.). Es ist auch durch Beispiele belegt worden, daß diese Maßnahmen nicht hinreichend differenziert sind. Die mangelnde Differenzierung von Maßnahmen wiederum ist als Versuch zu verstehen, das Versorgungsniveau so weit wie möglich zu standardisieren, um unter schwierigen Voraussetzungen wenigstens eine Minimalversorgung zu garantieren (vgl. III., 2.4).

Es ist nun auffällig, daß über jene Patientenmerkmale, die sehr wesentlich den Arbeitsanfall und die notwendige Qualität der Dienstleistungen für das Pflegepersonal bestimmen, keine routinemäßig erhobenen Informationen vorhanden sind.

Einige ausgewählte Merkmale wurden von uns in einer Befragung erhoben⁺ (Detailergebnisse vgl. Anhang, 4. 3).

Unserer Meinung nach liegt hier ein zentrales Problem für die Planung und Organisation medizinischer Versorgung vor, das weitgehend unerforscht ist. Umgekehrt sind die wenigen Routine-Informationen, die in den Abteilungen über die Patienten angelegt werden, für die alltägliche Patientenversorgung weitgehend irrelevant. So wird bereits jedem aufmerksamen Leser aufgefallen sein, welch geringen bis verschwindenden Stellenwert die Diagnose für die alltägliche Patientenversorgung in den Abteilungen hat. Die Bedeutung der Diagnose für anstaltsinterne administrative Definitionen und Entscheidungen sowie für das weitere Lebensschicksal der Patienten (etwa durch formelle und informelle Abstempelungsprozesse) soll damit nicht geleugnet werden. Beide Phänomene - Irrelevanz der Diagnosen für die tatsächliche Versorgung auf der einen, überwertige Bedeutung für die Legitimation der Anhaltung auf der anderen - sind Belege dafür, "daß das psychiatrische Diagnostizieren - soweit es dem medizinischen Konzept folgt - nicht nur unwissenschaftlich ist, sondern auch unpraktisch, antipraktisch und antitherapeutisch entstanden ist und wirkt". (DÖRNER, 1975b, 147). Trotz ihrer fragwürdigen Relevanz und vielfach nur indirekten Bedeutung für die Patientenversorgung wurden die wenigen vorhandenen Daten extensiv ausgewertet⁺⁺ (ausführlich vgl. Anhang, 4. 1, 4. 2).

Die Ergebnisse der Öberpfleger-Befragung zeigen die große Belastung auf, welche durch den körperlichen Zustand der Patienten für die pflegerische Versorgung entsteht. Etwa je ein Drittel aller Patienten eines Stichtages war bettlägrig

+ schriftliche Befragung der Öberpfleger bzw. -schwestern der einzelnen Abteilungen 1975

++ Auswertung der sog. Indexbücher aller Abteilungen für das Jahr 1974

bzw. inkontinent, auszuspeisen waren etwa ein Fünftel aller Patienten. Die Ausbildungsabteilung AF lag in allen Indikatoren beträchtlich unter dem Anstaltsdurchschnitt, die Versorgungsabteilung VM bei den Bettlägrigen darüber, bei den anderen Merkmalen darunter, die Ausbildungsabteilung AM in allen drei Indikatoren erheblich über dem Durchschnitt. Aufgrund der höheren Patientenzahl in Abteilung VM war die absolute Zahl derart behinderter Patienten in den beiden Männerabteilungen ungefähr gleich. Die deutlich überdurchschnittliche Qualität der Befriedigung somatischer Patientenbedürfnisse in Abteilung AF wird somit durch die Kombination von quantitativ und qualitativ guter Personalbesetzung und relativ geringem somatischem Versorgungsbedarf der dort untergebrachten Patienten erklärbar.

Die Auswertung der Indexbücher für einen Stichtag des Jahres 1974 ergab folgende wichtigste Resultate:

- Die Patienten der Versorgungsabteilung VM waren durchschnittlich wesentlich älter als die der Ausbildungsabteilungen. Mehr als die Hälfte der Patienten von Abteilung VM waren älter als 65 Jahre, in Abteilung AM waren 30%, in Abteilung AF etwa 40% der Patienten älter als 65 Jahre. Bezogen auf die geschlechtsspezifischen Gesamtpopulationen hatte die Abteilung VM eine deutlich "überalterte" Patientenauswahl zu versorgen, während die Patienten der Ausbildungsabteilungen AM und AF jeweils unter dem Gesamtaltersdurchschnitt lagen. Es ist darauf hinzuweisen, daß die Patientenpopulation des untersuchten Krankenhauses mit etwa einem Drittel aller Männer und etwa der Hälfte aller Frauen über 65 Jahre deutlich über dem von KATSCHNIG u.a. (1975, Teil 2) für alle österreichischen psychiatrischen Krankenhäuser errechneten Werten von 23% bzw. 32% liegt. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß die in den österreichischen psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisierten Patienten im Vergleich zu anderen Ländern eine

"überalterte" Population darstellen (den Erhebungen der Psychiatrie-Enquete-Kommission gemäß sind 22% der in der stationären Psychiatrie in der BRD versorgten Patienten älter als 65 Jahre - vgl. "ENQUETE-BERICHT", S. 119).

- In den beiden Ausbildungsabteilungen waren Patienten mit der Diagnose Schizophrenie jeweils weitaus die größte Gruppe (Abteilung AM 67%, Abteilung AF 46%) in der Versorgungsabteilung VM Alkoholiker und Altersdemente (39% bzw. 35%) zu etwa gleichen Anteilen die typischen Patientengruppen. Im Vergleich zu den geschlechtsspezifischen Gesamtpopulationen ergibt sich für die genannten typischen Patientengruppen jeweils eine deutliche Überrepräsentation. In allen drei Abteilungen waren Patienten mit Schwachsinnzuständen unterrepräsentiert, in Abteilung VM v.a. schizophrene Patienten, in Abteilung AM v.a. Alkoholiker. Patienten mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters waren in allen drei Abteilungen eine gewichtige Gruppe. Die diagnostische Patientenzusammensetzung der Abteilung AF entsprach relativ gut der Gesamtverteilung für alle weiblichen Patienten.
- Die Patienten der Abteilung AM waren durchschnittlich am längsten hospitalisiert. Der Median der Verteilung liegt für diese Abteilung bei etwa 4 Jahren, gegenüber etwa 2 Jahren in Abteilung VM und nur einem Jahr in Abteilung AF. Bezogen auf die jeweiligen geschlechtsspezifischen Gesamtpopulationen entspricht die Verteilung in Abteilung AM ziemlich genau der Gesamtverteilung, die Patienten der Abteilung VM waren sowohl bei den sehr kurzen als auch bei den extrem langen Aufenthaltsdauern unterdurchschnittlich vertreten und insgesamt unterdurchschnittlich lang hospitalisiert, die Aufenthaltsdauern der Patienten von Abteilung AF waren deutlich kürzer als die aller weiblichen Patienten. Bezogen auf die Verweildauer der Patienten aller österreichischen psychiatrischen Krankenhäuser sind die Aufenthaltsdauern der Männer des untersuchten Krankenhauses länger, die der Frauen kürzer (vgl. KATSCHNIG u. a., 1975, Teil 2, 74 ff).

Die absoluten Anzahlen von während des Jahres 1974 aufgenommenen Patienten unterscheiden sich stark: In Abteilung AF gab es durchschnittlich fast jeden Tag eine Neuaufnahme, in Abteilung AM jeden zweiten, in Abteilung VM nur jeden dritten Tag. Bezieht man die Zahl der Aufnahmen auf die Bettenzahlen der Abteilungen, so zeigt sich, daß in Abteilung AF etwa doppelt so viele jährliche Aufnahmen pro Bett erfolgten (3.0) wie in Abteilung AM (1.7) und viermal so viele wie in Abteilung VM (0.8). Im Vergleich zum Anstaltsdurchschnitt (Männerabteilungen 2.3, Frauenabteilungen 2.1) hat Abteilung AF einen überdurchschnittlich hohen Durchgang, Abteilung AM einen leicht, Abteilung VM einen stark unterdurchschnittlichen Durchgang.

Die Alters- und Diagnoseverteilungen der Neuaufgenommenen tendieren leicht zu den jüngeren Kategorien und zu Diagnosen mit relativ kurzen Verweildauern.

Aus der Versorgungsabteilung VM gingen absolut und relativ auch am wenigsten Patienten während des Jahres ab (121 im Vergleich zu 181 in AM und 235 in AF). Abgänge durch Tod waren in Abteilung VM der häufigste Fall (39% aller Abgänge) noch vor den Entlassungen (37%). Demgegenüber waren Entlassungen in beiden Ausbildungsabteilungen die häufigste Abgangsart (Abteilung AM: 60% Entlassungen, 20% Todesfälle, Abteilung AF: 88% Entlassungen, 7% Todesfälle). Damit weicht die Versorgungsabteilung VM auch vom Anstaltsdurchschnitt (Männer: 76% aller Abgänge sind Entlassungen, 16% Todesfälle, Frauen: 69% Entlassungen, 25% Todesfälle) am stärksten ab. Durchschnittlich starb in Abteilung VM jede Woche ein Patient, in Abteilung AM alle 10 Tage, in AF ca. alle zwei Wochen.

Anhand aller verfügbaren Patientenmerkmale läßt sich die Versorgungsabteilung VM als relativ statische, geriatrische Pflegeabteilung charakterisieren, die nicht zu Unrecht von vielen Pflegern als "Patienten-Endstation" bezeichnet wird.

Die Ausbildungsabteilung AM bietet das Bild einer "chronisch-psychiatrischen" Station, in der viele, relativ junge, als schizophren diagnostizierte Patienten mit hohem somatischen Behinderungsgrad hospitalisiert sind. Demgegenüber ist die Ausbildungsabteilung AF eine "akut-psychiatrische" Station mit relativ hohem Durchgang von ebenfalls primär jüngeren psychotischen Patienten.

1.4.2 Kontrollstruktur

Durch welche institutionellen Vorkehrungen wird die Durchsetzung und Einlösung der im "akzeptierten Versorgungsbedarf" definierten Dienstleistungen zu sichern versucht ?

Der typische Tagesablauf des Pflegepersonals ist in seiner Struktur auf die wichtigsten vorgesehenen Dienstleistungen abgestimmt. Es bestehen also normative Festlegungen der Zeitpunkte zu welchen bestimmte Arten von Tätigkeiten erwartet werden bzw. der Zeiträume, in denen sie legitim sind. Zwischen den beobachteten Abteilungen gab es diesbezüglich kaum Unterschiede (eine detaillierte Aufstellung und Charakterisierung dieser typischen Tagesabläufe findet sich im Anhang, 3. 2).

Wie im Abschnitt 1.4.1.3 bereits angeführt wurde, läßt die typische Dienstenteilung und Arbeitsteilung des Pflegepersonals nur wenig wechselseitige Kooperation und Kontrolle der Qualität von Dienstleistungen zu und fördert wechselseitige Indifferenz. Die Kontrolle der Einhaltung von Regeln und Standards wird dadurch allein von Chargen bzw. Ärzten wahrgenommen. Aufgrund der atypischen Verhältnisse in den Ausbildungsabteilungen (Spezialrollen für Ausbildungszwecke, stärkere Differenzierung und Hierarchisierung, vgl. 1.4.1.3) werden den folgenden Ausführungen vor allem die Verhältnisse der Abteilung VM zugrundegelegt.

Die Chargen halten sich in der Regel außerhalb der Krankensäle auf. Zur Kontrolle der Patientenversorgung erscheinen

sie durchschnittlich drei- bis fünfmal pro Tag im Wachsaal. Am höchsten ist die Kontrollwahrscheinlichkeit während der morgendlichen Pflegeaktivitäten. Der Charakter dieser Kontrollen läßt sich zusammenfassen als unsystematisch, stichprobenartig, punktuell, orientiert an sichtbaren Regelverletzungen. Die negativen Sanktionen für regelwidrige Zustände berücksichtigen demgemäß nicht die aktuelle Situation bzw. deren Entstehung und werden von den Betroffenen häufig als reine Machtdemonstration erlebt. Positive Bewertungen werden eher selten abgegeben.

Dennoch läßt sich aus dem, was kontrolliert wird und den Anlässen, bei denen sanktioniert wird, eine unterschiedliche Bewertung der verschiedenen akzeptierten und definierten Versorgungsleistungen ableiten: Im Zentrum der Aufmerksamkeit der Chargen stehen leicht sichtbare Aspekte wie die Sauberkeit von Patienten, Geräten und Räumen, die Ordnung im Krankensaal und die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften (geschlossene Türen, Netzbetten etc.). Auf die Befriedigung nicht routinemäßig durch das Pflegepersonal zu befriedigender Patientenbedürfnisse wird dagegen kaum geachtet.

Die Richtigkeit und Gerechtigkeit der Zuteilung knapper Güter an die Patienten wird nicht überprüft. Gleiches gilt auch für den Umgangston und -stil mit den Patienten, nur grobe Verstöße, sofern sie überhaupt wahrgenommen werden, werden sanktioniert. Die Beschäftigung des Pflegepersonals mit einzelnen Patienten, ausführlichere Kommunikation oder persönliche Zuwendung sind nur in Zeiten geringen Arbeitsanfalls erwünscht, ansonsten werden sie als Arbeitsscheu interpretiert.

Die Abteilungsärzte kommen nicht eigens zu Kontrollzwecken in die Krankensäle. Neben der regelmäßigen Visite ist die Versorgung einzelner Patienten mit Spritzen oder Infusionen ein Anlaß für ihr Erscheinen. Kritisch vermerkt werden von ihrer Seite vor allem Regelverletzungen, die mit ihrer Aufgabe und Tätigkeit unmittelbar zusammenhängen, wie etwa eine Verunreinigung von Patienten, an denen sie Manipulationen vor-

nehmen müssen oder das nicht-rechtzeitige Melden akuter Krankheiten. Zusätzlich wird der Vollständigkeit von Eintragungen über einzelne Patienten hohe Wertigkeit beigemessen. Negative Sanktionen werden häufig nicht direkt gegenüber den Betroffenen geäußert, sondern den Chargen mitgeteilt, die sie weiterleiten. Die Qualität der Routinepflege und die Durchführung ärztlich angeordneter, über längere Zeiträume bestehender pflegerischer Maßnahmen (Dekubituspflege, Ausschlagbehandlung) wird von den Ärzten nicht systematisch kontrolliert. Positive Bewertungen pflegerischer Tätigkeiten sind nicht beobachtet worden, das Interesse einzelner Pflegepersonen für die psychischen Probleme der Patienten wird eher entmutigt. Rechtfertigungen für einschränkende Maßnahmen (z.B. Netzbettverwahrung), Vorschläge für Verlegungen und Erhöhung von Medikamentendosen seitens des Pflegepersonals werden von den Ärzten häufig kommentarlos akzeptiert.

In den Ausbildungsabteilungen war die Kontrollhäufigkeit durch Chargen und spezifisch zu Ausbildungszwecken angestellte Pflegepersonen wesentlich größer. Die Kontrollpersonen waren stärker in die Arbeitsabläufe im Patientenbereich integriert, ihre Lagebeurteilung daher fundierter. Die Kontrollbereiche waren aber im wesentlichen ähnlich wie in der Abteilung VM, die qualitativen Anspruchsniveaus in Pflege und Therapie waren allerdings höher. Das Sanktionspotential gegenüber den Schülern war aufgrund der Koppelung von Stationsarbeit und Schulbewertung erweitert.

Wie aber bewertete das befragte Pflegepersonal das Verhalten der Vorgesetzten und Kollegen unter den Gesichtspunkten von Kontrolle und Sanktion ?

In standardisierter Form wurde zunächst nach der generellen Zufriedenheit mit dem Verhalten wichtiger Interaktionspartner in der Abteilung gefragt (TABELLE 31).

Die allgemein geäußerte Zufriedenheit war demnach (überraschend) hoch, wobei die Kollegen leicht besser abschnitten als die

TABELLE 31: Zufriedenheit mit dem Verhalten wichtiger Interaktionspartner in der Abteilung (Anteil der "sehr Zufriedenen" und "Zufriedenen")^{*)}

Zufriedenheit mit..	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
Ärzten	56%	88%	77%	83%	43%	73%
Chargen	68%	80%	67%	78%	64%	74%
Kollegen	79%	88%	73%	92%	86%	83%
N=	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$

++ χ^2 $p < 0.01$

*) Frageformulierung: vgl. TABELLE 26

Vorgesetzten. Wiederum waren die Befragten der Ausbildungsabteilungen durchschnittlich weniger zufrieden. Ausgeprägt sind die Unterschiede v.a. bei der Bewertung des Ärzte-Verhaltens, das in besonderem Ausmaß bei den Lernpflegern bzw. -schwestern als unbefriedigend eingestuft wurde.

Auf welches wahrgenommene Verhalten der wichtigsten Bezugsgruppen sich die durchschnittlich hohe Zufriedenheit bezieht, versuchten wir zumindest teilweise durch die Frage nach zwei relevanten Verhaltensdimensionen - Kritik und Anerkennung - zu erfahren.

Die Betrachtung der Bewertung der Anerkennung läßt die Schlußfolgerung zu, daß erhaltene Anerkennung als Grundlage der geäußerten Zufriedenheit kaum in Frage kommt (TABELLE 32).

Zwei Drittel aller Befragten gaben an, daß von Seiten der Ärzte keine Anerkennung geäußert würde, etwa zwei Fünftel gaben Gleiches für die Chargen und Kollegen an.

Einige typische Aussagen:

"Gute Arbeit wird eher zur Kenntnis genommen als anerkannt" (AM, 02 bez. der Ärzte)

"Eigentlich nicht, auch nicht bei Mehrarbeit, ist Selbstverständlichkeit" (AM, 17 bez. der Chargen)

"Anerkennung, da?" (AM, 09, bez. der Ärzte)

"Es gibt keine direkte Anerkennung, wenn der Arzt zufrieden ist, läßt er einen in Ruhe. Keine Kritik wird als Anerkennung aufgefaßt" (VM, 10, bez. der Ärzte)

"Die einen sieht man kaum, die anderen teilen nur die Arbeit ein" (VM, 15, bez. der Ärzte bzw. Chargen).

TABELLE 32a: Bewertung der Anerkennung vonseiten der Ärzte, Chargen und Kollegen

Anerkennung +)	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppe			gesamt
	Ausbildung %	Versorgung %	Schuldipl. %	Kursdipl. %	Schüler %	
<u>von den Ärzten</u>						
keine Anerkennung	63	70	73	65	60	66
Anerkennung	34	27	20	32	40	31
- für gute Patientenbetreuung	11	6	13	12	-	9
- für besondere Arbeitsdisziplin	9	15	7	18	7	13
- sonstiges; un-spez. Angaben	14	6	-	3	33	10
keine eindeutige Antwort	3	3	7	3	-	3
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Chargen</u>						
keine Anerkennung	37	45	47	50	15	41
Anerkennung	63	48	53	44	85	56
- für gute Patientenbetreuung	-	3	-	3	-	1
- für besondere Arbeitsdisziplin	34	36	33	32	40	35
- sonstiges; un-spez. Angaben	29	9	20	9	45	19
keine eindeutige Antwort	-	6	-	6	-	-
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Kollegen</u>						
keine Anerkennung	26	48	33	47	13	37
Anerkennung	66	48	60	47	80	57
- für kollegiales Verhalten	54	27	53	29	60	41
- für gute Arbeit	9	15	-	12	20	12
- sonstiges; un-spez. Angaben	3	6	7	6	-	4
keine eindeutige Antwort	9	3	7	6	7	6
zusammen	100	100	100	100	100	100
N	(35)	(34)	(15)	(35)	(15)	(69)
nicht befragt		1		1		1

+) Frageformulierung: "Wofür findet ein Pfleger (eine Schwester) auf ihrem Pavillon Anerkennung? Von...?"

TABELLE 32b: Bewertung der Kritik vonseiten der Ärzte, Chargen und Kollegen

Kritik +)	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppe			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl.	Schüler	
	%	%	%	%	%	
<u>von den Ärzten</u>						
keine Kritik	74	68	73	69	73	71
Kritik	26	32	27	31	27	29
- wegen schlechter Patientenbetreuung	11	18	20	14	13	14
- wegen schlechter Arbeitsdisziplin	6	6	-	11	-	6
- sonstiges; un-spez. Angaben	9	9	7	6	13	9
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Chargen</u>						
keine Kritik	34	26	33	40	7	30
Kritik	66	65	67	54	93	65
- wegen schlechter Patientenbetreuung	9	15	7	9	13	12
- wegen schlechter Arbeitsdisziplin	26	9	20	11	33	17
- wegen "Nicht-tigkeiten"	11	26	13	23	20	19
- sonstige; un-spez. Angaben	20	15	27	9	27	17
keine eindeutige Antwort	-	9	-	6	-	4
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Kollegen</u>						
keine Kritik	60	51	33	55	73	56
Kritik	40	34	67	31	27	37
- wegen un-kollegialem Verhalten	20	9	27	14	13	14
- wegen schlechter Arbeitsleistung	14	17	20	14	13	16
- sonstiges; un-spez. Angaben	6	6	20	3	-	6
keine eindeutige Antwort	-	14	-	14	-	7
zusammen	100	100	100	100	100	100
N	(35)	(34)	(15)	(35)	(15)	(69)
nicht befragt		1		1		

+) Frageformulierung: "Wofür wird ein Pfleger (eine Schwester) auf ihrem Pavillon kritisiert ?

Geäußerte Anerkennung bezieht sich nach Einschätzung der Befragten überwiegend nicht unmittelbar auf die Qualität der Patientenbetreuung. Seitens der Chargen, abgeschwächt auch seitens der Ärzte, werden demnach hauptsächlich "Arbeits-tugenden" wie Ordnung, Fleiß, Verlässlichkeit und Genauigkeit anerkannt. Seitens der Kollegen erhält man Anerkennung vor allem für kollegiales Verhalten, worunter Zusammenarbeit, Unterstützung, Solidarität und Ratschläge verstanden werden. Auffallend, daß die durchwegs kritischen Schüler durchschnittlich allen Interaktionspartnern das beste Urteil ausstellen.

Was die Kritik durch die Ärzte betrifft, erklärten wieder etwa zwei Drittel der Befragten, ein solches Verhalten sei nicht üblich; diese Aussage wurde auch mehrheitlich bezüglich der Kollegen getroffen.

Dagegen gab nur etwa ein Drittel der Befragten an, von den Chargen nicht kritisiert zu werden (TABELLE 32). Von mehreren Befragten wurde auch erklärt, daß Ärzte ihre Kritik häufig über die Chargen an den Mann bringen. Einige typische Aussagen:

"Überhaupt nicht, weil sie sich nicht abgeben mit unsereinem" (AM, 15 bez. der Ärzte)

"Eigentlich nicht, sie sind nicht im Saal, kommen nur ab und zu kurz herein" (AM, 14, bez. der Chargen)

"Nein, in der Tour nicht" (AM, 11 bez. der Kollegen)

Wenn Ärzte Kritik üben, tun sie dies nach Angabe der Befragten primär bei sichtbaren Fehlern und Unterlassungen in der Patientenbetreuung. Demgegenüber kritisierten Chargen eher mangelnde Arbeitsdisziplin und mangelnden Arbeitseifer. Etwa ein Fünftel der Befragten übte seinerseits indirekte Kritik am Kritikverhalten der Chargen. Häufig würden kleine Regelverletzungen, im Grunde "Nichtigkeiten", als Anlaß für Kritik genommen, dabei ginge es weniger um sachliche Zurechtweisung, als um das Hervorstreichen der Vorgesetzten-Position:

"Sie müssen etwas sagen, um im Gedächtnis zu bleiben" (AM, 07)

"Wenn er hereinkommt und eine Laus finden will, dann findet er sie schon" (AM, 09)

"Wegen kleiner Regelwidrigkeiten wird man zu sehr kritisiert - das ist herabwürdigend" (VM, 10)

"Je nach Laune, z.B. wenn die Betten nicht gerade stehen; darum gehen auch sehr viele weg" (VF, 12).

Von **seiten** der Kollegen wird man nach Angabe der Befragten primär für schlechte Arbeitsleistung und unkollegiales Verhalten kritisiert. Unter letztgenanntem wird häufig ein (positives) Abweichen vom Durchschnittsverhalten verstanden: "Nicht zu viel und nicht zu wenig arbeiten" (AM, 03)

"Wenn man übergenu ist" (AF, 06)

"Wenn man selbst zu streng ist und Unkorrektheiten der Kollegen beim Oberpfleger meldet" (VM, 13)

Während das Kritikverhalten der Ärzte - in beiden Abteilungstypen und in allen Qualifikationsgruppen etwa gleich beurteilt wurde, drückt sich die Sonderposition der Schüler in einer deutlich stärkeren Betroffenheit von der Kritik der Chargin aus.

Konfrontiert man die Einschätzungen von Kritik und Anerkennung seitens wichtiger Interaktionspartner mit der eingangs festgestellten hohen Zufriedenheit mit dem Verhalten dieser Bezugsgruppen, scheinen diese Ergebnisse auf den ersten Blick unvereinbar. Die Ärzteschaft verhält sich aus der Sicht des befragten Pflegepersonals distanziert und äußert weitgehend weder Anerkennung noch Kritik. Auch Chargin und Kollegen nehmen demnach häufig Abstand von positiven oder negativen Verhaltensbewertungen, wobei seitens der Kollegen häufiger Anerkennung als Kritik, seitens der Chargin häufiger Kritik als Anerkennung erfolgt.

Die hohe durchschnittliche Zufriedenheit ist somit nur innerhalb eines etablierten Gleichgewichts verständlich, in dem wechselseitiges "Aus-dem-Wege-gehen" und "Stillhalten" resignativ als der bestmögliche Zustand akzeptiert werden. Die höhere Unzufriedenheit in den Ausbildungsabteilungen, besonders unter den Schülern weist darauf hin, daß dort die Strategie

wechselseitiger Distanzhaltung aufgrund des Ausbildungsanspruchs (noch) nicht möglich ist.

Die Arbeit des Pflegepersonals wird nicht nur von Ärzten, Vorgesetzten und Kollegen bewertet, sondern auch von den Patienten, denen diese Arbeit vornehmlich zugute kommen soll und von jenen Angehörigen der Patienten, die sich um das Wohl ihrer Patienten sorgen.

Wie in Teil III., 1.2 ausführlich beschrieben, teilten große Teile des befragten Pflegepersonals die dargelegte sehr ungünstige Einschätzung der derzeitigen Patientenversorgung. Wie die bisherigen Ausführungen belegen, handelt das Pflegepersonal unter starken situativen Zwängen, die eine individuelles Engagement für die Versorgung der Patienten weitgehend unwirksam machen. Das Pflegepersonal ist es jedoch, das zur Hauptsache die Leistungen des Krankenhauses an die Patienten zu vermitteln hat und von den Patienten auch als hauptsächliche Bezugsgruppe wahrgenommen wird. Auch für die Angehörigen der Patienten wird die Institution v.a. durch das Pflegepersonal verkörpert.

Wie schätzt das Pflegepersonal Kritik und Anerkennung von dieser Seite ein ? (TABELLE 33)

Daß es Anerkennung durch die Patienten gibt, wurde vom Großteil der Befragten angegeben. In der Hauptsache sind es persönliche Zuwendung und freundlicher Umgang sowie kleine Extradienste, welche eine positive Gratifikation seitens der Patienten bewirken. Wie niedrig das Anspruchsniveau der Patienten ist, zeigen folgende Aussagen:

"Für die Anerkennung der Patienten reicht oft schon ein gutes Wort" (AF, 16)

"Sind bereits für Kleinigkeiten dankbar" (AF, 17)

"Mancher Patient freut sich über meine Anwesenheit, weil andere strenger sind" (VF, 05)

"Wenn man sich vom typischen Verhalten des Pflegers löst und versucht menschlich auf Patienten einzugehen" (AM, 02)

Das befragte Personal der Ausbildungsabteilungen bzw. die

TABELLE 33a: Bewertung der Anerkennung vonseiten der Patienten und ihrer Angehörigen

Anerkennung +)	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung %	Versorgung %	Schuldipl. %	Kursdipl. %	Schüler %	
<u>von den Patienten</u>						
keine Anerkennung	11	27	13	29	7	19
Anerkennung	85	64	87	59	93	77
- für persönl. Zuwendung	31	18	33	18	33	25
- für kleine "Extradienste"	31	6	13	15	40	19
- für gute Pflege	-	12	13	3	-	6
- sonstiges; unspez. Angaben	23	27	27	24	20	25
"Krankheitsbed. nicht möglich"	3	9	-	12	-	4
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Angehörigen</u>						
keine Anerkennung	34	58	27	53	47	46
Anerkennung	66	42	73	47	53	54
- für gute Pflege	20	21	53	15	-	21
- sonstiges; unspez. Angaben	46	21	20	32	53	33
zusammen	100	100	100	100	100	100
N	(35)	(33)	(15)	(34)	(15)	(68)
nicht befragt		2		2		

+) Frageformulierung: vgl. TABELLE 32a.

TABELLE 33b: Bewertung der Kritik vonseiten der Patienten und ihrer Angehörigen

Kritik ⁺⁾	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt %
	Ausbildung %	Versorgung %	Schuldipl. %	Kursdipl. %	Schüler %	
<u>von den Patienten</u>						
keine Kritik	37	38	33	34	47	38
Kritik ⁺⁺⁾	49	32	53	37	33	41
- wegen Ein-/ Beschränkungen	14	12	33	9	-	13
- wegen unfreundl./unpersönl. Umgang	9	6	-	9	13	7
- wegen zu wenig/schlechtem Essen	6	9	7	9	-	7
- sonstiges; un- spez. Angaben	20	12	13	14	20	16
"Kritik ist krankheitsbedingt"	14	29	13	29	20	22
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>von den Angehörigen</u>						
keine Kritik	45	44	47	40	53	45
Kritik ⁺⁺⁾	54	44	47	49	40	49
- wegen mangelnder Körperpflege/Reinlichkeit	20	12	20	11	13	16
- wegen mangelnder/mangelhafter Kleidung	17	6	13	9	7	12
- wegen Verlust v. Privatgegenständen	3	6	-	6	7	4
- wegen zu wenig/schlechtem Essen	6	3	7	3	-	4
- sonstiges; un- spez. Angaben	26	24	13	26	27	25
"Kritik ist unbegründet oder krankheitsbed."	6	12	7	11	7	9
zusammen	100	100	100	100	100	100
N=	(35)	(34)	(15)	(35)	(15)	(69)
nicht befragt		1		1		

+) Frageformulierung: vgl. TABELLE 32b

++) Mehrfachantworten möglich

Schuldiplomierten und Schüler unter den Befragten gaben deutlich öfter an, daß sie von seiten der Patienten Anerkennung erhielten. Dies könnte durchaus eine Folge freundlicheren Umgangs bzw. häufigerer Erfüllung von Sonderwünschen sein.

Etwa die Hälfte der Befragten meinte, daß auch von den Angehörigen der Patienten Anerkennung erfolge. Auch diesbezüglich war der Anteil in den Ausbildungsabteilungen höher.

Kritik von seiten der Patienten und ihrer Angehörigen erfolgt nach den Angaben der Befragten überraschend häufig - bedenkt man den untergeordneten Status der Patienten, ihr geringes Konfliktpotential und ihre begrenzten Möglichkeiten einerseits bzw. die schwache Position der Angehörigen aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen andererseits.

Ein Teil des Pflegepersonals scheint dem Dilemma unter schwierigen Bedingungen pflegerisch handeln zu müssen und auch noch Kritik an Zuständen einstecken zu müssen, für die es nicht verantwortlich ist, nicht gewachsen. Zwei Fünftel der Befragten erklärten Kritik von Patienten schlicht als krankheitsbedingt, bezüglich der Angehörigen meinte ein Zehntel der Befragten, diese seien auch psychisch krank oder würden den falschen Erzählungen der Patienten aufsitzen. Einige typische Aussagen dieser Art:

"Eine Kritik ist völlig ungerechtfertigt, Angehörige sollten selbst als Patient eingesperrt werden" (VM, 07)

"Angehörige kritisieren oft nach Auskünften der Patienten, die jedoch immer falsch sind" (VM, 20)

"Kritik wird nicht tragisch genommen, die Patienten sind krank" (VF, 01)

"Kritik von Patienten ist unwesentlich, sie erfolgt aufgrund der Krankheit" (VF, 08)

Antworten dieser Art kamen zur Hauptsache von Befragten aus den Versorgungsabteilungen. Jene Befragten, welche die Kritik der Patienten zur Kenntnis nahmen, gaben an, daß sich die Patienten primär über Ein- und Beschränkungen beklagen, die

Angehörigen über mangelnde Reinlichkeit und mangelnde bzw. mangelhafte Kleidung. Die undankbare Rolle des Pflegepersonals illustrieren folgende Beispiele:

"Der Pfleger ist für die Patienten der Kerkermeister" (VM,13)

"Der Pfleger wird kritisiert, da die Patienten sich dem Arzt nichts zu sagen trauen" (AM, 07)

Bei der Bewertung der typischen Kontroll- und Sanktionsstruktur stellt sich zunächst die Frage, ob durch die bestehenden Strukturen bzw. durch das wechselseitige Zusammenspiel mit anderen Voraussetzungen die Erfüllung der vorgesehenen Versorgungsleistungen gesichert wird. Für die Ausbildungsabteilungen kann diese Frage positiv beantwortet werden, wobei aufgrund der patientenzentrierten Orientierungsmuster und der durchschnittlich höheren Kompetenzen des Pflegepersonals sowie der günstigeren personellen und materiellen Voraussetzungen der Stellenwert von Kontrolle und Sanktionen geringer ist. Die Patienten-Versorgung in der für die Gesamtanstalt sicher eher repräsentativen Abteilung VM dagegen, die aufgrund der allgemein ungünstigeren Voraussetzungen qualitativ eher problematisch ist, wird durch die geschilderten Kontroll- und Sanktionsstrukturen nur in ihrer Fassade berührt. Die Annahme erscheint berechtigt, daß bestimmte, für die Patienten ungünstige Handlungsorientierungen mit ein Produkt dieser Struktur sind. So werden von den meisten Pflegern vordringlich jene Verrichtungen durchgeführt, deren Sichtbarkeit am deutlichsten ist und die damit schon bei oberflächlichen Kontrollen beanstandet werden könnten. Die Entstehung einer Doppelbödigkeit wird gefördert, in der die Außendarstellung der Wachsaa Zustände und -ereignisse und der tatsächliche Zustand oder Hergang von Ereignissen beträchtlich divergieren können (Beispiel: Eintragungen ohne entsprechende Durchführung von Anweisungen). Gegenüber den Vorgesetzten, deren Interventionen von denen, die von den Widersprüchen zwischen Anspruch und Realisierbarkeit am stärksten betroffen sind, zu Recht nicht als Unterstützung wahrgenommen werden, dominieren

Vermeidungs- und Manipulationsverhalten. Engagement und Bemühen werden "von oben" häufig eher entmutigt als gefördert. Für eine nach sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten ausgerichtete Versorgung, wie sie exemplarisch in den Organisationsstrukturen therapeutischer Gemeinschaften realisiert ist, sind die derzeitigen bürokratischen Kontrollmechanismen völlig inadäquat. Eine bedürfnisgerechte Patientenversorgung könnte auch nicht durch eine Perfektionierung dieses Kontrollsystems erreicht werden. Sie erfordert vielmehr eine Umorientierung der Kontrollstruktur in Richtung einer Kombination von hohen internalisierten professionellen Ansprüchen auf seiten des Personals und ausreichender Kommunikation aller Beteiligten.

1.5 Zusammenfassende Einschätzung

Eine kombinierte und zusammenfassende Abwägung aller analysierten Bedingungsfaktoren läßt die Schlußfolgerung zu, daß das generell niedrige Niveau der derzeitigen Patientenversorgung im Psychiatrischen Krankenhaus in überwältigendem Ausmaß von den situativen Rahmenbedingungen bestimmt wird und nur zu einem geringen Teil auf mangelnde Fähigkeiten oder ungünstige Einstellungen des Pflegepersonals zurückzuführen ist. Den unzureichenden Voraussetzungen entsprechen die bescheidenen institutionellen Zielsetzungen, die sich unter Ausklammerung grundlegender somatischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse der meisten Patienten auf eine minimale Pflege und Beaufsichtigung beschränken (vgl. Übersicht 4, S. 79-94).

Auch unter den derzeitigen Bedingungen lassen sich jedoch Unterschiede in der Patientenversorgung zwischen und innerhalb von Abteilungen feststellen. Eine sorgfältige Grundpflege, eine freundliche Behandlung, manchmal ein kleiner Extradienst oder ein persönliches Gespräch machen für die Patienten - vor allem auf dem Hintergrund der allgemeinen Deprivation ihrer Lebenssituation - einen bedeutsamen Unterschied aus und werden von ihnen auch wahrgenommen und honoriert.

Die zwischen Ausbildungsabteilungen und Versorgungsabteilung beobachteten Unterschiede in der Güte der Patientenversorgung, d.h. die besser gesicherte Erfüllung der vorgesehenen minimalen Grundversorgung und die geringere Belastung der Patienten durch einen humaneren Umgangsstil in den Ausbildungsabteilungen ergeben sich im wesentlichen aus Differenzen auf vier Dimensionen:

- Die Ausbildungsabteilungen hatten eine deutlich günstigere Pflegepersonal-Patienten-Relation aufzuweisen, wobei das auf dem Papier bestehende Arbeitskräfte-Plus durch die Abwesenheit der Schüler während des theoretischen Unterrichts, die Doppelbelastung der Schüler, die zusätzliche Belastung der Diplomierten mit Ausbildungsaufgaben und die häufigeren

Umstellungen aufgrund der Fluktuation von Schulanwärttern bzw. der hohen Austrittsraten von Schülern realiter deutlich reduziert wurde.

- Die Ausbildungsabteilungen waren - bei allgemein bescheidenem Niveau - in materieller Hinsicht fast durchwegs überdurchschnittlich ausgestattet, während die Versorgungsabteilung meist leicht unterdurchschnittlich rangierte.
- Die Zahl bzw. der Anteil somatisch pflegebedürftiger Patienten war in den Ausbildungsabteilungen geringer, wobei allerdings die Unterschiede zwischen den beiden Männerabteilungen nur geringfügig ins Gewicht fielen.
- Die Personalzusammensetzung der Ausbildungsabteilungen unterschied sich grundlegend von der der Versorgungsabteilung. Die fast ausschließliche Selektion von Schuldiplomierten und Schülern - gegenüber Kursdiplomierten und Stationsgehilfen - bedingte nicht nur ein durchschnittlich höheres Kompetenzniveau sondern auch "professionellere" Orientierungen in den Ausbildungsabteilungen. Angesichts der relativ geringen Differenzen in den obengenannten Bedingungsfaktoren muß die unterschiedliche Personalqualifikation als die gewichtigste Einflußgröße beim Zustandekommen der beobachteten Differenzen zwischen Ausbildungsabteilungen und Versorgungsabteilung angesehen werden. Allerdings wären einer Reformstrategie, die primär und ausschließlich auf eine Verbesserung der Personalqualifikation abzielen würde, enge Grenzen gesetzt. Denn gerade die höher qualifizierten Pflegepersonen geraten mit den ungünstigen situativen Voraussetzungen in Konflikt.

Die Diskrepanz zwischen den eigenen Ansprüchen und Fertigkeiten und den Möglichkeiten sie umzusetzen, ist diesem Teil des Pflegepersonals besonders stark bewußt. Schuldiplomierte bzw. Schüler beurteilten die Situation der Patienten besonders ungünstig, sie waren mit den Merkmalen ihrer Arbeits- und Berufssituation durchschnittlich wesentlich unzufriedener und

bewerteten die verschiedenen Voraussetzungen der Patientenversorgung durchschnittlich schlechter.

Die stärkere Bewußtheit dieser Diskrepanzen mit steigender Qualifikation kommt in einer durchgehend ungünstigeren Einschätzung tatsächlicher Betätigungsmöglichkeiten für Pflegepersonen durch Schuldiplomierte und Schüler nochmals zum Ausdruck (TABELLE 34).

TABELLE 34: Unzufriedenheit mit verschiedenen Betätigungsmöglichkeiten in der Abteilung (Anteil der "eher Zufriedenen", "Unzufriedenen" und "sehr Unzufriedenen")⁺)

Zufriedenheit mit der Möglichkeit zu	Abteilungstyp		Qualifikationsgruppen			gesamt
	Ausbildung	Versorgung	Schuldipl.	Kursdipl. und Stationsgehilf.	Schüler	
pflegerischer Betätigung	26%	9%	20%	9%	33%	17%
medizinisch-technischer Betätigung	76%	41% ⁺⁺	53%	47% ⁺	86%	59%
psychotherapeutischer Betätigung	54%	31%	40%	36%	60%	44%
organisatorisch-administrativer Betätigung	61%	37%	33%	45% ⁺	79%	49%
N	(35)	(35)	(15)	(36)	(15)	(70)

+ χ^2 $p < 0.05$

++ χ^2 $p < 0.01$

+) Frageformulierung: vgl. TABELLE 26

Es muß angenommen werden, daß die Diskrepanzen zwischen hoher Motivation und Kompetenz auf der einen Seite und strukturellen Beschränkungen und Mängeln auf der anderen Seite auf die Dauer nicht ertragen werden können. Neben einer z.T. auch empirisch belegbaren Umorientierung von Interessen in Richtung auf auch derzeit mögliche Gratifikationen des Pflegeberufs im Psychiatrischen Krankenhaus - die freilich auch in Konflikt mit Patientenbedürfnissen treten kann - wurde bereits an verschiedenen Stellen dieses Berichtes die Abwanderung qualifizierten

Pflegepersonals mit dieser Situation in Verbindung gebracht. Es soll daher im folgenden eine genauere quantitative Dokumentation dieser für die Personalsituation im Psychiatrischen Krankenhaus folgenschweren Vorgänge erstellt werden, welche durch die Einschätzung des befragten Pflegepersonals über die zugrundeliegenden Ursachen ergänzt wird.

Übersicht 4.1

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Wärmeregulierung: Bekleidung und Bedeckung

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Durchschnittliches Befriedigungsniveau niedrig. Vorgesehene Standardversorgung z.T. unterschritten (Unvollständigkeit und mangelnde Funktionstüchtigkeit der Kleidung); bei Versorgung für besonderen Bedarf starke Abweichungen in Richtung Untererfüllung vorgesehener Leistungen

SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Anstaltskleidung: Menge und Bestandteile für Männer: ein Hemd (offen oder geschlossen), eine lange Hose, ein Schlafmantel, ein Paar Socken, ein Paar Hausschuhe.
Menge und Bestandteile für Frauen: ein Nachthemd (offen oder geschlossen), eine Unterhose, ein Paar Socken, ein Paar Stutzen, ein Paar Hausschuhe, ein Sommerschlafmantel, ein Flanell-schlafmantel.

Funktionstüchtigkeit: Permanenter Mangel an bestimmten Bestandteilen (Socken, Hausschuhe, Mäntel); zu geringe Mengen für bestimmte Größen (v.a. bei Hausschuhen); keine Größenbezeichnung.
Häufiges Fehlen von Knöpfen und Schnüren bei Hemden u. Hosen bzw. Mänteln

Bettwäsche: Bestandteile: ein Leintuch, eine Decke mit Überzug, ein Polster mit Überzug; Zeitweilige Knappheit bei Decken und Überzügen.
Heizung: im Saal nicht einstellbar.
Fenster: nur mit Personalschlüssel zu öffnen.

Personelle Voraussetzungen

Pflegepersonalmangel: beeinträchtigt die Möglichkeiten der Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf (inkontinente, bettlägrige Patienten).

Institutionelle Voraussetzungen

Diensteinteilung: "Toursystem" mit verschiedenen ungünstigen Konsequenzen:

- wechselnde Zuständigkeit für unterschiedliche Patienten
- Verhinderung persönlicher Beziehungen mit entsprechendem Engagement; fördert Tendenz zur Vernachlässigung
- Räumliche Segmentierung des Pflegepersonals
- mangelnde Kooperations- und Kontrollmöglichkeiten, individualistische Vorgehensweisen, Fehlen gemeinsam akzeptierter Standards
- Qualifikationsunabhängige Arbeitsteilung - Überforderung von unqualifizierten bzw. nicht ausreichend qualifizierten Personen
- Diskontinuität der Beziehungen zu Kollegen - mangelnde Gruppensolidarität, Überwälzung von Aufgaben an nachfolgende Dienste

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRFNIS- BEFRIEDIGUNG

Institutionell definierter Versorgungsbedarf

Akzeptiert als Standard- u. besonderer Bedarf. Differenzierung berücksichtigt Kompetenzunterschiede der Patienten. Niedriges Befriedigungsniveau (nur Menge und Intervalle) durch Regeln angelegt, in Abt. AF Elemente von Auswahl- und Selbststeuerungsmöglichkeiten feststellbar.

Kontroll/ Sanktionsstruktur

Bekleidung: primäres Interesse der Vorgesetzten: Sauberkeit; Vollständigkeit betont, aber nicht sanktioniert. Pabform, Funktionstüchtigkeit nicht kontrolliert.
Bedeckung: Augenmerk gilt v.a. der Sauberkeit; Chargin beachten auch die Einhaltung von pflegerischen Standards beim Bettenmachen.
Belüftung: dem Ermessen der diensthabenden Pfleger/Schwester weitgehend überlassen.

Übersicht 4.2

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Regulierung des Flüssigkeitshaushaltes

GÜTE DER DURCHSCHNITTlichen BEDÜRfnISBEFRIEDIGUNG

Durchschnittliches Befriedigungsniveau der Standardversorgung gering (begrenzte Mengen, festgelegte Intervalle, geringe Variation, keine Auswahlmöglichkeiten), jedoch im wesentlichen gesichert. Bei Versorgung für besonderen Bedarf häufig Untererfüllungen und Fehlvorsorgung (Mengenunterschreitungen, Nichtberücksichtigung von Diäten).

SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRfnISBEFRIEDIGUNG

Materielle Voraussetzungen

Arten und Mengen von Getränken: Zentral organisierte Zuteilung durch Anstaltsküche; Mengen relativ genau bemessen. In den Abteilungen: Möglichkeiten der Teezubereitung; geringe Milch-Reserven; Mineralwasserkontingent nicht bedarfsdeckend - kein Patienten-zugang.
Geschirr: Plastikbecher, Blechnäpfe, Abwässe in der Abteilung; Verwendung von privatem Geschirr nicht gestattet.
Wasserversorgung: In den Krankensälen nur z.T. möglich; Mangel an Trinkbechern.

Personelle

Voraussetzungen

Pflegepersonal-mangel: beeinflusst Umstände der Verabreichung (Zeitdruck), beeinträchtigt die Versorgung von Patienten, die einer intensiveren Versorgung bedürfnissen. Beeinflusst Bereitschaft zur Wasserversorgung von bettlägerigen Patienten

Umstände der Urinausscheidung

Qualitative Umstände der Standardversorgung inhuman und z.T. pathogen (hygienisches Niveau). Versorgung unterschreitet die vorgesehenen Standards (hygienisches Niveau, pflegerisch-technisches Niveau).

WC: Nur z.T. in abgeschlossenen Räumen (nicht verschließbar), z.T. mit Glasverdeck, z.T. gänzlich un-verdeckt; z.T. im Krankensaal! Zahl der Patienten pro WC unzumutbar hoch.
Harnflaschen (Männerabteilungen): z.T. zu geringe Mengen, Mangel an Verschlusskappen.

Pflegepersonal-mangel: Beeinträchtigt die Versorgung von bettlägerigen und inkontinenten Patienten.
Reinigungspersonalmangel: wirkt sich auf hygienischen Zustand der WC's aus.

Institutionelle Voraussetzungen

Diensteinteilung: Ungünstige Aspekte und Folgen des gängigen "Toursystems":

- Diskontinuität der Personal-Patient-Beziehungen.
- Mangelnde Kenntnisse individueller Bedürfnislagen, Kompetenzen und Probleme von Patienten
- Räumliche Segmentierung des Pflegepersonals - geringe wechselseitige Kooperations- und Kontrollmöglichkeiten - individualistische Vorgangsweisen, kein einheitliches Versorgungsniveau.
- Diskontinuität der Beziehungen zu Kollegen - weitere Schwächung der Kooperationsbereitschaft, geringes Gruppenverantwortungsgefühl.

(analog)

- Zuteilung von Aufgaben unabhängig von Qualifikationen nach Dienstplan - Überforderung der weniger qualifizierten bei Versorgung "abweichender" Patienten.
- Informationssystem: schriftliche Dokumentation unzureichend, nicht einheitlich; Übergaben zu hektisch.
- Arzt-Pflegepersonal-Kommunikation: nur bei Visite, dort nicht ausreichend; unsystematisch.

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN
BEZÜGLICH BEDÜRFNIS-
BEFRIEDIGUNG

Institutionell definierter Versorgungsbedarf

Akzeptiert als Standard- u. Lesonderer Bedarf.
Relativ starke Patientendifferenzierung berücksichtigt unterschiedliche Kompetenzen und Regelsgrößen. Niedriges Befriedigungsniveau (ohne individuell abgestimmte Befriedigungsmöglichkeit) vorgesehen

Als Standardbedarf der Selbstregulierung überlassen. Relativ differenzierte Regelungen für besonderen Bedarf.

Kontroll/ Sanktionsstruktur

Standardversorgung: fast nicht kontrolliert.
Vergabe von Mineralwasser: dem Ermessen des Pflegepersonals überlassen.
Spezifische ärztliche Anordnungen betreffend bestimmte Flüssigkeitsmengen pro Patient: relativ häufige Kontrolle der schriftlichen Eintragungen durch Ärzte und Chargen, kaum Erkundigung über Probleme.
Unterstützung von "behinderten" Patienten: Offensichtliche Nichtinhaltung bei Anwesenheit von Vorgesetzten negativ sanktioniert.

Standardversorgung: negative Sanktionen durch Ärzte und Chargen bei nicht behobener Verunreinigung von Patienten.
Ärztlich angeordnete Harnkontrolle: schriftliche Eintragungen von Zeit zu Zeit kontrolliert.

Übersicht u.3

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Regulierung des Stoffhaushaltes

Versorgung mit Nahrung

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜRfnISBEFRIE- DIGUNG

Durchschnittliches Befriedigungsniveau der Standardversorgung gering (begrenzte Mengen, festgelegte Intervalle, geringe Variation, keine Auswahlmöglichkeiten), jedoch im wesentlichen gesichert. Bei Versorgung für besonderen Bedarf häufig Untererfüllungen und Fehlversorgung (Mengenunterschreitungen, Nichtberücksichtigung von Diäten).

SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICH- KEITEN DER BEDÜRfnISBEFRIEDIGUNG

Arten und Mengen von Nahrung: zentral organisierte Zuteilung durch Anstaltsküche, geringe Mengenüberschüsse; in den Abteilungen: geringe Reserven an Brot, Obst, Aufstrichen (Schmalz) - kein Patientenzugang. Geschirr: Teller nur für Hauptmahlzeiten (nicht für Brot, Mehlspeisen); Plastikbecher (Suppen, Breikost), Blechnäpfe; vollständiges Besteck nur für wenige - ansonsten Löffel; keine Servietten, keine Tischtücher. Für Bettlägige: keine Abstellvorrichtungen, keine Tablett, nicht bei allen Betten Nachtkästchen; Betten z.T. ohne Stützvorrichtung.

Personelle Voraussetzungen

Pflegepersonal-mangel: beeinträchtigt die Güte der Versorgung von Patienten mit besonderem Bedarf; beeinflusst Umstände der Verabreichung bei den durchschnittlichen Patienten. Pflegepersonal-fluktuation: für die Versorgung von Problempatienten ungünstig.

Institutionelle Voraussetzungen

Diensteinteilung: ungünstige Aspekte und Folgen des gängigen Tour-systems: vgl. die entsprechenden Ausführungen bei "Regulierung des Flüssigkeits-haushalts". Informationssystem: schriftliche Dokumentation unzureichend (Bsp. "Teepausen" in VM), keine einheitlichen Standards; Übergaben in der-zeitiger Form wirkungslos. Arzt-Pflegepersonal-Kommunikation: zu wenig, zu unsystematisch, zu einseitig auf aktuelle Ereignisse zentriert.

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRfnIS- BEFRIEDIGUNG

Institutionell definierter Ver- sorgungsbedarf

Akzeptiert als Standard- u. besonderer Bedarf. Relativ starke Patientendifferenzierung be-rücksichtigt unterschiedliche Kompetenzen und Regelgrößen. Niedriges Befriedigungsniveau (ohne individuell abgestimmte Befriedigungs-möglichkeit) vorgesehen

Kontroll/ Sanktionsstruktur

Standardversorgung: fast unkontrolliert; Verteilung von Nachspeisen und Obst: nicht kontrolliert. Spezifische ärztliche Anordnungen bei problematischer Nahrungsaufnahme: Dokumentation gefordert, Eintragungen z.T. kontrolliert, negative Sanktion bei Nicht-Meldung von zu geringer Aufnahme.

Umstände der Stuhlausscheidung

Qualitative Umstände der Standardversorgung inhuman und z.T. pathogen (hygienisches Niveau). Versorgung unterschreitet die vorgesehenen Standards (hygieni-sches Niveau, pflegerisch-technisches Niveau).

WC: nur z.T. in abgeschlossenen Räumen (nicht ver-schließbar); z.T. mit Glasverdeck, z.T. gänzlich unverteckt; z.T. im Krankensaal! Zahl der Patienten z.T. unzumutbar hoch. Leibstühle: z.T. veraltet; zu geringe Anzahl vor-handen.

Pflegepersonal-mangel: beeinträchtigt die Versorgung von inkontinenten und bettlägerigen Patienten. Reinigungs-personal-mangel: wirkt sich auf hygienischen Zustand der WC's aus.

Als Standardbedarf der Selbstregulierungen über-lassen. Relativ differenzierte Regelungen für be-sonderen Bedarf.

Standardversorgung: negative Sanktionen bei Vorfin-den verunreinigter Patienten durch Arzt oder Chargin. Ärztlich angeordnete Stuhlkontrolle: Eintragungen von Zeit zu Zeit kontrolliert, Maßnahme bei fehlen-dem Stuhlgang festgelegt, nicht spezifisch kontrolliert, nicht dokumentationspflichtig.

Übersicht 4.4

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung
Regulierung des Sauerstoffhaushaltes

Versorgung mit frischer Luft

GÜTE DER DURCH-
SCHNITTlichen
BEDÜRfnISBEFRIE-
DIGUNG

Durch Größe der Räume und viele Raucher unter den Patienten relativ schlechte Luftqualität. Mitbestimmungs-
möglichkeit der Patienten über Frischluftzufuhr nicht üblich.

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE MÖGLICH-
KEITEN DER BEDÜRf-
NISBEFRIEDIGUNG

Fensteröffnung: nur mit Personalschlüssel möglich.
Veranden: in den Erdgeschoßen der Abteilungen; durch Pflegepersonal aufschließbar.
Gärten: in jeder Abteilung vorhanden; Türen nur durch Pflegepersonal aufschließbar.

Materielle Voraus-
setzungen

Personelle
Voraussetzungen

Pflegepersonalmangel: beeinflusst die Entscheidung über Gartenbesuch, z.T. auch über die
Verandaöffnung.

Institutionelle
Voraussetzungen

Diensteinteilung: Zuständigkeit eines Dienstes für Gartenbegleitung nicht vorgesehen.

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE KONSEQUENZEN
BEZÜGLICH BEDÜRfnIS-
BEFRIEDIGUNG

Institutionell
definierter
Versorgungsbedarf

Standardbedarf in rigiden Regeln akzeptiert. Einzige akzeptierte Bedarfsabweichung sind Schlafstörungen

Kontroll/
Sanktionsstruktur

Fensteröffnung und Verandaöffnung: in das Ermessen des Pflegepersonals gestellt.
Gartenbesuch: bei Schönwetter und ausreichender Personaldichte "erwünscht", manchmal angeordnet. Auswahl
der Patienten bleibt dem Pflegepersonal überlassen.

Übersicht 4.5

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung
Befriedigung des Schlafbedürfnisses

GÜTE DER DURCH-
SCHNITTlichen BE-
DÜRFNISBEFRIEDIGUNG

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE MÖGLICH-
KEITEN DER BEDÜRF-
NISBEFRIEDIGUNG

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.

Materielle Voraus-
setzungen

Lärm: Größe der Räume: Mehrheit der Patienten schläft in Räumen mit mehr als 10 Betten; häufig keine Türen zwischen den Räumen; WC's z.T. im Schlafraum, Steinböden
Licht: Fenster nicht verdeckt; Deckenlicht brennt durchgehend,
Bettenqualität: entspricht zum Großteil nicht üblichen Krankenhausstandards.

Personelle
Voraussetzungen

Institutionelle
Voraussetzungen

Dienstübergabezeitpunkte : bestimmen mit über frühen Nachtruhetermin und frühen Beginn der morgendlichen Pflegeaktivitäten.
Aufgabendefinition für Nachtdienst: Medikamentöse Versorgung, Überwachung, Durchführung der morgendlichen Grundpflege.

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE KONSEQUENZEN
BEZÜGLICH BEDÜRFNIS-
BEFRIEDIGUNG

Institutionell
definierter
Versorgungsbedarf

Standardbedarf in rigiden Regeln akzeptiert. Einzige akzeptierte Bedarfsabweichung sind Schlafstörungen.

Kontroll/
Sanktionsstruktur

Schlafmittelvergabe: spezifisch ärztlich angeordnet. Keine Kontrolle der tatsächlichen Vergabe.
Meldungen schlafloser Patienten: vorgeschrieben, tatsächliche Schlaffähigkeit der Patienten ärztlich nicht überprüft.

Nächtliche Zwischenfälle: auf eines Bereitschaftsarztes vorgeschrieben; jedoch negative Sanktionen antizipiert.
Zulassung zum Fernsehen: in das Ermessen des Pflegepersonals gestellt.
Negative Sanktionen für Nachtdienstpersonal, die bei Kontrolle nicht im Krankensaal angetroffen werden.
Stark negative Sanktionen für schlafendes Nachtdienstpersonal.

Übersicht 4.6:

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:

Abwechslungsreichtum

GÜTE DER DURCHSCHNITT-
LICHEN BE-
DÜR FNISBEFRIEDIGUNG

Mehrheit der Patienten lebt in "sensorischer Depri-
vation" (Reizarmut, Trostlosigkeit der Umgebung, keine
Abwechslung), fehlender Anspruch auf Bedürfnisbe-
friedigung erzeugt "Privilegiersystem".

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE MÖGLICHKEI-
TEN DER BEDÜR FNIS-
BEFRIEDIGUNG

Ausstattung der Krankensäle: in der Mehrheit überdimen-
sional groß, überfüllt mit Betten, nur z.T. Nachtkä-
stchen, wenige Schränke. Möbel fast durchwegs
abgewohnt; keine Farbzentren: weiß als Einheits-
farbe; keine Vorhänge; Beleuchtung: lediglich Decken-
lampen; keine Bilder; keine Blumen; Fehlen jeder
persönlichen Note.

Materielle Voraus-
setzungen

Ausstattung der Tagräume: in der Mehrzahl sehr groß,
zumeist überfüllt. Tische und Stühle, Bänke,
Kästen: größtenteils abgeschauert und schäbig;
Fehlen von Farben, Vorhängen, Bildern, Teppichen,
gemüthlicher Beleuchtung; generelle Unpersönlichkeit.
Veranden, Garten: vgl. Regulierung des Sauerstoff-
haushaltes.

Personelle
Voraussetzungen

Pflegepersonal mangel: beeinflusst Entscheidung über
Gartenbesuch z.T. über Verandaöffnung.

Institutionelle
Voraussetzungen

Reinigungspersonalmangel: beeinflusst Möglichkeiten
der Eindämmung von Geruchsentwicklung.

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE KONSEQUENZEN
BEZÜGLICH BEDÜR FNIS-
BEFRIEDIGUNG

Pflegepersonal mangel: beeinträchtigt Versorgung in-
kontinenter Patienten und beeinflusst damit Geruchs-
entwicklung.

Institutionell
definierter
Versorgungsbedarf

Nicht als Bedarf akzeptiert. Als therapeutische Maß-
nahme für eine kleine Minderheit vorgesehen.

Kontroll/
Sanktionsstruktur

Einseitig definiert (Patienten als Urheber), im
übrigen als kulturelle Selbstverständlichkeit
aufgefaßt.

Schutz vor Lärm und Geruch

Mehrheit der Patienten durch Lärm und Geruch stark
gestört.

Viele große, überfüllte Säle; Steinböden;
Toiletten z.T. im Krankensaal.

Übersicht 4.7

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Befriedigung motorischer Bedürfnisse

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜR- FNISBEFRIEDIGUNG

SITUATIONSSPEZIFISCHE
MÖGLICHKEITEN
DER BEDÜR-
FNISBE-
FRIEDIGUNG

Mehrheit der Patienten unterliegt starken Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, vorgesehene Standardversorgung durch den Definitionsspielraum des Personals nicht immer durchgeführt. Vorgesehene Versorgung für besonderen Bedarf (gehbehinderte Patienten) wird kaum durchgeführt.

Materielle Voraus- setzungen

Aufenthaltssorte: Krankensäle, Tagräume überfüllt; Schlafsäle z.T. untertags versperrt.

Gänge: größtenteils nicht zugänglich.

Veranden: in den Erdgeschossen der Abteilungen vorhanden, nur durch Pflegepersonal aufschließbar.

Gärten: in jeder Abteilung vorhanden; Türen nur durch Pflegepersonal aufschließbar.

Großflächiges Anstaltsareal: nur für Patienten mit Ausgangsgenehmigung. Sportplatz vorhanden, keine Turnhalle, kein Schwimmbad.

Kleidung: Patienten ohne Ausgangserlaubnis besitzen zumeist keine Kleidung für den Aufenthalt im Freien an kühleren Tagen.

Personelle Voraussetzungen

Pflegepersonalmangel: beeinflusst Möglichkeiten der Mobilisierung Bettlägeriger; beeinflusst Entscheidung über Gartengang und Verandaöffnung.
Genereller Mangel an Bewegungstherapeuten und Heilgymnasten.

Institutionelle Voraussetzungen

Arzt-Pflegepersonal-Kommunikation: mangelnde Anwesenheit der Ärzte im Krankensaal und unzureichende kommunikativer Begünstigung eigenmächtiges Vorgehen von Pflegepersonen bei Einschränkungen und die Einstellung erheblicher Definitionsmacht.

Diensteinteilung: Diskontinuität der Personal-Patientenbeziehungen verhindert Engagement und begünstigt stereotype Wahrnehmungen.
Räumliche Segmentierung und Vereinzelung der einzelnen Pflegepersonen.
Wechselseitige Kooperation und Kontrolle schwierig.

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜR- FNISBE- FRIEDIGUNG

Institutionell definierter Ver- sorgungsbedarf

Als Standardversorgung auf minimalem Niveau relativ unverbindlich geregelt. Analog für Patienten mit besonderem Bedarf.

Kontroll/ Sanktionsstruktur

Gartenbesuche: bei Schönwetter als allgemeine Norm, Patientenauswahl nicht kontrolliert.

Mobilisierung: verbal oft als Norm bestätigt, im allgemeinen nicht kontrolliert.

Einhaltung von Sicherheitsvorschriften: Nichtversperrte Türen zum Gang führen zu negativen Sanktionen durch Chargen.

Netzbettweisungen werden nachträglich zur ärztlichen Genehmigung vorgelegt. Legitimationsdruck gering.

Festbinden an Sesseln muß nicht genehmigt werden und wird nicht sanktioniert.

Übersicht 4.8

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Befriedigung sexueller Bedürfnisse

GÜTE DER DURCH-
SCHNITTlichen
BEDEürfnisbefrie-
DIGUNG

Mehrheit der Patienten lebt in einer Situation sexueller Deprivation und einer zumeist latent bleibenden sexuellen Unterdrückung.

SITUATIONSSPEZI-
FISCHE MÖGLICH-
KEITEN DER BEDÜRF-
NISBEFRIEDIGUNG

Materielle Voraus-
setzungen

Abteilungen:
"geschlossene" Abteilungen: große, überfüllte Räume; permanente Beobachtbarkeit, kein Intimbereich; keine gemischtgeschlechtliche Belegung; Unattraktivität der Anstaltskleidung; fehlende Mittel zur Körperpflege.

Personelle
Voraussetzungen

Gesamtanstalt: keine geeigneten Infrastrukturen für gemischtgeschlechtliche Kontakte (wie z.B. Cafes), Anstaltspark bietet Möglichkeiten ungestörter Kontakte

Institutionelle
Voraussetzungen

SITUATIONSSPEZIFI-
SCHKE KONSEQUENZEN
BEZÜGLICH BEDÜRF-
NISBEFRIEDIGUNG

Institutionell
definierter
Versorgungsbedarf

Als Bedürfnis ignoriert. Durch diverse Einschränkungen a priori stark betroffen.

Kontroll-/
Sanktionsstruktur

"Geschlossenheit" der Abteilungen: Absperrung der Türen bei abendlicher Übergabe durch Stationspfleger (-schwester) kontrolliert; negative Sanktionen für Nachlässigkeiten.

Übersicht 4.9:

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Befriedigung der Erhaltung und Wiederherstellung der körperlichen Integrität

Schutz vor Verletzung

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜRFNISBEFRIE- DIGUNG

Tendenzen zur "Übererfüllung" und
Umfunktionalisierung der Ein-
schränkungen beobachtbar. Nicht
thematisiert wird die durch
institutionelle Praktiken er-
zeugte Verletzungsgefahr.

SITUATIONSSPEZI- FISCHE MÖGLICH- KEITEN DER BEDÜR- FNISBEFRIEDIGUNG

Materielle Voraus-
setzungen

"Sicherheitsvorkehrungen":
Vergitterte Fenster, flache
Schnallen; Toiletten nicht ver-
sperrbar; Sicherung von Steck-
dosen und Heißwasser; Vorhandensein
von Netzbetten und Gurten.

Personelle Voraussetzungen

Pflegepersonal-mangel: fördert
Tendenz zur vorrationalen Einleitung
von spezifischen Beschränkungen.
Arzt-mangel: beeinträchtigt die Mög-
lichkeit einer fortwährenden Über-
prüfung der Legitimität von Ein-
schränkungen.

Schutz vor Krankheit

Durchschnittlich leichte Unterer-
füllungen der vorgesehenen Versor-
gung bei Standardbedarf (hygienische
Standards, Körperpflege); deutlichere
(mit relativ starken Variationen) bei
besonderem Pflegebedarf.

Mittel zur Körperpflege:

Mangel an Haarbürsten (ca. 1 pro
40 Patienten), Kämme (ca. 1 pro
30 Patienten), Zahnbürsten (nur in
der Frauenabteilung, ca. 1 pro 6
Patienten); Rasierapparate (ca. 1
pro 20 Patienten, häufig nicht
funktionstüchtig); keine Handtücher,
Waschlappen.
Sanitäre Anlagen: zu geringe Anzahl,
z.T. veraltet.

Pflegepersonal-mangel: beeinflusst
Qualität der Körperpflege und der
Umwelthygiene.
Mangel an Reinigungspersonal:
wirkt sich auf das hygienische Niveau
aus.

Versorgung somatischer Krankheiten

Durchschnittliche medizinische
und pflegerische Versorgung
auf relativ niedrigem Niveau
(bei relativ starker Variation):
verspätete Behandlung, unsach-
gemäße Durchführung (u.a. von
völlig unqualifiziertem Pflege-
personal); oberflächliche Kon-
trolle des Verlaufs von Krank-
heiten.

Bettenqualität: Überwiegend
Substandard-Ausstattung;
Mangel an pflegerischen Hilfs-
mitteln, zeitweiliges Fehlen
von Medikamenten; veraltete
Ausstattung bei medizinischen
Geräten (Spritzen, Infusions-
geräten).

Pflegepersonal-mangel: beeinflusst
Qualität der Grundpflege, ins-
besondere aber der spezifischen
Pflege.
Arzt-mangel: beeinflusst Mög-
lichkeit der routinemäßigen
ärztlichen Beobachtung aller
Patienten und der Überwachung
der Versorgung von somatisch
Kranken.

Institutionelle Voraussetzungen

Diensteinteilung: im gängigen "Tour-system" sind unerwünschte Folgen strukturell angelegt:

- Zuteilung von Aufgaben unabhängig von Qualifikationen - Überforderung von unqualifizierten oder gering qualifizierten Pflegepersonen bei "schwierigen" Fällen.
- Diskontinuität der Pflegepersonalbeziehungen - Schwächung der

(analog)

(analog)

Kooperationsbereitschaft, mangelnde Solidarität, Überwälzung von unangenehmen Aufgaben an nachfolgende Dienste.

- Räumliche Segmentierung des Pflegepersonals - Kommunikation, Beratung und Zusammenarbeit erschwert; wechselseitige Kontrolle gering; unterschiedliche Standards.

- Diskontinuität der Personal-Patient-Beziehungen - ungenügender Überblick und mangelhafte Kenntnis der somatischen Probleme einzelner Patienten.
- Informationssystem: schriftliche Dokumentation unzureichend und uneinheitlich, mündliche Information (Übergabe) dürftig und einseitig.

Arzt-Pflegepersonal-Kommunikation:

nur bei Visite - unsystematisch, unzureichend; Pflegepersonal ist unvollständig informiert - Schwächung des Engagements, Folge: viele Beobachtungen nicht an Ärzte weitergegeben (keine positiven Gratifikationen erwartet).

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRFTISBEFRIEDIGUNG

Institutionell definierter Versorgungsbedarf

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 allgemeineunverbindliche medizinische und pflegerische Standards vorgegeben.

Kontroll/ Sanktionsstruktur

Standardversorgung: negative Sanktionen bei Vernachlässigung von "Sicherheitsvorschriften" (z.B. Liegenlassen von spitzen Gegenständen, ungesicherte Steckdosen etc.), u.U. auch durch Kollegen; routinemäßige Kontrolle bei Dienstübergaben.

Spezifische Beschränkungen:

Netzbetriebsanweisungen durch Pflegepersonal von Ärzten in der Regel zur Kenntnis genommen. Negative Sanktion bei offenen Netzbetten. Darüberhinausgehende Beschränkungen bedürfen vor ihrer Anwendung der ärztlichen Bestätigung.

Negative Sanktionen bei offensichtlicher Beschmutzung von Patienten; unregelmäßig auch für mangelnde Körperpflege (Rasieren, Nagelschneiden) und Verunreinigung von Betten, sonstigen Anlagen etc. - in der Regel durch Chargen.

Im Vordergrund ärztlicher Kontrolle: akute Erkrankungszustände, nicht rechtzeitige Meldung und Unvollständigkeit von Eintragungen negativ sanktioniert; relativ unkontrolliert: längerfristige Pflegeverrichtungen wie Dekubituspflege, Versorgung von Ausschlägen; in der Regel keine positive Sanktionen für besondere Aufmerksamkeit und Gründlichkeit einzelner Pflegepersonen.

Übersicht 4.10

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung: Befriedigung von Informations- und Orientierungsbedürfnissen

<u>Informationsangebot</u>		<u>Kommunikationsmöglichkeiten</u>	<u>Schutz vor Desorientierung</u>
<u>GÜTE DER DURCHSCHNITTlichen</u> <u>bedürfnisbefriedigung</u>	Den Patienten werden keinerlei Informationen routinemäßig zur Verfügung gestellt (bez. Krankheit, administrat. Entscheidungen, institutionelle Routinen, Außenwelt), die Patienten sind sich selbst überlassen.	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.	Schutzbedürfnisse werden wiederholt durch falsche und unvollständige Informationen verletzt; häufige Verlegungen erzeugen Desorientierung.
<u>SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER bedürfnisbefriedigung</u> <u>Materielle Voraussetzungen</u>	Informationsmittel: keine Zeitungen oder Zeitschriften in der Abteilung; auflegend; nur wenige Radio und fernsehergeräte in den Abteilungen. Infrastrukturen in der Anstalt: Zeitungsgeschäft im Anstaltsgelände vorhanden; kein Zeitschriftenlese-raum vorhanden.	Infrastrukturen in den Abteilungen: keine Telefonzellen, keine eigenen Besuchszimmer in den Abteilungen, Infrastrukturen im Anstaltsgelände nur eine öffentliche Telefonzelle im Anstaltsgelände, keine Post-schalter im Anstaltsgelände, keine Kommunikationszentren (z.B. Cafe's).	
<u>Personelle Voraussetzungen</u>		Pflegepersonalmangel: beeinflusst Ausmaß und Art der Kommunikation mit den Patienten. Arztmangel: beeinflusst Ausmaß und Art der Kommunikation mit den Patienten.	
<u>Institutionelle Voraussetzungen</u>	Personalhierarchie: Informationsmonopol bei Ärzten und Chirurgen - wenig Kommunikation Ärzte / Pflegepersonal - keine Teambesprechungen über Patienten. Folge: geringe Kenntnis, einseitige Wahrnehmung der Patienten; persönliches Verständnis für einzelnen Patienten verhindert.	Keine institutionalisierten Personal-Patienten-Kontakte (wie z.B. Stationskonferenzen etc.). Dienstleistung: Diskontinuität der Personal-Patienten-Beziehungen geringe persönliche Kenntnis; Routinebeziehungen als Folge. Dienstleistung: zwölfstündendienst-physische und psychische Überforderung - beeinträchtigt Kommunikationsbereitschaft.	
<u>SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH bedürfnisbefriedigung</u>			
<u>Institutionell definierter Versorgungsbedarf</u>	Nicht als Bedarf akzeptiert.	Punktuelle und undifferenzierter Bedarf akzeptiert (mit ärztlichem Personal: Visite; Sprechstunden; Außenkontakte, Besuchszeit) - jedoch keine Erfüllungsgarantie.	Nicht als Bedarf definiert.
<u>Kontroll-/Sanktionsstruktur</u>		"Kommunikation mit Patienten" besteht als unverbindliche Aufforderung; negative Sanktion für Kommunikation in Zeiten hohen Aktivitätsniveaus.	Falsche Informationen an Patienten nicht negativ sanktioniert; durch Ärzte und Chirurgen modellhaft demonstriert. Interne Verlegungen von Patienten durch Pflegepersonal werden zur Kenntnis genommen.

Übersicht 4.11

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Befriedigung von Selbstwertbedürfnissen

	<u>Akzeptiert werden</u>	<u>Selbstdarstellungsmöglichkeiten</u>	<u>Schutz vor Abwertung und Entpersönlichung</u>
<u>GÜTE DER DURCHSCHNITTlichen BEDÜRfnisbefriedigung</u>	Positive Bewertungen sind selten und beziehen sich einseitig auf sozial angepasstes, ruhiges Verhalten - Akzeptiert werden "Sekundär geschädigte" Patienten.	Drastische Beschränkungen der Selbstdarstellung gelten für die große Mehrheit der Patienten, den Patienten sind die symbolischen Mittel und die institutionalisierten Artikulationsmöglichkeiten weitgehend entzogen.	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.
<u>SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRfnisbefriedigung</u>	Raumausstattung: Ärmlichkeit & Sicherheitsvorkehrungen wie vergitterte Fenster & Veranden, versperrte Türen ohne Schnallen etc. signalisieren den Patienten implizit ihre Bewertung durch die Institution. Ausstattung der Patienten: Uniformierung durch Anstaltskleidung & weitgehender Entzug von Privatgegenständen erschweren Patienten als individuelle Person wahrzunehmen und zu be-handeln.	Persönliche Ausstattung: Uniformierung durch Anstaltskleidung, fehlende Mittel für Körperpflege und weitgehender Entzug persönlicher Gegenstände schränken Selbstdarstellungsmöglichkeiten drastisch ein.	Raumgestaltung: Größe und Überfüllung der Räume wie mangelnde Abschirmung von Toiletten, Bildern und Duschen leisten der Abwertung und entpersönlichten Behandlung der Patienten Vorschub.
<u>Personelle Voraussetzungen</u>	<u>Pflegepersonalmangel & Fluktuation:</u> beeinträchtigen Möglichkeiten der persönlichen Wahrnehmung und Kenntnis von Patienten.	<u>Pflegepersonalmangel:</u> beeinflusst das Ausmaß der zugestandenen Aktivität und Individualisierung für die Patienten.	<u>Pflegepersonalmangel:</u> beeinflusst die physische und psychische Belastbarkeit des Personals und damit auch den Umgangsstil mit den Patienten.
<u>Institutionelle Voraussetzungen</u>	Die Diskontinuität der Personal-Patienten Beziehung und wechselnde Zuständigkeiten durch die Dienstenteilung verhindern Austausch und Korrektur von Erfahrungen mit Patienten und fördern entpersönlichte Routinebeziehungen zu Patienten. Durch die Personalhierarchie ist die Information des Pflegepersonals gering und einseitig, was die persönliche Akzeptierung von Patienten erschwert.	Kommunikationsregelung: keine institutionalisierten Möglichkeiten außerhalb der Visite und der Sprechstunde der Ärzte.	Die Diskontinuität der Personalbeziehungen durch die Dienstteilteilung begrenzt wechselseitige Kontrollmöglichkeiten und bereitschaften Rückzug auf den jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Die Dienst-länge von zwölf Stunden führt zur physischen und psychischen Überforderung und Reizbarkeit des Personals gegenüber den Patienten.
<u>SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRfnisbefriedigung</u>			
<u>Institutionell definierter Versorgungsbedarf</u>	Unverbindliche, abstrakt-humanistische Nicht als Bedarf akzeptiert. Akzeptierung. Keine Differenzierungen festgelegt.		Allgemeine Verbote für physische und psychische Degradierung, Zulässigkeit gewisser Degradierungen, vielfach lückenhafte Definitionen.
<u>Kontroll/Sanktionsstruktur</u>	Unverbindliche und nicht konsequent kontrollierte bzw. sanktionierte Aufforderung zu freundlichem und höflichem Umgang mit den Patienten.	-----	Stark negative Sanktionen für Anwendung illegitimer Gewalt (z.B. Schlagen), aber in der Regel keine Sanktionen bei schwächeren Formen des abwertenden Umgangs mit Patienten (z.B. Duzen, decken).

Übersicht 4.12

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung
Befriedigung des Bedürfnisses nach emotionalen Beziehungen

Emotionale Zuwendung und Möglichkeiten zu persönlichen Kontakten

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜRFNISBE- FRIEDIGUNG

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.

SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Materielle Voraussetzungen: Ausstattung und Infrastrukturen: überfüllte Räume; Fehlen von Besuchszimmern; keine Telefonzellen; eine Telefonzelle im Anstaltsgelände; Fehlen von Infrastrukturen für Kontakte unter den Patienten (Cafes, etc.).

Personelle Voraussetzungen

Pflegepersonal: mangelnde zeitliche Möglichkeiten für persönliche Beschäftigung mit einzelnen Patienten.
Arzt: mangelnde Ausrüstungen analog.
Pflegepersonal: mangelnde zeitliche Möglichkeiten für persönliche Beschäftigung mit einzelnen Patienten.

Institutionelle Voraussetzungen

Dienst: mangelnde Diskontinuität der Pflegepersonal-Patienten-Beziehungen im Toursystem erschwert Ausbildung persönlicher Beziehungen; keine institutionalisierten Personal-Patientenkontakte.

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Institutionell: mangelnde Akzeptanz; Zuständigkeit abgewälzt an Angehörige und den Patienten selbst.

Kontroll-/Sanktionsstruktur

Zuwendung zu einzelnen Patienten häufig negativ sanktioniert - als Vernachlässigung wichtiger Aufgaben interpretiert.

Schutz vor Verlust persönlicher Beziehungen und vor beeinträchtigenden sozialen Beziehungen

Außenweltkontakte sind durch eingeschränkte Kontakt- und Besuchsmöglichkeiten und Unmöglichkeit intimer Kontaktformen beeinträchtigt. Häufig stattfindende Verlegungen zerreißen persönliche Kontakte zwischen Patienten.

Die Beziehung vieler Pflegepersonen zu den Patienten ist ambivalent zwischen Zuwendung und Zurückweisung, daneben existieren aber auch überprotektive-infantilisierende und besonders aggressive Beziehungen.

Periphere geografische Lage der Anstalt; Telefon s.o., kein Briefpapier, kein ungehinderter Postverkehr.

Außerhalb der Besuchszeit keine Veranstaltungen mit Angehörigen; keine Gruppen bzw. Teambesprechungen innerhalb des Personals; Diensterteilung im Toursystem bedingt hohe Zersplitterung des Pflegepersonals - keine wechselseitige Kontrolle und Korrekturen.

Nicht als Bedarf definiert

Interne Verlegungen durch Pflegepersonal werden zur Kenntnis genommen.
Negative Sanktionen nur bei Gewaltanwendung, subtilere Aggressionen nicht sanktioniert

Übersicht 4.13:

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationsspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:
Befriedigung von Selbstwertbedürfnissen

Möglichkeit zur Aktivität

GÜTE DER DURCHSCHNITT- LICHEN BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Die Mehrheit der Patienten lebt in einer Situation der erzwungenen Untätigkeit ohne produktive Möglichkeiten.

SITUATIONSSPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Materielle

Voraussetzungen

Abteilungsausstattung: Überfüllung der Krankensäle und Tagräume; völliges Fehlen von Werkmaterialien, Büchern, Musikinstrumenten etc.; einige wenige Spiele; ein TV-Gerät/Abteilung; nur wenige von der Anstalt zur Verfügung gestellte Radiogeräte; keine Plattenspieler und Tonbandgeräte
Anstaltsinfrastrukturen: keine Turnhalle; kein Schwimmbad; Fehlen einer Bibliothek, eines Zeitschriftenraumes, von Zentren mit Beschäftigungsmöglichkeiten etc.

Personelle

Voraussetzungen

Pflegepersonalmangel: beeinflusst zeitliche Möglichkeiten, mit Patienten etwas zu unternehmen; beeinflusst ~~Wohlfahrt~~ gegenüber Aktivitäten der Patienten;
Allgemeiner Mangel an spezifischen Berufsgruppen wie Beschäftigungstherapeuten, Musiktherapeuten, Heilgymnasten, Sozialarbeitern etc.

Institutionelle Voraussetzungen

Keine Aktivitätsangebote bzw. -programme in den Abteilungen; einige wenige Veranstaltungen für bzw. in der Gesamtanstalt (feste, Ausflüge, etc.) mit starker Patientenselektion.

SITUATIONSSPEZIFISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Institutionell definierter

Versorgungsbedarf

Nicht als Bedarf akzeptiert; für kleine Patienten-elite als therapeutische Maßnahme vorgesehen.

Kontroll-/

Sanktionsstruktur

Absolutes Primat für Durchführung der vorgesehenen Pflege - gemeinsame Aktivitäten mit Patienten negativ sanktioniert (als Nicht-Arbeiten-Wollen interpretiert).

Schutz vor Zwangsbeschäftigung und Ausbeutung

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 Abteilung Hausarbeit eine eindeutige Ausbeutung dar (hohe Arbeitsleistung, lange Arbeitszeit, Wochenendarbeit, geringe Bezahlung).

Mangel an Pflegepersonal, Reinigungspersonal, Küchenpersonal etc.: wesentliche Bedingung für den praktisch unentgeltlichen Einsatz von Patienten für die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes.

Zuteilung zu Arbeitstherapie und Hausarbeit an ärztliche Genehmigung gebunden, inhaltliche Gestaltung "gewöhnheitsrechtlich", Arbeitszeiten und finanzielle Anerkennung geregelt.

Die Arbeit der Patienten-Hausarbeiter in den Abteilungen wird vom Pflegepersonal überwacht und dirigiert.

Übersicht 4.14

Güte der durchschnittlichen Bedürfnisbefriedigung und situationspezifische Determinanten der Bedürfnisbefriedigung:

Schutz vor Belastung und Beeinträchtigung der Persönlichkeit	Psychiatrische Behandlung
<u>GÜTE DER DURCHSCHNITTlichen BEDÜRfnISBEFriedIGUNG</u> 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 Hospitalismus Symptome sind ein "blinder Fleck", Krankheit und Störung wird ausschließlich individuell zugeschrieben.	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.
<u>SITUATIONSspezifISCHE MÖGLICHKEITEN DER BEDÜRfnISBEFriedIGUNG</u> Ausstattung der Abteilungen: Überfüllung der Säle - Aufhebung von Intimbereichen; Fehlen von Rückzugsbereichen, unpersönliche, armliche Ausstattung; Mangel an Nachtkästchen und besonders an Schränken; Ausstattung der Patienten: fast keine persönlichen Gegenstände; überwiegend Anstaltskleidung (Qualität vgl. "Wärmeregulierung").	Personal-mangel: geringe Arzteszahl fördert Begrenzung auf medikamentöse Behandlung.
<u>Materielle Voraussetzungen</u>	Hangel an Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern und verschiedenen anderen in der psychiatrischen Behandlung relevanten Berufsgruppen, verhindert pluralistisch-multiprofessionelles Vorgehen.
<u>Personelle Voraussetzungen</u>	Personalhierarchie: therapeutische Pläne, Entscheidungen und Informationen bei Ärzten und Chargen konzentriert; keine Teambesprechungen; ungenügende Ärzte- Pflegepersonal-Kommunikation.
<u>Institutionelle Voraussetzungen</u>	Diensterteilung: Zersplitterung des Pflegepersonals fördert individualistische Vorgehensweisen (z.B. eigenmächtige Medikation).
<u>SITUATIONSspezifISCHE KONSEQUENZEN BEZÜGLICH BEDÜRfnISBEFriedIGUNG</u>	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.
<u>Institutionell definierter Versorgungsbedarf</u>	Medikamentenkonsument weitgehend unkontrolliert; Netzwerkeinweisungen durch Pflegepersonal; in der Regel nachträglich bestätigt; Legitimationsdruck gering. Interesse von Pflegepersonen an psychischen Leiden entmutigt.
<u>Kontroll/Sanktionsstruktur</u>	Unverbindliche Aufforderungen zu menschlichen Umgang; negative Sanktionen nur für derbe Übergriffe.

1. 6 Exkurs: Die Abwanderung des diplomierten Pflegepersonals - professionelle Erwartungen und situative Zwänge

Das Psychiatrische Krankenhaus bildet seit 1963 den qualifizierten Nachwuchs an Pflegepersonal (entsprechend dem Krankenpflegegesetz 1961) in einer eigenen Ausbildungsstätte aus. Insgesamt 222 Diplomierte sind bis 1977 erfolgreich aus dieser Schule hervorgegangen. Probleme der Rekrutierung von Lernpflegern bzw. -schwestern für diese Ausbildung gab es bisher nicht. Die Auswertung der Schülerstatistiken⁺ für alle bisher abgeschlossenen 12 Jahrgänge (1963/65 bis 1974/77) ergab, daß die Ausfallsraten während der dreijährigen Schulausbildung außerordentlich hoch sind (TABELLE 35): etwa ein Drittel aller bisher in die Ausbildungsstätte aufgenommenen Lernpfleger bzw. -schwestern erlangte tatsächlich auch ein Diplom:

- bereits während des ersten Schuljahrs reduziert sich die Zahl der Aufgenommenen durchschnittlich um etwa die Hälfte
- auch im zweiten und dritten Schuljahr sind - bei fallender Tendenz - die durchschnittlichen Ausfallsraten noch relativ hoch.

Leichte Geschlechtsdifferenzen sind feststellbar, wobei die durchschnittlich geringeren Ausfallsraten der Lernschwestern durch eine geringere Reduktion der Schülerinnenzahl im ersten Schuljahr zustandekommen.

⁺) Die zugrundeliegenden Ausgangsdaten wurden von der Schulleitung für diese Untersuchung erstellt

TABELLE 35: Austrittsraten aus der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Krankenpflegepersonal

Jahrgang	gesamt						Lehrn-Schwester						Lern-Pfleger					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(1')	(2')	(3')	(4')	(5')	(6')	(1'')	(2'')	(3'')	(4'')	(5'')	(6'')
1963/65	47	49%	100%	100%	49%	23	25	52%	100%	100%	52%	13	22	45%	100%	100%	45%	10
1964/66	48	63%	83%	96%	50%	24	31	58%	94%	94%	52%	16	17	71%	67%	100%	47%	8
1965/67	41	66%	63%	88%	37%	15	18	67%	75%	89%	44%	8	23	65%	53%	88%	30%	7
1966/68	69	49%	74%	88%	32%	22	35	60%	81%	71%	34%	12	34	38%	62%	91%	29%	10
1967/70	63	63%	73%	72%	33%	21	28	82%	74%	65%	39%	11	35	49%	71%	83%	29%	10
1968/71	51	63%	75%	88%	41%	21	23	65%	67%	80%	35%	8	28	61%	82%	93%	46%	13
1969/72	65	51%	79%	85%	34%	22	38	55%	76%	88%	37%	14	27	44%	71%	80%	30%	8
1970/73	35	57%	75%	93%	40%	14	12	58%	86%	100%	50%	6	23	57%	69%	89%	35%	8
1971/74	30	63%	68%	69%	30%	9	15	73%	55%	100%	40%	6	15	53%	88%	43%	20%	3
1972/75	51	51%	69%	83%	29%	15	23	57%	69%	78%	30%	9	28	46%	69%	89%	29%	8
1973/76	59	39%	83%	100%	32%	19	34	47%	81%	100%	38%	13	25	28%	86%	100%	24%	6
1974/77	60	48%	72%	81%	28%	7	36	58%	76%	81%	36%	16	24	33%	63%	80%	17%	4
alle Jahrgänge	619	54%	77%	86%	36%	222	318	60%	78%	85%	40%	127	301	48%	75%	87%	32%	95

Legende:

- (1,1',1'') Schülerzahl bei Kursbeginn
- (2,2',2'') Prozentsatz der erfolgreich vom ersten ins zweite Jahr übergetretenen Schüler
- (3,3',3'') Prozentsatz der erfolgreich vom zweiten ins dritte Jahr übergetretenen Schüler
- (4,4',4'') Prozentsatz der erfolgreich vom dritten Jahr zum Diplomabschluß gelangten Schüler
- (5,5',5'') Prozentsatz der Diplomierten bezogen auf die Schülerzahl bei Kursbeginn
- (6,6',6'') Zahl der Diplomierten

Sieht man von einem "Knick" nach den ersten beiden Kursen ab, in denen die Ausfallsraten bis zum Diplom "nur" etwa 50% betrugen, läßt sich kein eindeutiger Trend über die Zeit feststellen.

Im genannten Zeitraum wurden an der Ausbildungsstätte des Psychiatrischen Krankenhauses insgesamt 222 Personen diplomiert. Die Rekonstruktion der weiteren Karriere aller bisherigen Schuldiplomierten^{+) erbrachte (TABELLE 36):}

TABELLE 36: Berufskarrieren des an der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Krankenpflegepersonal ausgebildeten diplomierten Pflegepersonals

Jahrgang	gesamt			Schwestern			Pfleger		
	(1)	(2)	(3)	(1')	(2')	(3')	(1'')	(2'')	(3'')
1963/65	23	96%	74%	13	100%	69%	10	90%	80%
1964/66	24	83%	54%	16	75%	44%	8	100%	75%
1965/67	15	93%	53%	8	100%	50%	7	86%	57%
1966/68	22	73%	27%	12	58%	17%	10	90%	40%
1967/70	21	71%	38%	11	45%	27%	10	100%	50%
1968/71	21	62%	38%	8	50%	38%	13	69%	38%
1969/72	22	68%	32%	14	64%	21%	8	75%	50%
1970/73	14	64%	36%	6	50%	33%	8	75%	38%
1971/74	9	89%	67%	6	83%	67%	3	100%	67%
1972/75	15	73%	47%	7	71%	14%	8	75%	75%
1973/76	19	53%	47%	13	46%	60%	6	67%	38%
1974/77	17	94%	94%	13	100%	100%	4	75%	75%
alle Jahrgänge	222	76%	50%	127	71%	44%	95	81%	57%

Legende:

(1,1',1'') Zahl der Diplomierten

(2,2',2'') Anteil der Verbliebenen im ersten Jahr nach dem Diplomerwerb

(3,3',3'') Anteil der Verbliebenen zum Zeitpunkt der Erhebung (Februar 1978)

- nur mehr etwa 50% der in der Ausbildungsstätte diplomierten Pflegepersonen arbeiten noch im Psychiatrischen Krankenhaus
- die Austrittstendenz ist am größten im ersten Jahr nach dem Diplom, in dem bereits eine Reduktion der Neudiplomierten um durchschnittlich 25% stattfindet; sie wird immer geringer je

^{+) Die zugrundeliegenden Ausgangsdaten wurden vom Pflegevorsteher im Februar 1978 ermittelt.}

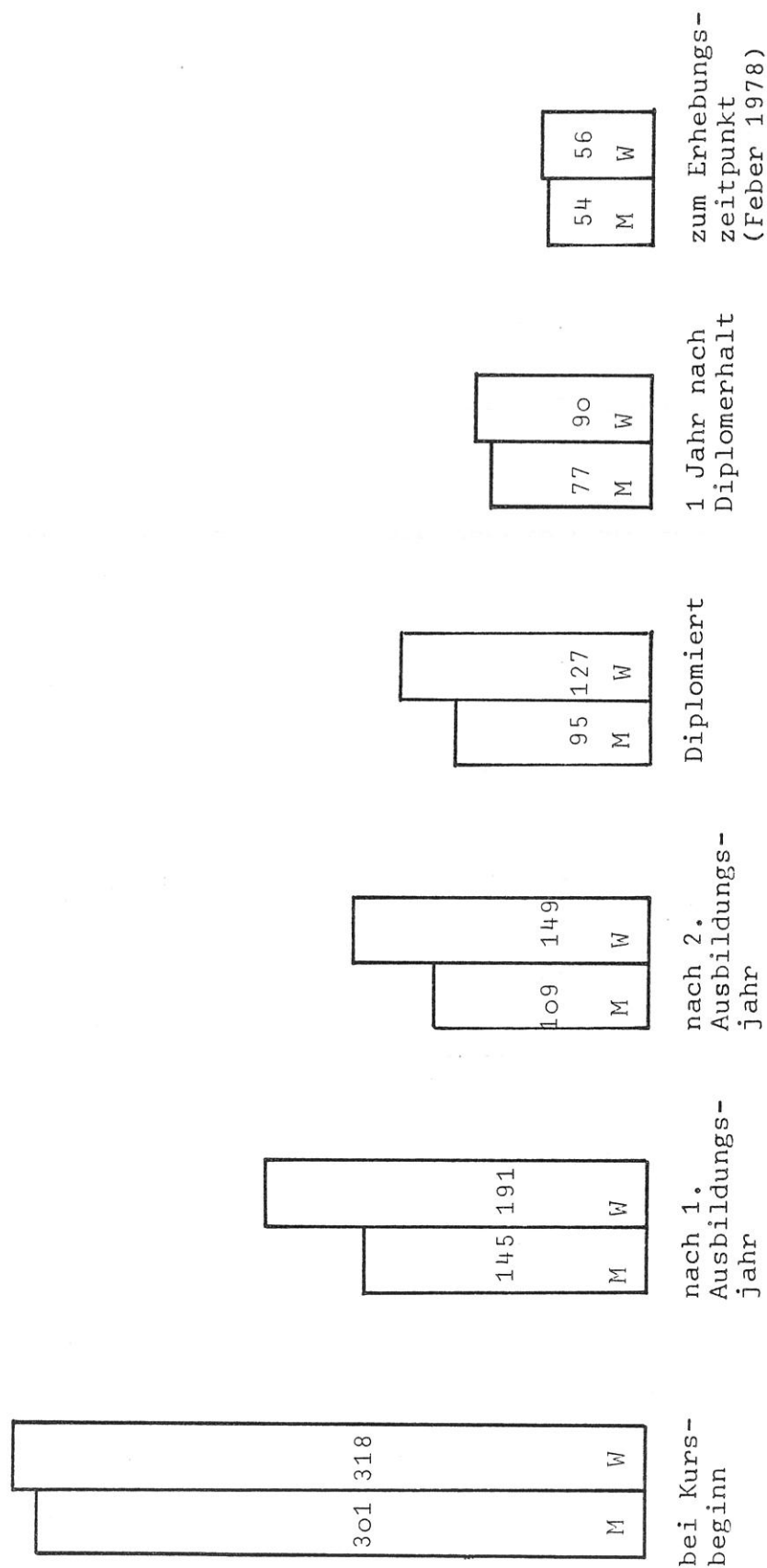
länger die Zugehörigkeit zum Psychiatrischen Krankenhaus besteht

- die Austrittsrate der Diplomschwestern ist durchschnittlich etwas höher als die der Diplompfleger
- die Austrittsrate von Diplomierten, welche ihr Diplom mit Auszeichnung erreichten, ist durchschnittlich etwas geringer als die der Diplomierten ohne Auszeichnung
- etwa ein Fünftel der verbliebenen Diplomierten ist in Chargenpositionen aufgerückt, nur eine einzige Person ist aus einer solchen Position ausgeschieden. Diese Karriere-möglichkeit, die seit einiger Zeit nur mehr Schuldiplo-mierten offensteht, scheint somit eine der wesentlichsten Anreize zum Verbleiben in der Anstalt zu sein. Diplomierte mit Auszeichnung sind unter den chargierten Personen überproportion-al vertreten. Berücksichtigt man die chargierten Personen bei der Berechnung von Austrittsraten nicht, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede mehr in der durchschnittlichen Austrittsrate von Diplomierten mit und ohne Auszeichnung.

Resümierend ist somit festzustellen, daß durch die hohen Ausfallsraten während der Ausbildung und die beträchtlichen Austrittsraten nach dem Diplomerwerb ein kontinuierlicher Nachschub an qualifiziertem Pflegepersonal nicht sichergestellt werden kann (ABBILDUNG 10). Bedingt durch das sich beschleunigende Ausscheiden der "Altdiplomierten" verschiebt sich das Verhältnis von Diplomierten und Stationsgehilfen zunehmend in Richtung der Stationsgehilfen. Das Nachrücken von Schuldiplo-mierten in Chargenpositionen ist nicht nur als Anreiz zum Verbleib sondern auch zur Etablierung eines professionell orientierten Führungsstabes notwendig - aufgrund der z.Z. bestehenden administrativen Überlastung der Chargen ist jedoch eine volle Ausschöpfung ihrer besseren Qualifikation nicht gegeben.

Worin liegen nun die Ursachen für das Ausscheiden von Lern-

ABBILDUNG 10: Austrittsraten von Lernpflegepersonal und diplomiertem Personal seit Bestehen der Ausbildungsstätte für diplomiertes Krankenpflegepersonal (jeweilige Anzahl weiblicher und männlicher Pflegepersonen zu wichtigen Zeitpunkten)



pflegern bzw. -schwestern und von Schuldiplomierten ?

Zunächst zur hohen Ausfallrate der Schüler und Schülerinnen. Aufgrund der nicht stattfindenden systematischen Selektion bei Schuleintritt stellen die hohen Ausfallraten so etwas wie eine "Selektion im nachhinein" dar. Es wäre jedoch verfehlt, in dieser Praxis - die wegen ihrer hohen Kosten für alle Beteiligten (Schüler, Vortragende, Schulleitung, Gemeinde und nicht zuletzt Patienten) grundsätzlich problematisch ist - den einzig relevanten Ursachenkomplex zu sehen. Gerade die relativ hohen Antrittsraten auch noch nach dem ersten Schuljahr - also nach Abschluß der Selektion - verweisen auf strukturelle Ursachen in Schule und Station.

Annähernd die Hälfte der in der Interviewstudie befragten Personen kennen die Ausbildungssituation aus eigener Erfahrung. Ihre Einschätzung der Ursachen für das vorzeitige Ausscheiden von Kollegen (-innen) während der Ausbildung gibt TABELLE 37 wieder.

TABELLE 37: Einschätzung der Ursachen für das Ausscheiden von Lernpflegern bzw. -schwestern während der Ausbildung durch Schuldiplomierte und Schüler^{*)}

Austrittsursachen	Qualifikationsgruppen		gesamt
	Schuldipl.	Schüler	
ungenügende Selektion der Geeigneten bei Aufnahme	67%	13%	40%
Unterschätzung der Anforderungen durch Eintretende	47%	40%	43%
zu hohe Anforderungen der Schule	27%	13%	20%
autoritäres Schulklima	33%	40%	37%
Doppelbelastung Schule/ Stationsarbeit	20%	27%	23%
mangelnde Umsetzungsmöglichkeit d. Ausbildung in der Praxis	13%	33%	23%
N	(15)	(15)	(30)

*) Frageformulierung: "Viele Schüler Ihrer Ausbildungsstätte scheiden noch vor Erlangung des Diploms wieder aus. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?"

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

Auch im Urteil der Befragten spielen personspezifische Voraussetzungen der Ausgetretenen, d.h. mangelnde Eignung und inadäquate Einstellung, eine bedeutsame Rolle. Daneben aber werden Faktoren genannt, die vom Können und Wollen des Einzelnen unabhängig sind. In der Reihenfolge ihrer Bedeutsamkeit sind es das autoritäre Schulklima, die mangelnde Umsetzungsmöglichkeit des Erlernten in der Praxis, die Doppelbelastung durch Schule und Stationsarbeit und die zu hohen Anforderungen in der Schule. Auffallend ist, daß diese strukturellen Belastungen von den Schülern häufiger genannt wurden, während umgekehrt mehr Diplomierte die personspezifischen Ursachen hervorkehrten. Einige typische Aussagen von Betroffenen:

"Man kommt als Erwachsener her und wird wie ein Kind behandelt" (AM, 09)

"Es sind sehr viele Dinge zu lernen, die man nie verwenden kann, viele fragen sich wozu" (AF, 11)

"Das theoretische Niveau der Schule ist zu hoch, das ist gerade hier ein Problem, weil es unseren Patienten weiter nichts nützt" (AM, 10).

In Expertengesprächen wurde in bezug auf die hohen Austrittsraten der Schuldiplomierten häufig argumentiert, daß die Ausgeschiedenen nur zur Absolvierung einer im Dienstverhältnis stattfindenden Ausbildung die Krankenpflegeschule besucht hätten, ohne die Absicht einer längerfristigen Berufsausübung im Psychiatrischen Krankenhaus zu haben. Gegen diese Argumentation spricht nicht nur eine differenzierte Analyse der Abgangszeitpunkte (welche sich unter dieser Annahme stärker kurz nach dem Diplomerwerb konzentrieren müßten), sondern auch die Einschätzung des befragten Pflegepersonals, welchem die Motivationen der ausgeschiedenen Kollegen vertraut sein müßten. Nicht einmal ein Fünftel der Befragten zog diese Erklärung heran. Hauptsächlich genannte Abgangsursachen waren dagegen Diskrepanz zwischen professionellen Erwartungen und realen Möglichkeiten (TABELLE 38). Mangelnde externe Gratifikationen und personspezifische Faktoren spielen demgegenüber nach Ansicht der Befragten eine unbedeutende Rolle.

TABELLE 38: Einschätzung der Ursachen für das häufige Abwandern diplomierter Krankenpflegepersonen durch Schuldiplomierte und Schüler^{+)**)}

Abwanderungsursachen	Qualifikationsgruppen Schuldipl. Schüler		gesamt
Absolvierung einer bezahlten Ausbildung ohne Verbleibensabsicht	13%	20%	17%
<u>Diskrepanzen zwischen professionellen Erwartungen und realen Möglichkeiten</u>			
- Umsetzung der hohen Qualifikation in die Praxis unmöglich	53%	80%	67%
- Hierarchisch-autoritäres Betriebsklima	47%	33%	40%
- unzureichende und veraltete Ausstattung	20%	-	10%
- schlechte Fortbildungsmöglichkeiten	7%	13%	10%
<u>Mangel an externen Gratifikationen</u>			
- schlechter Verdienst	7%	7%	7%
- mangelnde Aufstiegsmöglichkeit	13%	-	7%
- schlechter Ruf des PK	7%	-	3%
<u>Individuelle Ursachen</u>			
- zu geringe Belastbarkeit	27%	-	13%
- Interesse an anderen Sparten	13%	-	7%
- "falsche" Erwartungen	7%	-	3%
N	(15)	(15)	(30)

+) Frageformulierung: "Ein relativ großer Anteil der Kollegen und Kolleginnen mit Schuldiplom verlassen das Psychiatrische Krankenhaus entweder gleich nach Erhalt des Diploms oder schon nach kurzer Berufsausübung ? Woran liegt das Ihrer Meinung nach ?"

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

Auch hier vermitteln wörtliche Zitate der Befragten einen anschaulichen Eindruck:

"Für was lernt man hier drei Jahre für das Diplom ? Hineingehen und Trockenlegen und Medikamente austeilen, das ist schon alles" (AM, 09)

"Wer versucht, hier etwas durchzuführen, dem wird etwas in den Weg gelegt" (AM, 08)

"Die älteren Ärzte herrschen wie unumschränkte Götter, das Buckeln wird weitergegeben" (AM, 17)

"Eine zu dreckige Arbeit, wie sie in anderen Krankenhäusern nicht gegeben ist, und dazu behandeln Vorgesetzte neue Pfleger wie Patienten" (VM, 10)

"Diverse Anlagen sind veraltet, da arbeitet man lieber in einem modernen Krankenhaus als im Wurstlhaus" (AM, 04).

Zusammenfassend ergibt sich für das Psychiatrische Kranken-

haus ein stark unausgewogenes Verhältnis von (hohem) Aufwand und (geringem) Nutzen bei der Ausbildung diplomierten Pflegepersonals. Dieses Verhältnis wieder ins Lot zu bringen, erfordert primär eine Veränderung der Arbeitssituation, durch welche eine Anwendung erworbener Kompetenzen und Motivationen möglich wird. Sekundär könnten auch eine Verlagerung der Ausbildungsprioritäten auf psychiatrische Problembereiche, eine Demokratisierung der Schulstruktur und eine verbesserte Selektion der Bewerber positive Effekte haben.

Neben dem im Vordergrund stehenden quantitativen Problem der Anzahl abgewanderten Personals ist auch die Frage nach dem "Preis" zu stellen, welchen die im Psychiatrischen Krankenhaus verbleibenden Schuldiploмиerten bzw. Schüler für eine unbeanstandete berufliche Existenz bzw. für eine erfolgreiche Karriere zu bezahlen haben. Die Auswertung von zwei im Interview gestellten Fragen zeigt die Schwerpunkte der Verhaltensanforderungen an diese Personen mit aller Deutlichkeit auf (TABELLE 39). Danach sind es weniger fachliches Können und Engagement als vielmehr soziale Anpassung und Unterordnung, welche den gewünschten Erfolg erbringen. Die stärkere Akzentuierung dieser Einschätzung durch die Schüler geht wahrscheinlich auf eine spezifische Selektion des in der Anstalt verbleibenden diplomierten Personals zurück und ist mit ein Hinweis dafür, daß gerade die besonders kritischen und veränderungsfreudigen Diplomierten die Anstalt verlassen.

Auch zu diesem Thema abschließend einige wörtliche Zitate aus den Interviews:

Bezüglich Karriere:

"Sich total anpassen" (AM, 08)

"Wird nicht nach Wissen oder Arbeit beurteilt, kommt lediglich auf die Beziehung zu Vorgesetzten an" (AF, 13)

Bezüglich unbeanstandeter Existenz:

"Keine eigene Initiative entwickeln, nicht widersprechen" (AM, 15)

"Nur das Notwendigste tun, nicht selbständig arbeiten, tun was die Allgemeinheit tut, nicht kritisieren" (AF, 13)

"Wie beim Bundesheer, unauffällig sein" (AM, 03)

TABELLE 39: Einschätzung der Verhaltensanforderungen an Neueingetretene, welche unbeanstandet ihre Arbeit tun wollen bzw. Chargenposten anstreben.+++)

Verhaltensanfordernis für, unbeanstandetes Arbeiten ^{+))}	Qualifikationsgruppen Schuldipl. Schüler		gesamt
gute Arbeitsleistung und hohes Engagement	100%	27%	63%
soziale Anpassung und Unterordnung	27%	67%	47%
sonstiges	33%	27%	20%
keine Antwort	-	7%	4%
N	(15)	(15)	(30)

Voraussetzungen für rasche Karriere ⁺⁺⁾	Qualifikationsgruppen Schuldipl. Schüler		gesamt
Absolvierung der Schule, gute Schul- leistungen	40%	-	20%
gute Arbeitsleistung, hohes fachliches Können	20%	33%	27%
soziale Anpassung, gute Beziehungen zu Vorge- setzten	47%	80%	63%
politische Anpassung	20%	33%	27%
sonstiges	13%	13%	13%
keine Antwort	20%	13%	17%
N	(15)	(15)	(30)

+) Frageformulierung: " Was müßte ein neu eingetretener Kollege (bzw. Kollegin) tun, der (die) unbeanstandet seine (ihre) Arbeit tun will?"

++) Frageformulierung: "Was müßte ein neu eingetretener Kollege (bzw. Kollegin) tun, der (die) vorhat, möglichst rasch Karriere zu machen und Charge zu werden?"

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

2. Reformbedürftigkeit und Reformierbarkeit des Psychiatrischen Krankenhauses aus der Sicht des befragten Pflegepersonals

Bevor aus den bisher dargestellten Materialien und durchgeführten Analysen ein Reformprogramm abgeleitet werden soll, wird im folgenden noch eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Verbesserung der Situation des Psychiatrischen Krankenhauses dargestellt, nämlich die Reformbereitschaft des derzeitigen Pflegepersonals.

2.1 Dringliche Reformen für Personal und Patienten

Zu Beginn des Interviewteiles über Reformnotwendigkeiten und -möglichkeiten wurde dem Pflegepersonal die Frage gestellt: "Stellen Sie sich vor, Sie wären Gesundheitsstadtrat von Wien und könnten im Psychiatrischen Krankenhaus grundlegende Reformen durchführen. Welche Reformen erscheinen Ihnen für das Pflegepersonal am dringlichsten ? Welche Reformen erscheinen Ihnen für die Patienten am dringlichsten ?" Es konnten jeweils bis zu fünf Reformpunkte genannt werden.

Die Kategorisierung der Antworten erfolgte wiederum nach der analytischen Unterscheidung von materiellen, personellen und institutionellen Voraussetzungen.

Materielle Voraussetzungen sind bauliche Gegebenheiten und disponible Mittel. Ihre Veränderung erfordert Investitionen und hat Konsequenzen für die Struktur des jährlichen Budgets. Personelle Voraussetzungen beziehen sich auf Personalmenge und Personalqualität. Veränderungen der personellen Voraussetzungen bedeuten hier somit Aufstockung des Personalstandes und/oder Veränderung von Kompetenzen bzw. Orientierungen des Personals.

Institutionelle Voraussetzungen sind zum einen soziale Normen und Regeln. Sie bestimmen den Bereich der erlaubten Handlungen

bzw. schreiben Handlungen vor aus der Menge der bestehenden Handlungsmöglichkeiten. Neben den Regeln zählen auch organisatorische Arrangements zu den institutionellen Voraussetzungen. Sie umfassen das Vorhandensein bestimmter Positionen oder Rollen, spezialisierter Untereinheiten und spezifisch strukturierter Veranstaltungen bzw. Arbeitsprogramme. Durch sie werden Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Reformen können hier sowohl in der Neuschaffung von Institutionen, als auch in der Veränderung oder Abschaffung vorhandener Institutionen bestehen.

2.1.1 Reformen für das Pflegepersonal

In TABELLE 40 sind die von den Befragten für das Pflegepersonal geforderten Reformen nach den obengenannten Voraussetzungen kategorisiert. Nur 10% der Befragten äußerten keine Reformvorschläge zugunsten des Pflegepersonals.

TABELLE 40: Genannte Reformen zugunsten des Pflegepersonals⁺⁾⁺⁺⁾

Veränderung/Ausbau/ Neuschaffung von	Abteilungstyp		gesamt
	Ausbildung	Versorgung	
<u>materiellen Voraussetzungen</u>	66%	37%	53%
<u>personellen Voraussetzungen</u>	31%	33%	32%
bezüglich			
- Quantität	26%	33%	29%
- Qualität	9%	-	5%
<u>institutionellen Voraus-</u> <u>setzungen</u>	89%	74%	82%
bezüglich			
- Arbeitsteilung	20%	22%	21%
- Fortbildung	26%	7%	18%
- Ausbildung	20%	11%	16%
- Teamarbeit	23%	-	13%
- Mitbestimmung	11%	15%	13%
<u>externen Voraussetzungen</u>	3%	7%	5%
keine Vorschläge	11%	7%	10%
N=	(35)	(27)	(62)
nicht befragt		(8)	(8)

+) Frageformulierung: "Stellen Sie sich vor, Sie wären Gesundheitsstadtrat von Wien und könnten im Psychiatrischen Krankenhaus grundlegende Reformen durchführen. Welche Reformen erscheinen Ihnen für das Pflegepersonal am dringlichsten?"

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

Die Veränderung oder Neuschaffung von institutionellen Voraussetzungen wurde bei weitem von den meisten Befragten genannt. Insgesamt vier Fünftel aller Befragten forderten mindestens eine Veränderung in diesem Bereich. Die Forderung nach Veränderung oder Neuschaffung von materiellen Voraussetzungen wurde etwa von der Hälfte der Befragten mindestens einmal gestellt. Personelle Veränderungen dagegen wurden nur von einem Drittel der Befragten in ihre Reformvorschläge einbezogen.

Als hauptsächlicher Unterschied zwischen den Abteilungstypen fällt auf, daß unter den befragten Angehörigen der Ausbildungsabteilungen ein wesentlich größerer Anteil die Veränderung materieller Bedingungen, die Veränderung, den Ausbau bzw. die Neuschaffung von institutionellen Voraussetzungen für vorrangig hielten, als unter den befragten Mitgliedern der Versorgungsabteilungen.

Innerhalb der vorgeschlagenen Veränderungen und institutionellen Voraussetzungen wurden vorwiegend Veränderungen der derzeitigen Arbeitsteilung vorgeschlagen. Mitglieder der Ausbildungsabteilungen wollten spezifische Aufgabengebiete für diplomiertes Personal und eine Entlastung von Hilfstätigkeiten, umgekehrt äußerten Angehörige der Versorgungsabteilungen Interesse, die Unterschiede zwischen den beiden Pflegepersonalgruppen möglichst gering zu halten. Die Veränderung der Charginrolle im Sinne einer stärkeren Einbindung ihrer Inhaber in die Durchführung der Pflege Tätigkeit wurde ebenfalls gefordert. In den Versorgungsabteilungen waren zwei Personen für die stärkere Entlastung des Pflegepersonals durch Patienten:

"Alkoholiker sollen die Schmutzwäsche vom Keller heraufholen und vor das Haus stellen" (VF, 10).

Neuregelungen der Ausbildung wurden primär vom Pflegepersonal der Ausbildungsabteilungen gefordert. Diese Reformvorschläge beinhalteten vor allem die Forderung nach mehr praktischer Ausbildung und nach Ausbildungspraxis in anderen Krankenhäusern.

Neben Arbeitsteilung und Ausbildung ist die derzeitige Dienst-einteilung ein Hauptpunkt für Reformvorschläge. Alle Personen, die diesen Punkt erwähnten, traten für ein Abgehen vom derzeitigen Radldienst ein und für eine Verkürzung der Dienstzeiten. Dagegen meinte nur ein Diplomierter der Ausbildungsabteilung sozusagen "präventiv", daß "die Tour auf jeden Fall belassen werden müßte" (AM, 07).

Unbehagen über die derzeitige Praxis der Beurteilung durch Vorgesetzte wurde ebenfalls geäußert, etwa in Form einer Forderung nach gerechterer Behandlung durch die Vorgesetzten und nach klareren Beurteilungskriterien.

Die Veränderung bestehender oder die Schaffung neuer organisatorischer Arrangements wurde von Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen etwa doppelt so häufig als Reformpunkt genannt wie von Mitgliedern der Versorgungsabteilungen. Darin drücken sich die ausgeprägteren Professionalisierungsinteressen aus, welche sich in der Forderung nach Fortbildung und verstärkter Teamarbeit mit Ärzten manifestieren. Forderungen nach verstärkter Mitbestimmung des Personals dagegen wurden auch in den Versorgungsabteilungen etwa gleich häufig genannt.

Zwei Schwestern der Versorgungsabteilung mit alter SHD-Ausbildung plädierten immer noch für die Auflassung der Schule. Patienten direkt betreffende Veränderungen wurden nur von drei Personen aus den Ausbildungsabteilungen genannt, die für eine stärkere Trennung unterschiedlicher Diagnose- und Altersgruppen eintraten.

Ebenfalls drei Befragte der Ausbildungsabteilungen forderten verstärkte therapeutische und rehabilitative Bemühungen und den Aufbau von Beschäftigungsmöglichkeiten für Patienten. Forderungen nach Veränderung der personellen Situation betrafen fast durchwegs eine ~~gem~~relle Erhöhung des Personalstandes. Die Forderungen nach materiellen Verbesserungen bezogen sich zum einen auf die Bausubstanz, die bessere und wohnlichere Ausstattung von Räumen und die Beschaffung von pflegerischen Hilfsmitteln. Diese - dem Personal und den Patienten gleichermaßen zugute kommenden Veränderungen wurden überwiegend von

Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen genannt. Ein zweiter Forderungskomplex betraf materielle Verbesserungen, die ausschließlich dem Pflegepersonal zugute kommen, wie höheres Gehalt, Aufenthaltsräume für Pfleger, modernere Arbeitskleidung. Diese Forderungen waren in den Ausbildungsabteilungen zweitrangig, in den Versorgungsabteilungen etwa gleich häufig wie die nach den allgemeinen materiellen Verbesserungen.

Beim Vergleich der durchschnittlich genannten Anzahl von Reformen wich besonders die Frauen-Versorgungsabteilung ab. Die Schwestern dieser Abteilung gaben durchschnittlich nur etwa zwei Reformmaßnahmen an - verglichen mit durchschnittlich drei in den übrigen Abteilungen. Besonders wenig Reformmaßnahmen gaben die vor der Ausbildungsreform eingetretenen, jetzt als Stationsgehilfen arbeitenden Schwestern an.

2.1.2 Reformen für die Patienten

Die häufigsten Antworten bezogen sich auf die Veränderung materieller und institutioneller Voraussetzungen. Jeweils drei Viertel aller Befragten machten mindestens einen Reformvorschlag zur Veränderung dieser Voraussetzungen. Dagegen sah nur ein Viertel des Pflegepersonals in einer Veränderung der personellen Voraussetzungen eine für die Patienten relevante Reformmaßnahme (TABELLE 41).

Bei den materiellen Versorgungsvoraussetzungen betreffenden Reformen wurden vor allem die Verkleinerung der Schlafräume, die Schaffung von wohnlichen Gemeinschaftsräumen, die Verfügung jedes Patienten über eigene Möbel (Nachtkästchen, Schränke) sowie die Verbesserung bzw. Vermehrung der sanitären Anlagen als vordringliche Veränderungen genannt.

Fast alle Befragten der Ausbildungsabteilungen, gegenüber nur zwei Fünftel bei den Mitgliedern der Versorgungsabteilungen, hielten die bestehenden materiellen Bedingungen für veränderungs-

TABELLE 41: Genannte Reformen zugunsten der Patienten ⁺⁾⁺⁺⁾

Veränderung/Ausbau/ Neuschaffung von	Abteilungstyp		gesamt
	Ausbildung	Versorgung	
<u>materiellen Voraussetzungen</u>	86%	59%	74%
<u>personellen Voraussetzungen</u>	31%	22%	27%
bezüglich			
- Quantität	29%	22%	26%
- Qualität	3%	4%	3%
<u>institutionellen Voraus-</u> <u>setzungen</u>	89%	52%	73%
- Rechte der Patienten	54%	22%	40%
- Beschäftigungs-/Unter-			
haltungsprogramme	43%	30%	37%
- Therapie	31%	26%	29%
- Rehabilitation	40%	7%	26%
externen Voraussetzungen	11%	4%	8%
N=	(35)	(27)	(62)
nicht befragt		8	8

+) Frageformulierung vgl. TABELLE 40 mit Ergänzung: "Welche Reformen erscheinen Ihnen für die Patienten am dringlichsten?"

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

würdig. Zwei typische Vorschläge waren:

"Wir sind zu einem Drittel überbelegt, haben Außenschläfer und Erdlager - ein Bett für jeden Patienten wäre das wenigste" (AM, 13).

"Mehr Platz schaffen, für jeden ein Nachtkasterl, kein kalter Fußboden; abgesonderte sanitäre Anlagen" (VM, 11).

Bei den die institutionellen Voraussetzungen betreffenden Reformen steht die Veränderung der Patientenrechte für 40% aller Befragten im Vordergrund. In den Ausbildungsabteilungen waren 54% dieser Meinung gegenüber nur 22% in den Versorgungsabteilungen. Genannt wurden das Recht auf Bewegungsfreiheit, auf Tragen privater Kleidung, auf Verfügung über private Gegenstände und auf eine Zuweisung in homogenere Patientengruppen. So meinte ein Schüler der Männerabteilung:

"Den Patienten mehr Rechte einräumen, z.B. auf private Kleidung, warum auch nicht ? Zur Zeit haben sie blaue Sträflingsgewänder, zerrissen und nicht gekennzeichnet" (AM, 11).

Weitere Reformforderungen bezogen sich auf Therapie, auf Rehabilitation und auf Beschäftigungs- und Unterhaltungsprogramme.

Letztere wurden von knapp zwei Fünftel, erstere von jeweils etwa einem Viertel aller Befragten genannt. Therapie-bezogene Reformen waren zumeist Forderungen nach verstärktem Einsatz psychotherapeutischer Methoden oder unspezifischer nach einer Realisierung irgendwelcher therapeutischer Programme. Rehabilitationsbezogene Reformen meinten den Ausbau der bestehenden Einrichtungen, die Schaffung neuer Institutionen oder unspezifischer eine verstärkte Rehabilitationsorientierung. Mitglieder der Ausbildungsabteilungen zeichneten sich durch eine starke Akzentuierung rehabilitativer Maßnahmen aus.

Reformen zur Personalstruktur beinhalteten fast ausschließlich die Erhöhung der Personaldichte. Nach einzelnen Personalgruppen wurde kaum differenziert. Zwischen Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen gab es keine Unterschiede.

Die durchschnittliche Zahl aufgezählter Reformpunkte war bei den Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen deutlich höher: sie nannten 3.9 Reformvorschläge im Vergleich zu durchschnittlich 2.6 bei den Mitgliedern der Versorgungsabteilungen.

Nur 8% aller Befragten hatten keine Reformforderungen, sie arbeiteten ausnahmslos in den Versorgungsabteilungen.

2.2 Wünschbarkeit und Realisierbarkeit vorgegebener Reformmaßnahmen

Die Einstellungen zu Reformen im Psychiatrischen Krankenhaus wurden anhand einer Liste von 23 möglichen Reformpunkten erfragt. Die Auswahl der Reforminhalte erfolgte sowohl anhand von Beschreibungen von Reformen in englischen, italienischen und deutschen Krankenhäusern, als auch angeleitet durch die Schlußfolgerungen aus den eigenen Beobachtungen über die Befriedigung von Patientenbedürfnissen und die Arbeitssituation des Pflegepersonals.

Dabei war es unvermeidlich, von analytisch "reinen" Zuordnungen einzelner Reforminhalte zu den strukturellen Versorgungsvoraus-

setzungen (vgl. oben) abzugehen. Zudem wurde fast zur Gänze auf die Anführung von Reforminhalten verzichtet, die unmittelbar eine Verbesserung der materiellen oder personellen Voraussetzungen beinhalten. Zum einen, weil zu solchen Reformvorschlägen ohnedies eine fast einhellige Zustimmung zu erwarten gewesen wäre, zum anderen, weil die bloße Vermehrung von "inputs" keine Garantie für eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung der Patienten darstellt. Der Schwerpunkt der vorgegebenen Reforminhalte liegt daher auf den derzeit bestehenden Regeln, soweit sie Handlungsmöglichkeiten der Patienten und des Personals einschränken und auf der Neuschaffung organisatorischer Arrangements. Daß insbesondere letztere Veränderungen auf der "input-Seite" - wie qualifiziertes Personal und mehr Geld - voraussetzen, ist offensichtlich. Die folgende Zusammenstellung ordnet die zur Einschätzung vorgegebenen Reformen nach den genannten Kriterien. (Übersicht 5).

2.2.1 Die Einschätzung der Wünschbarkeit von Reformen

2.2.1.1 Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten

Das Psychiatrische Krankenhaus bzw. seine Abteilungen wurden von der Mehrzahl der Befragten als dringend und vielfach reformbedürftig empfunden. Insgesamt 18 der 23 vorgegebenen Reformen wurden von der Mehrheit der Befragten als "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" oder "eher wünschenswert" bezeichnet, 14 Reformen sogar von einer Mehrheit als "unbedingt notwendig" oder "sehr wünschenswert". Lediglich 9 Reformmaßnahmen wurden von mehr als einem Fünftel der Befragten für nicht wünschenswert deklariert (ABBILDUNG 11)⁺).

⁺) Die Reformmaßnahmen lassen sich nach dem Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung in drei Kategorien zusammenfassen:

- Da sind erstens jene neun Maßnahmen, die fast einhellig als wünschenswert betrachtet wurden. Sie wurden von mindestens einem Drittel der Befragten als "unbedingt notwendig", von zwei Dritteln zumindest als "sehr wünschenswert" angesehen. Abgelehnt wurden sie von weniger als 10% der Befragten.
- Zweitens gibt es eine Kategorie von ebenfalls neun Reformen, die etwa zu gleichen Teilen von den Befragten sehr gewünscht oder abgelehnt wurden.
- Schließlich überwiegen in der dritten Kategorie von fünf Reformen jene, die deutlich abgelehnt wurden.

Übersicht 5: Zuordnung der im Interview vorgegebenen Maßnahmen zu analytischen Reformtypen⁴⁾

Veränderung materieller Voraussetzungen

- Jedem Patienten steht ein abschließbarer Schrank zur Verfügung, indem er seine persönlichen Dinge aufbewahren kann.

Veränderung materieller Voraussetzungen verbunden mit Regeländerungen

- Den Patienten stehen im Anstaltsgelände frei zugängliche Einkaufs-, Kommunikations- und Freizeitmöglichkeiten zur Verfügung
- Die Patienten wohnen in kleinen Zimmern und können diese nach eigenem Belieben mit persönlichen Gegenständen ausschmücken
- Auf dem Pavillon gibt es eine allgemein zugängliche Telefonzelle, über die auch jederzeit Gespräche empfangen werden können
- Jeder Patient erhält ein Taschengeld, das er selber aufbewahren und nach eigenem Ermessen ausgeben kann

Regeländerungen

- Die mobilen Patienten haben private Kleidung zum Wechseln und können täglich selber entscheiden, was sie anziehen wollen
- Die Patienten können Bad und Dusche jederzeit und unbeaufsichtigt benutzen
- Die Pavillons sind gemischtgeschlechtlich belegt und alle Veranstaltungen sind gemischtgeschlechtlich organisiert
- Die Patienten können untertags grundsätzlich jederzeit und beliebig lange Besuche empfangen
- Der Anstaltspark und Anstaltseinrichtungen, wie Sportplatz und Geschäfte sind auch für die Bewohner der Umgebung zugänglich
- Die Patienten werden dazu angehalten, ihre Versorgung möglichst selbständig und verantwortlich durchzuführen (z.B. Körperpflege) bzw. dabei mitzuhelfen (z.B. Aufdecken, Säubern)
- Patienten werden nur auf eigenen Wunsch oder wenn es medizinisch unbedingt notwendig ist, innerhalb oder zw. Pavillons verlegt
- Physische Beschränkungen der Patienten wie Netzbetten, Gurten, Zwangsjacken werden abgeschafft

Veränderung organisatorischer Arrangements verbunden mit Regeländerungen

- Mobile Patienten und ärztliches und pflegerisches Personal nehmen die Hauptmahlzeiten gemeinsam im Tagraum ein
- Mobile Patienten können in Gruppen Ausflüge in die Umgebung machen und Einkäufe in der Stadt tätigen
- Die Angehörigen und Bekannten der Patienten werden zu gemeinsamen Veranstaltungen mit den Patienten eingeladen
- Arbeitsleistungen von Patienten innerhalb der Anstalt werden angemessen bezahlt bzw. verrechnet
- Die derzeitige strenge Hierarchisierung am Pavillon wird abgebaut und alle wichtigen Entscheidungen werden gemeinsam von den betroffenen Ärzten, Chirurgen, Pflegekräften und Patienten getroffen

Veränderung organisatorischer Arrangements

- Auf dem Pavillon gibt es wöchentlich Gruppengespräche zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten, bei denen Probleme und Therapiepläne einzelner Patienten oder der Gruppe besprochen werden
- Auf dem Pavillon gibt es täglich mehrstündige Beschäftigungs- und Betätigungsprogramme, die vom Pflegepersonal und Patienten gestaltet werden (z.B. Handwerken, Musikgruppen, Kochen, Spiele)
- Auf dem Pavillon gibt es einmal im Monat eine Hausversammlung an der alle Pavillonangehörigen teilnehmen können und in der Informationen, Anregungen etc. ausgetauscht werden
- Pfleger und Ärzte lernen in Gruppengesprächen ihre eigenen Ängste und Probleme im Umgang mit Patienten besser kennen und zu kontrollieren
- Für die Patienten und das Personal werden regelmäßig und auf wechselnden Pavillons kulturelle und gesellige Veranstaltungen organisiert

⁴⁾ Vorgegebene Einstufungen der Wünschbarkeit bzw. Einführbarkeit der Reformen:

Wünschbarkeit

- 1= unbedingt notwendig
- 2= sehr wünschenswert
- 3= eher wünschenswert
- 4= eher nicht wünschenswert
- 5= nicht wünschenswert

Einführbarkeit

- 1= leicht einführbar
- 2= eher leicht einführbar
- 3= eher schwer einführbar
- 4= sehr schwer einführbar

ABBILDUNG 11: Die Einschätzung der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N=70) in Prozent

EINGESCHÄTZTE WÜNSCHBARKEIT IN % DER BEFRAGTEN

unbedingt
notwendig

sehr wün-
schenswert

eher wün-
schenswert

eher nicht
wünschenswert

nicht wün-
schenswert

VORGEGEBENE REFORMMASSNAHMEN

materielle Veränderungen

Regeländerungen

organisatorische Veränderungen

- Jeden Pat. steht ein abschließbarer Schrank zur Verfügung in dem er seine persönlichen Dinge aufbewahren kann
- Den Patienten stehen im Anstaltsgelände frei zugängliche Einkaufs-, Kommunikations- u. Freizeitmöglichkeiten z. Verfügung
- Jeder Patient erhält ein Taschengeld, das er selber aufbewahren u. nach eigenem Ermessen ausgeben kann
- Auf dem Pavillon gibt es eine allgemein zugängl. Telefonzelle, über die auch jederzeit Gespräche empfangen werden können
- Die Patienten wohnen in kleinen Zimmern und können diese nach eigenem Belieben mit persönl. Gegenständen ausstatten
- Die Patienten werden dazu angehalten, ihre Verworgung möglichst selbstständig u. verantwortlich durchzuführen (z.B. Körperpflege) bzw. dabei zuzuhelfen (z.B. Aufdecken, Saubermachen)
- Patienten werden nur auf eigenem Wunsch oder wenn es medizinisch unbedingt notwendig ist, innerhalb od. zwischen Pav. verlegt
- Die mobilen Patienten haben private Kleidung zum Wechseln u. können täglich selber entscheiden, was sie anziehen wollen
- Die Patienten können Bad und Dusche jederzeit und unbeaufsichtigt benutzen
- Die Pavillons sind gemischtgeschlechtlich belegt und alle Veran- staltungen sind gemischtgeschlechtlich organisiert
- Der Anstaltspark u. Anstaltseinrichtungen wie Sportplatz und Geschäfte sind auch für die Bewohner der Umgebung zugänglich
- Physische Beschränkungen der Patienten wie Netzbetten, Gurten, Zwangsjacken werden abgeschafft
- Die Patienten können untertags grundsätzlich jederzeit und beliebig lange Besuch empfangen
- Arbeitsleistungen von Patienten innerhalb der Anstalt werden angemessen bezahlt bzw. verrechnet
- Die derzeitige strenge Hierarchisierung im Pavillon wird abge- baut u. alle wichtigen Entscheidungen werden gemeinsam von den betroffenen Ärzten, Chirgen, Pflegern u. Patienten getroffen
- Die Angehörigen und Bekannten der Patienten werden zu gemein- samen Veranstaltungen mit den Patienten eingeladen
- Mobile Patienten können in Gruppen Ausflüge in die Umgebung machen und Einkäufe in der Stadt tätigen
- Mobile Patienten und ärztliches und pflegerisches Personal nehmen die Hauptmahlzeiten gemeinsam im Traktum ein
- Auf dem Pavillon gibt es täglich abwechslungsreiche Beschäftigungs- u. Betätigungsprogramme, die vom Pflegepersonal u. Patienten gestal- tet werden (z.B. Handwerken, Musikgruppen, Kochen, Spiele)
- Pfleger und Ärzte lernen in Gruppengesprächen ihre eigenen Ängste und Probleme im Umgang mit Patienten besser kennen und zu kontrollieren
- Auf dem Pavillon gibt es wöchentlich Gruppengespräche zwischen Ärzten, Pflegepersonal u. Patienten, bei denen Probleme u. Cha- rakteristika einzelner Patienten od. d. Gruppe besprochen werden
- Für die Patienten und das Personal werden regelmäßig und auf wechselnden Pavillons kulturelle und gesellige Veranstaltungen organisiert
- Auf dem Pavillon gibt es einmal im Monat eine Hausversammlung, an der alle Pavillonangehörigen teilnehmen können u., in der Informationen, Anregungen etc. ausgetauscht werden



Reform-
bereit-
schaft
mittel

hoch

mittel

mittel

mittel

hoch

mittel

mittel

mittel

niedrig

niedrig

niedrig

niedrig

niedrig

hoch

hoch

mittel

mittel

niedrig

hoch

hoch

hoch

hoch

hoch

hoch

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Wie variiert nun die differentielle Reformbereitschaft des Pflegepersonals mit den eingangs unterschiedenen Reformtypen ?

- Diejenigen Veränderungen, die primär eine Veränderung von organisatorischen Arrangements im Sinne therapeutischer Gemeinschaften beinhalten, erhielten durchwegs einen hohen Grad an Zustimmung.
- Sehr gemischt war die Reaktion auf Reformmaßnahmen, die sowohl eine Veränderung von bestehenden organisatorischen Arrangements als auch eine von derzeit gültigen Regeln bedeuten. Während die Bezahlung von Patientenarbeit und der Abbau der bestehenden Hierarchie begrüßt wurden, war die Beurteilung der Einladung von Patienten-Angehörigen zu Veranstaltungen und die verstärkte Möglichkeit für Patienten, die Anstalt verlassen zu können, eher umstritten. Die Aussicht, mit Patienten und Ärzten gemeinsam Mahlzeiten einnehmen zu müssen, war für die Befragten gänzlich unattraktiv.
- Fast durchwegs abgelehnt wurden Regeländerungen, welche die Freiheits- und Entscheidungsrechte der Patienten ausweiten. Lediglich eine verstärkte Selbständigkeit der Patienten in der alltäglichen Versorgung wurde gewünscht.
- Von jenen vier Reformmaßnahmen, welche gleichzeitig eine Veränderung materieller Bedingungen und eine Korrektur derzeitiger Regeln beinhalten, wurde der Ausbau und die leichtere Zugänglichkeit von Anstaltseinrichtungen fast einhellig unterstützt, die anderen Maßnahmen (Taschengeld für Patienten, Zugang zu einer Telefonzelle, kleinere und gestaltbare Patientenräume) wurden jedoch nur von einem Teil der Befragten gewünscht.
- Gleiches galt für die einzige Reform mit "rein materiellem" Inhalt, welche die Zur-Verfügung-Stellung eines Schrankes für jeden Patienten vorsieht.

Resümierend ist also eine deutliche Bevorzugung von Reforminhalten festzustellen, welche die Qualität der Arbeit des Pflegepersonals in Richtung psychotherapeutischer Tätigkeiten

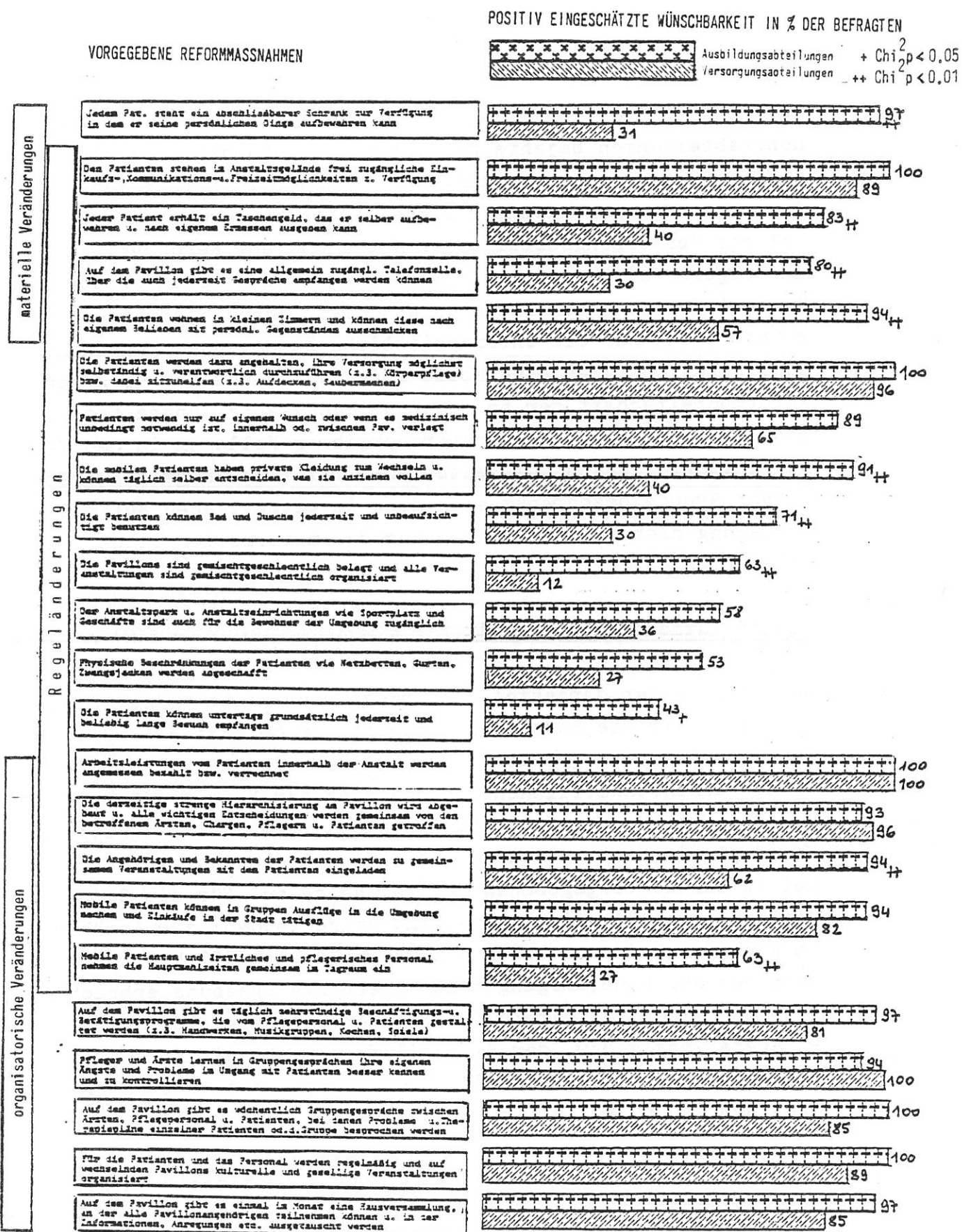
verlagern, die Autonomie dieser Personalgruppe erhöhen und damit eine Aufwertung der Position des Krankenpflegepersonals bedeuten würden. Auch Reformpunkte, welche eine Reduktion der derzeitigen Arbeitsbelastung implizieren, wurden begrüßt. Eher abgelehnt wurden dagegen Reformen, welche primär den Patienten zugute kommen, aber eventuell in ungewohnten Anforderungen an das Pflegepersonal resultieren könnten. Dies galt in besonderem Maße dann, wenn die Rechte der Patienten vergrößert werden sollten, zum Teil aber auch dann, wenn die materiellen Lebensbedingungen der Patienten verändert werden sollten.

2.2.1.2 Die Einschätzung durch typische Gruppen von Befragten

Abteilungszugehörigkeit

Wiederum sind besonders die Unterschiede zwischen dem Personal der Ausbildungsabteilungen und dem Personal der Versorgungsabteilungen deutlich ausgeprägt (ABBILDUNG 12). Die Mitglieder der Ausbildungsabteilungen waren in hohem Maße an Reformen interessiert. Bei 18 der 23 vorgegebenen Reformen sprachen sich mehr als zwei Drittel dieser Personengruppe positiv aus, nur bei einer einzigen Reform unterschritt der Zustimmungsgrad 50%. Demgegenüber gab es immerhin neun Reformmaßnahmen, die in den Versorgungsabteilungen nur von einer Minderheit unterstützt wurden. Dabei gab es kaum Differenzen nach Abteilungstyp bei den allgemein hoch akzeptierten organisatorischen Veränderungen. Die Hauptunterschiede lagen in der Bewertung von Regelveränderungen, die in der Gesamtgruppe der Befragten den niedrigsten Akzeptierungsgrad erreicht hatten. Hier, wo es vor allem um die Aufwertung der Patienten als Personen geht, war das Personal der Ausbildungsabteilungen ganz eindeutig positiver eingestellt. Auch jene Veränderungen in den materiellen Lebensbedingungen der Patienten, die in der Gesamtgruppe nur einen mittleren Akzeptierungsgrad erreichten, wurden von den Mitgliedern der Ausbildungsabteilungen fast uneingeschränkt begrüßt.

ABBILDUNG 12: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N = 35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" und "eher wünschenswert"



Zusammenfassend kann man formulieren: Das Personal der Ausbildungsabteilungen bejahte gleichermaßen Reformen, die primär den Patienten zugute kommen, und solche, die primär den eigenen Interessen entgegenkommen. Demgegenüber bevorzugte das Personal der Versorgungsabteilungen deutlich jene Reformen, die den eigenen situationsbedingten Interessen mehr entsprechen. Daß bei der festgestellten unterschiedlichen Reformbereitschaft nicht nur die unterschiedliche Zusammensetzung nach Qualifikationstypen eine Rolle spielt, ist aus der größeren Reformbereitschaft der in den Ausbildungsabteilungen beschäftigten Stationsgehilfen gegenüber der ihrer Kollegen in den Versorgungsabteilungen abzuleiten. Die relative Progressivität dieser Gruppe beschränkt sich aber im wesentlichen auf die Forderung nach einer Verbesserung der materiellen Situation der Patienten.

Qualifikationszugehörigkeit

Nach den bisher dargestellten Ergebnissen nicht weiter überraschend, war die Reformbereitschaft der befragten Schüler insgesamt weitaus am größten. Es existiert eine klare Abstufung in der durchschnittlichen Einschätzung der Reformbedürftigkeit von den Schülern über die Schuldiplomierten zur Restgruppe der Kursdiplomierten und Stationsgehilfen. Diese Rangfolge trifft bei 18 der 23 vorgegebenen Reforminhalte zu. Für die Schuldiplomierten läßt sich keine eindeutige Tendenz zur Annäherung an eine der beiden Gruppen nachweisen. Die 1977 bei den Schülern des Abschlußjahrganges durchgeführte Erhebung erbrachte Hinweise auf eine weitere Zunahme der Reformbereitschaft des Pflegepersonals bzw. der Beurteilung der derzeitigen Situation als dringend reformbedürftig. Das gesamte vorgelegte Reformprogramm wurde fast einhellig befürwortet (ABBILDUNG 13).

Die Unterschiede zwischen den drei Qualifikationstypen sind am geringsten im Bereich der organisatorischen Veränderungen, die

ABBILDUNG 13: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N=15 bzw. 15 bzw. 31 in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert" und "eher wünschenswert" und der Einschätzung durch die Schüler des 3.Jg., 1977 (N=24)

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

EINGESCHÄTZTE WÜNSCHBARKEIT IN % DER BEFRAGTEN

Schüler
 Schuldiplomierte
 Kursdiplomierte u. Stationsgehilfen

Schüler
 1977

VORGEGEBENE REFORMMASSNAHMEN

materielle Veränderungen

Regeländerungen

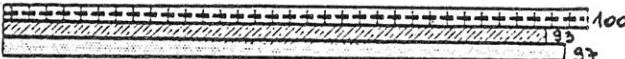
organisatorische Veränderungen

Jedem Pat. steht ein abschließbarer Schrank zur Verfügung in dem er seine persönlichen Dinge aufbewahren kann



100

Den Patienten stehen im Anstaltsgelände frei zugängliche Einkaufs-, Kommunikations- u. Freizeitmöglichkeiten z. Verfügung



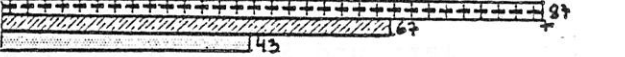
100

Jeder Patient erhält ein Taschengeld, das er selber aufbewahren u. nach eigenem Ermessen ausgeben kann



100

Auf dem Pavillon gibt es eine allgemein zugängl. Telefonsalle, über die auch jederzeit Gespräche empfangen werden können



100

Die Patienten wohnen in kleinen Zimmern und können diese nach eigenem Belieben mit persönl. Gegenständen ausstatten



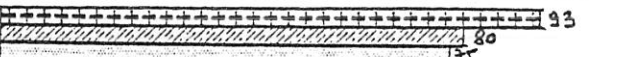
100

Die Patienten werden dazu angehalten, ihre Versorgung möglichst selbstständig u. verantwortlich durchzuführen (z.B. Körperpflege) bzw. dabei zuzuhelfen (z.B. Aufdecken, Saubermachen)



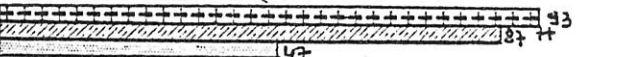
100

Patienten werden nur auf eigenem Wunsch oder wenn es medizinisch unbedingt notwendig ist, innerhalb od. zwischen Pav. verlegt



90

Die mobilen Patienten haben private Kleidung zum Wechseln u. können täglich selber entscheiden, was sie anziehen wollen



100

Die Patienten können Bad und Dusche jederzeit und unbeaufsichtigt benutzen



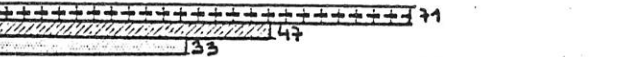
100

Die Pavillons sind gemischtgeschlechtlich belegt und alle Veranaltungen sind gemischtgeschlechtlich organisiert



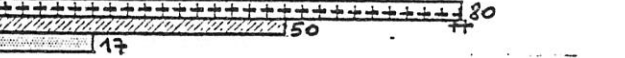
100

Der Anstaltspark u. Anstaltseinrichtungen wie Sportplatz und Geschäfte sind auch für die Bewohner der Umgebung zugänglich



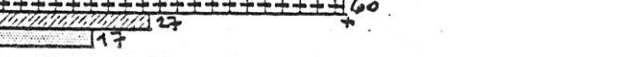
100

Physische Beschränkungen der Patienten wie Netzbetten, Gurten, Zwangsjacken werden abgeschafft



90

Die Patienten können untertags grundsätzlich jederzeit und beliebig lange Besuch empfangen



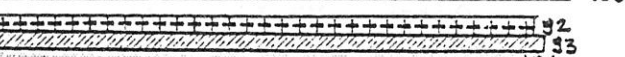
90

Arbeitsleistungen von Patienten innerhalb der Anstalt werden angemessen bezahlt bzw. verrechnet



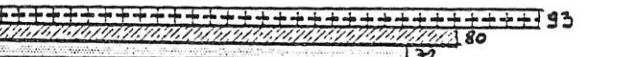
100

Die derzeitige strenge Hierarchisierung am Pavillon wird abgebaut u. alle wichtigen Entscheidungen werden gemeinsam von den betroffenen Ärzten, Chirurgen, Pflegekräften u. Patienten getroffen



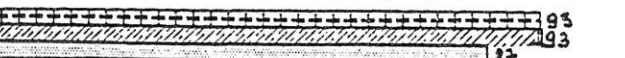
100

Die Angehörigen und Bekannten der Patienten werden zu gemeinsamen Veranstaltungen mit den Patienten eingeladen



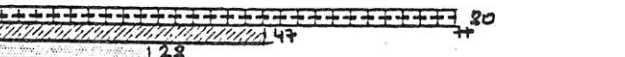
100

Mobile Patienten können in Gruppen Ausflüge in die Umgebung machen und Einkäufe in der Stadt tätigen



100

Mobile Patienten und ärztliches und pflegerisches Personal nehmen die Hauptmahlzeiten gemeinsam im Speiseraum ein



90

Auf dem Pavillon gibt es täglich mehrstündige Beschäftigungs- u. Betätigungsprogramme, die vom Pflegepersonal u. Patienten gestaltet werden (z.B. Handwerken, Musikgruppen, Kochen, Spiele)



100

Pfleger und Ärzte lernen in Gruppengesprächen ihre eigenen Ängste und Probleme im Umgang mit Patienten besser kennen und zu kontrollieren



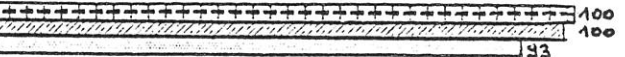
100

Auf dem Pavillon gibt es wöchentlich Gruppengespräche zwischen Ärzten, Pflegepersonal u. Patienten, bei denen Probleme u. Therapiepläne einzelner Patienten od. d. Gruppe besprochen werden



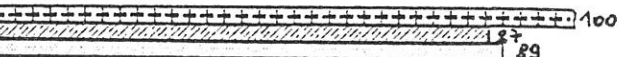
100

Für die Patienten und das Personal werden regelmäßig und auf wechselnden Pavillons kulturelle und gesellige Veranstaltungen organisiert



100

Auf dem Pavillon gibt es einmal im Monat eine Hausversammlung, an der alle Pavillonangeständigen teilnehmen können u. in der Informationen, Anregungen etc. ausgetauscht werden



100

von allen in hohem Maße begrüßt wurden. Sie sind am größten bei den primär patientenzentrierten Regeländerungen und den Verbesserungen der materiellen Situation der Patienten, die von einem Großteil der Schüler, von der Mehrheit der Diplomierten, aber nur von einer Minderheit der Restgruppe als wünschenswert bewertet wurden.

Von besonderer Bedeutung sind die Differenzen zwischen Schülern und Schuldiplomierten. Deutlich reservierter waren die Schuldiplomierten gegenüber Regeländerungen, welche eine stärkere Öffnung der Anstalt implizieren, wie Liberalisierung der Besuchszeiten und Öffnung der Anstaltseinrichtungen, oder welche die Autonomie der Patienten erhöhen, wie Einrichtung von Telefonzellen, freie Verfügung über Taschengeld und Aufhebung physischer Beschränkungen. Auch der Aussicht, mit Patienten und Ärzten gemeinsam Mahlzeiten einnehmen zu müssen, standen sie viel skeptischer gegenüber als die Schüler.

Im Vergleich zu den Schuldiplomierten ist die Reformbereitschaft der Restgruppe von Kursdiplomierten und Stationsgehilfen deutlich geringer ebenfalls primär im Bereich von Regeln, in denen sich eine akzeptierende Auffassung von der Persönlichkeit psychiatrischer Patienten manifestiert. Es waren dies: Verfügung über Taschengeld, Zugang zu einer Telefonzelle, freie Verfügung über private Kleidung, freie Benützung von Bad und Dusche, Möglichkeit zu gemischtgeschlechtlichem Kontakt, Aufhebung physischer Beschränkungen. Symmetrische Personal-Patienten-Beziehungen, z.B. bei gemeinsamen Mahlzeiten, wurden von dieser Gruppe als noch stärkere Statusbedrohung erlebt. Die Ambivalenz gegenüber der Aufwertung der Patienten ging soweit, daß auch materielle Verbesserungen - wie die Ausstattung der Zimmer mit Patientenschränken - nur mehr von der Hälfte dieser Gruppe gewünscht wurden.

Bemerkenswert ist die unterschiedslose Akzeptierung des Prinzips der Bezahlung von Patientenarbeit. Darin kommt eine deutliche Absage an die Ausbeutung benachteiligter Menschen, die "etwas leisten" zum Ausdruck. Gleichzeitig aber könnte aus der

relativ größeren Unterstützung dieser Reformmaßnahmen geschlossen werden, daß durch das Personal auch die Zuerkennung elementarer Patientenrechte an Kriterien der Normalität wie Arbeitsfähigkeit geknüpft wird.

Dauer der Institutionszugehörigkeit

Bei den Schuldiplomierten gibt es einige Hinweise für eine Abnahme der Reformbereitschaft mit zunehmender Zugehörigkeitsdauer zum Psychiatrischen Krankenhaus. Dies drückt sich einerseits in einer deutlich geringeren Einschätzung von einzelnen Reforminhalten als "unbedingt notwendig" aus. So hielt kein einziger der länger als fünf Jahre im Psychiatrischen Krankenhaus arbeitenden Schuldiplomierten die freie Verfügungsmöglichkeit der Patienten über Taschengeld für "unbedingt notwendig" - gegenüber zwei Drittel aus der Gruppe der kürzer Beschäftigten. Bei den Maßnahmen "Telefonbenutzung für Patienten", "gemeinsame Mahlzeiten mit Patienten" und "Aufhebung physischer Beschränkungen" sprach sich eine deutliche Mehrzahl der länger als fünf Jahre Beschäftigten gegen die Einführung aus, während eine ebenso deutliche Mehrzahl der kürzer Beschäftigten diese Reformen für wünschenswert hielt.

Auch in der "Restgruppe" der Nicht-Diplomierten bzw. Nicht-Schüler nimmt die Reformbereitschaft mit der Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus ab. Die noch vor der Ausbildungsreform ausgebildete Gruppe ist deutlich konservativer als die Gruppe der "neu" ausgebildeten Stationsgehilfen. Auch hier läßt sich bei den länger Beschäftigten eine lediglich gemäßigte Zustimmung zu grundsätzlich akzeptierten Reformpunkten feststellen.

Zugleich ist die Ablehnung "kritischer" Reformpunkte bei der Gruppe der Dienstälteren deutlicher ausgeprägt: Nur mehr 27% bejahten die Verteilung von Privatkleidung an die Patienten (gegenüber 69%), nur 18% die Aufstellung einer frei zugänglichen Telefonzelle (gegenüber 46%), nur 9% die Abhaltung gemeinsamer Personal-Patienten-Mahlzeiten (gegenüber 39%).

2.2.2 Die Bewertung der Einführbarkeit von Reformen

2.2.2.1 Einschätzung durch die Gesamtgruppe der Befragten

Das befragte Pflegepersonal war bezüglich der Realisierbarkeit der meisten der vorgegebenen Reformmaßnahmen pessimistisch eingestellt. Bei 18 der 23 Programmpunkte entschied sich die Mehrheit der Befragten für die Kategorien "schwer einführbar" oder "eher schwer einführbar" (ABBILDUNG 14)⁺).

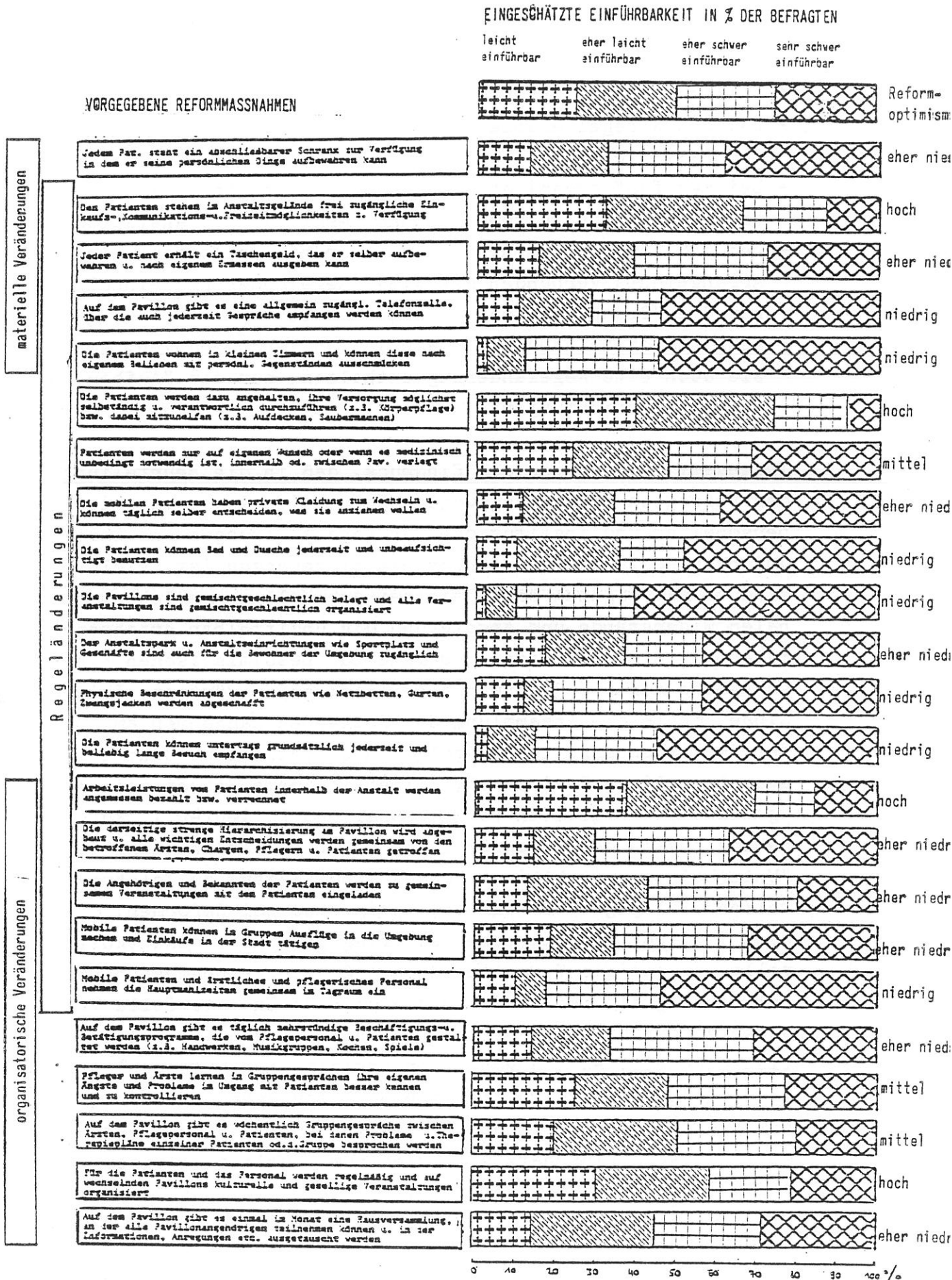
Betrachtet man die Verteilung der als unterschiedlich einführbar bewerteten Maßnahmen nach Reformtypen, so zeigt sich eine gewisse Konzentration pessimistischer Einschätzungen bei den mit Regeländerungen verbundenen Reformpunkten, während die Einführbarkeit der organisatorischen Veränderungen am häufigsten optimistisch bewertet wurde.

Allerdings ist die Variationsbreite an zugeschriebener Realisierbarkeit für die Maßnahmen innerhalb der einzelnen Reformtypen beträchtlich.

+) Es lassen sich dabei vier Kategorien von Reforminhalten mit unterschiedlich bewerteter Realisierbarkeit unterscheiden:

- Die erste Kategorie von vier Reformen wurde von etwa zwei Drittel der Befragten als "leicht" oder "eher leicht" einführbar eingeschätzt
- In der zweiten Kategorie sind die Einschätzungen hinsichtlich Einführbarkeit und Nichteinführbarkeit ausgewogen, was auf drei Reformen zutrifft
- Die dritte Kategorie bilden neun Veränderungen, die von etwa drei Fünftel der Befragten als "eher schwer" oder "schwer" einführbar bezeichnet wurden
- In der vierten Kategorie befinden sich sieben Reformen, die von der Mehrzahl der Befragten als "schwer" einführbar eingeschätzt wurden.

ABBILDUNG 14: Die Einschätzung der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N = 70) in Prozenten



Als leicht realisierbar wurden eingeschätzt:

- bei den 8 regelverändernden Reformen nur die "Anhaltung der Patienten zu selbständigerer Versorgung"
- bei den fünf organisatorischen Neuerungen lediglich die "Einführung von kulturellen und geselligen Veranstaltungen"
- bei den fünf Reformen, die eine Veränderung organisatorischer Arrangements verbunden mit einer Regeländerung beinhalten, nur die "Bezahlung von Patientenarbeit"
- schließlich bei den vier materiellen Veränderungen, sofern sie auch eine Regeländerung enthalten, nur der "Aufbau von Anstaltseinrichtungen".

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, daß in die Beurteilung der Befragten keine ausgewogene Berücksichtigung materieller, personeller und institutioneller Voraussetzungen und ihrer unterschiedlichen Veränderbarkeit eingegangen ist. Vielmehr sind es die eigenen sowie die bei den Kollegen erlebten emotionalen Widerstände und Ängste und die unmittelbar erfahrenen materiellen Restriktionen, welche zur pessimistischen Einschätzung mancher Reforminhalte Anlaß geben dürften. In diesem Sinne könnte die Ansammlung der folgenden Maßnahmen am Ende der Realisierbarkeits-Rangfolge interpretiert werden: "gemischtgeschlechtliche Pavillons", "liberalisierte Besuchszeiten", "gemeinsame Mahlzeiten von Personal und Patienten", "Aufhebung physischer Beschränkungen", "freie Badbenützung", "Unterbringung in kleinen Räumen" und "Zugang zu Telefonzellen". Demgegenüber war der Optimismus bei Reformen, die auch im direkten Interesse des Pflegepersonals sind (kulturelle und soziale Veranstaltungen, Gruppengespräche, größere Selbständigkeit der Patienten) - oder deren materielle Voraussetzungen nicht unmittelbar gesehen werden (bezahlte Patientenarbeit, Aufbau von neuen Anstaltseinrichtungen) wesentlich größer. Dort, wo die eigenen Interessen der Befragten unmittelbar mit ärztlichen Interessen konfliktieren, waren optimistische Einschätzungen wiederum deutlich seltener (therapeutische Programme unter Leitung des Pflegepersonals, Hierarchieabbau, Mitbestimmung).

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

Abteilungszugehörigkeit

Die Unterschiede zwischen Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen waren nicht stark ausgeprägt. Zudem traten sie nicht konsistent in einer Richtung auf (ABBILDUNG 15).

Mitglieder der Ausbildungsabteilungen waren optimistischer bei Reformpunkten, die materielle Verbesserungen und Regeländerungen erfordern, Mitglieder der Versorgungsabteilungen bei den organisatorischen Reformen.

Durchschnittlich waren die Angehörigen der Versorgungsabteilungen etwas pessimistischer. Berücksichtigt man die schlechteren materiellen Voraussetzungen, die größere Pflegebedürftigkeit der Patienten und die konservative Grundhaltung in den Versorgungsabteilungen, so ist dieses Ergebnis nicht unerwartet.

Auch für die zwischen den Abteilungstypen unmittelbar vergleichbare Gruppe der Stationsgehilfen läßt sich diese Tendenz nachweisen. Die Stationsgehilfen der Versorgungsabteilungen waren pessimistischer sowohl was die Einrichtung von Gruppengesprächen bzw. Hausversammlungen und die Einbeziehung von Angehörigen der Patienten betrifft, als auch bezüglich materieller Verbesserungen (kleinere Zimmer, Vorhandensein von Schränken).

Qualifikationszugehörigkeit

Zwischen den drei wesentlichen Qualifikationstypen existierten zum Teil beträchtliche Unterschiede. Die größten Differenzen ergaben sich im Vergleich zwischen Schülern einerseits und Stationsgehilfen und Kursdiplomierten andererseits. Diese beiden Gruppen unterschieden sich zum einen bei Reformen, die

ABBILDUNG 15: Vergleich der Einschätzungen der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch das Pflegepersonal der Ausbildungs- und Versorgungsabteilungen (N = 35 bzw. 35) in Prozenten der Kategorien "leicht einführbar" und "eher leicht einführbar"

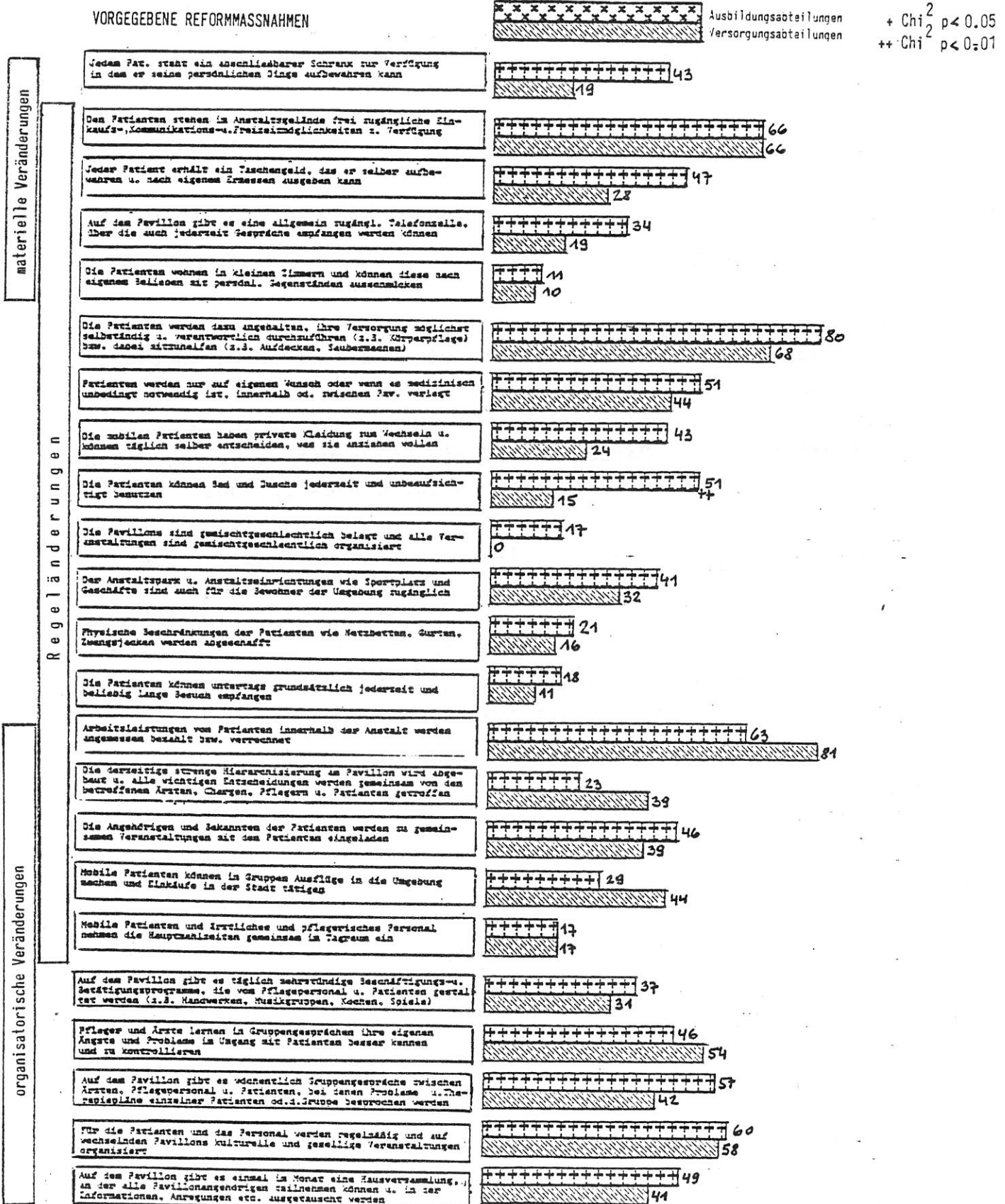


ABBILDUNG 16: Vergleich der Einschätzungen der Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler, Schuldiplomierte, Kursdiplomierte und Stationsgehilfen (N = 15 bzw. 15 bzw. 36) in Prozenten der Kategorien "leicht einführbar" und "eher leicht einführbar" und der Einschätzungen durch die Schüler des 3. Jg. 1977 (N=24)

Signifikanztests χ^2 $p < 0.05$ $p < 0.01$
 Vergleich Schüler/SchD/KO u. SHD + ++
 Vergleich Schüler 75/Schüler 77 * **
 VORGEGEBENE REFORMMASSNAHMEN

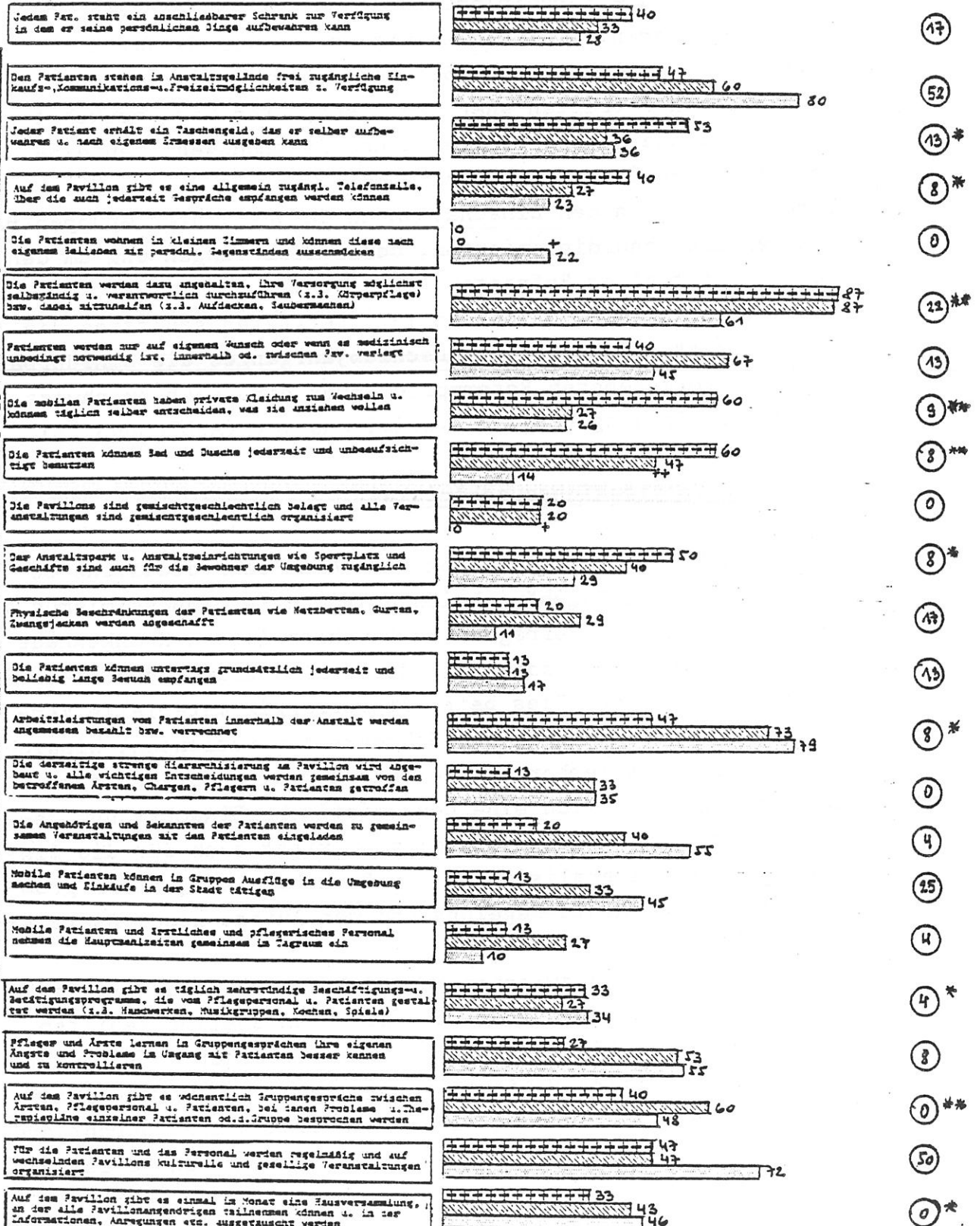
EINGESCHÄTZTE EINFÜHRBARKEIT IN % DER BEFRAGTEN

+++++ Schüler
 ++++ Schuldiplomierte
 ++++ Kursdiplomierte u. Stationsgehilfen
 Schüler 1977

materielle Veränderungen

Regeländerungen

organisatorische Veränderungen



primär Regeländerungen implizieren - dort waren die Schüler deutlich optimistischer, zum anderen bei organisatorischen Reformen, wo die Kursdiplomierten und Stationsgehilfen optimistischer waren. Die Schüler wichen von der Gesamtheit aller Befragten am stärksten ab. Sie waren dort optimistischer, wo alle anderen Befragten eher skeptisch waren und umgekehrt dort pessimistischer, wo Diplomierte und Stationsgehilfen eine leichtere Realisierbarkeit angaben.

Zumeist zwischen den Einschätzungen der genannten Gruppen rangierten die Schuldiploierten, deren Bewertungen eng um den Durchschnitt aller Befragten variieren.

Auffallend abweichend von den 1974 Befragten schätzten die 1977 befragten Schüler des Abschlußjahrganges die Einführbarkeit des vorgegebenen Reformprogrammes ein. Fast durchwegs herrschte ein ausgeprägter Pessimismus vor (ABBILDUNG 16).

Dauer der Institutionszugehörigkeit

Für die Schuldiploierten läßt sich eine sehr deutliche Beziehung zwischen Zugehörigkeitsdauer und Reformpessimismus finden: Je länger die Befragten im Psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, desto größer sahen sie die Realisierungsprobleme bei einzelnen Reformen. Dies betrifft vorrangig materielle Verbesserungen wie Kleidung und Schränke für Patienten, hinsichtlich derer Realisierbarkeit seitens der älteren Schuldiploierten ausschließlich eine pessimistische Einschätzung geäußert wurde ! Größerer Pessimismus trifft auch für die Einschätzung der Liberalisierung von Besuchszeiten, einer großzügigeren Taschengeld-Regelung und den Aufbau neuer Anstaltseinrichtungen zu.

Auch beim Vergleich zwischen Kursdiplomierten und "älteren" Stationsgehilfen bzw. "neu" ausgebildeten Stationsgehilfen läßt sich ein ähnlicher Zusammenhang an einigen Punkten aufzeigen (selbständigere Patientenversorgung, Aufbau von Anstaltseinrichtungen, Einrichtung einer Hausversammlung, Durchführung therapeutischer Programme und die Anschaffung von Patientenschränken).

2. 2. 3 Wahrgenommene Hindernisse und förderliche Bedingungen bei der Durchführung von Reformen

Zwei der offen gestellten Fragen bezogen sich auf bestehende Hindernisse und förderliche Bedingungen bei der Realisierung der vorgegebenen Reformen. Die Antworten sind in TABELLE 42 zusammengefaßt.

TABELLE 42: Hindernisse für die Durchführung von Reformen ⁺⁾⁺⁺⁾

Art des genannten Hindernisses ⁺⁺⁾	Abteilungstyp		gesamt
	Ausbildung	Versorgung	
Interne Strukturen			
- materielle	26%	29%	27%
- personelle	51%	58%	54%
- quantitativ	37%	29%	34%
- qualitativ	29%	46%	36%
-institutionelle	54%	42%	49%
Inputs			
- Geld	51%	29%	42%
- Patienten	37%	42%	39%
- quantitativ	6%	-	3%
- qualitativ	34%	42%	37%
Umweltstrukturen (Öffentlichkeit)	11%	-	7%
keine Antwort	6%	13%	8%
N=	(35)	(24)	(59)
nicht befragt		(11)	(11)

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

++) "Es gibt eine Reihe von Reformen, die Sie für wichtig halten und die hier noch nicht durchgeführt wurden. Welche hauptsächlichsten Hindernisse gibt es für die Durchführung solcher Reformen ? Und welche derzeit bestehenden Bedingungen könnten sich auf die Durchführung solcher Reformen günstig auswirken ?"

++) Die Antworten auf die Frage nach Hindernissen wurden kategorisiert als "ungünstige" Strukturen oder als mangelnde "inputs". Bestehende Strukturen wurden wieder unterteilt in materielle, personelle und institutionelle Voraussetzungen bzw. "inputs" in Geld, Personal und Patienten. Bei den Antworten, die sich auf das Personal bezogen, waren die Kategorien "input" und Struktur kaum zu unterscheiden. Da zumeist auf den bestehenden Personalmangel und auf Merkmale des vorhandenen Personals verwiesen wurde, sind diese Antworten zur Gänze unter den strukturellen Bedingungen eingeordnet worden. Umgekehrt sind Patientenanzahl und Patientenmerkmale als input kategorisiert, obwohl gewisse Patientenmerkmale durch bestehenden Strukturen miterzeugt sind.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten nannte bestehende personelle Voraussetzungen als Haupthindernis für Reformen. Quantitative und qualitative Personalprobleme wurden ungefähr gleich häufig genannt. Als qualitative Personalprobleme wurden häufiger ungünstige Einstellungen zum Patienten und Interessen an der Konservierung des Bestehenden angeführt als mangelnde Fähigkeiten. Konservative Tendenzen wurden v.a. bei den Ärzten, Chargen und beim altgedienten Pflegepersonal gesehen. So meinte eine Schwester der Versorgungsabteilung: "Hierarchisierung abschaffen? - Die Spitzen wollen doch nicht" (VF, 02)

Und ein Schüler des Männerpavillons:

"Ärzte und Oberpfleger setzen keine Initiativen" (AM, 15).

Die derzeit existierenden institutionellen Strukturen führten ebenfalls die Hälfte der Befragten als Reformhindernis an. Im einzelnen wurden die eingespielte Hierarchie, die Art der Arbeitsteilung und Diensteinteilung, der Mangel an kooperativen Strukturen sowie die derzeitige Art der Patientenverteilung nach Zufall erwähnt. Ein Kurs-Diplomierter der Männer-Versorgungsabteilung faßte das so zusammen:

"Man hat als Pfleger auch zu wenig Einsicht. Andererseits werden Vorschläge oft nicht angehört und man resigniert" (VM, 20)

Unter den bestehenden Strukturen wurden materielle Gegebenheiten von einer relativ kleinen Zahl von Befragten als vorrangiges Hindernis eingeschätzt; etwa ein Viertel der Befragten nannte solche Bedingungen - vor allem ungünstige Raumverhältnisse.

Unter den "inputs" hatten fehlendes Geld und ungünstige Patientenmerkmale ungefähr den gleichen Stellenwert als wahrgenommenes Reformhindernis. Jeweils etwa zwei Fünftel der Befragten verwiesen auf den Mangel an Geldmitteln - v.a. relativ zu den anderen Krankenhäusern - und auf den für Reformen ungünstigen körperlichen oder psychischen Zustand der Patienten. Besonders die Fehlplatzierung alter Menschen im Psychiatrischen Krankenhaus wurde häufig angesprochen.

Oft wurden aber auch Charakteristika genannt, die psychisch Kranken ganz allgemein zugeschrieben werden, wie Selbstgefährdung und Unzurechnungsfähigkeit. Antworten dieser Art waren etwa:

"Patienten sind eben geisteskrank und teilweise ganz entmündigt" (AM, 10)

"Netzbetten kann man nicht abschaffen, sie sind auch Selbstschutz" (AM, 17)

"Gemischtgeschlechtlichkeit ist unmöglich, Patienten sind geistig abnormal, ihre Überwachung wäre zu schwierig" (VM, 17)

"Schizophren bleibt schizophren" (AM, 16).

Systematische Unterschiede nach Abteilungstypen lassen sich kaum auffinden. Das Personal der Ausbildungsabteilungen verwies nachdrücklicher auf die finanzielle Benachteiligung des Psychiatrischen Krankenhauses.

Die Antworten auf die Frage nach derzeit bestehenden Bedingungen, welche sich auf Reformen günstig auswirken könnten, offenbaren mit großer Deutlichkeit, wie skeptisch das Pflegepersonal die bestehenden Verhältnisse beurteilte, wie pessimistisch bestehende Ansätze betrachtet wurden und wie sehr grundlegende Neuerungen für erforderlich gehalten wurden (TABELLE 43).

Drei Fünftel aller Befragten konnten keine förderlichen Bedingungen angeben oder verneinten, daß es solche gäbe.

Von den "Optimisten" wurde vor allem auf bestehende bzw. im Aufbau befindliche Institutionen wie Rehabilitationsabteilung und Abteilungen mit gemischtem Personal, auf begonnene Renovierungsarbeiten, auf vorhandene Parkanlagen und Gebäude sowie auf den Personalnachwuchs hingewiesen.

TABELLE 43: Reformförderliche Bedingungen in der jetzigen Situation des Psychiatrischen Krankenhauses

Art der Antwort	Abteilungstyp		gesamt
	Ausbildung	Versorgung	
keine Antwort/ ablehnende Antwort	57%	67%	61%
positive Antwort	43%	33%	39%
zusammen	100%	100%	100%
N=	(35)	(24)	(59)
nicht befragt		(11)	(11)

2.2.4 Das Verhältnis zwischen wahrgenommener Reformbedürftigkeit und zugeschriebener Realisierbarkeit von Reformen

Bei Betrachtung der beiden Aspekte auf der Ebene der Gesamtgruppe der Befragten zeigt sich ein tendenziell positiver Zusammenhang zwischen erlebter Reformbedürftigkeit und zuerkannter Reformierbarkeit: Je stärker eine Reform gewünscht wurde, desto eher wurde sie für realisierbar gehalten (ABBILDUNG 17). Trotz dieser "Harmonisierung" kommt es aufgrund der stark ausgeprägten Reformbereitschaft bei gleichzeitigem Pessimismus bezüglich der Realisierbarkeit zu erheblichen Diskrepanzen. Von jenen 13 Reformen, die von mehr als drei Viertel der Befragten gewollt wurden, wurden zugleich acht von der Mehrheit als schwer realisierbar eingeschätzt.

Die Diskrepanzen sind für die Gruppe der Schüler am ausgeprägtesten. Ihre Reformbereitschaft war außergewöhnlich hoch, gleichzeitig hielten sie einige der von ihnen für vordringlich gehaltenen Reformpunkte für kaum realisierbar. Diese Diskrepanz steigert sich bei den 1977 befragten Schülern zu einer unüberbrückbar erscheinenden Polarität: Der lückenlosen Akzeptierung des vorgegebenen Reformprogrammes steht ein ebenso durchgehender Skeptizismus in bezug auf die Einführbarkeit gegenüber (ABBILDUNG 18).

ABBILDUNG 17: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit und Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch die Gesamtgruppe der Befragten (N = 70) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert", "eher wünschenswert" bzw. "leicht einführbar", "eher leicht einführbar"

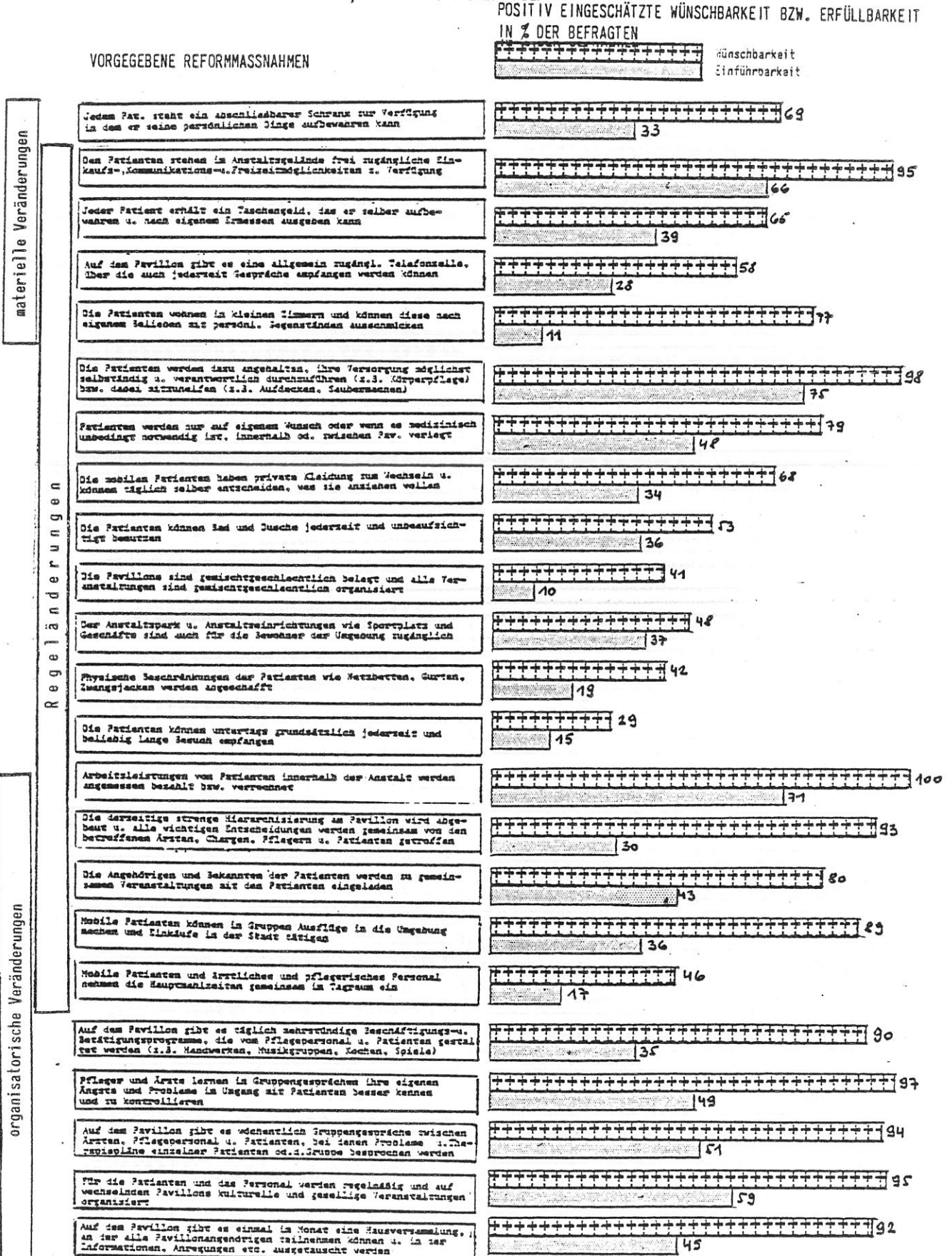


ABBILDUNG 18: Vergleich der Einschätzungen der Wünschbarkeit und Einführbarkeit ausgewählter Reformen für das Psychiatrische Krankenhaus durch Schüler 1975 (N=15) und Schülern des 3.Jg. 1977 (N=24) in Prozenten der Kategorien "unbedingt notwendig", "sehr wünschenswert", "eher wünschenswert" bzw. "leicht einführbar", "eher leicht einführbar"

POSITIV EINGESCHÄTZTE WÜNSCHBARKEIT BZW. EINFÜHRBARKEIT IN % DER BEFRAGTEN SCHÜLER

VORGEGEBENE REFORMMASSNAHMEN

Wünschbarkeit
Einführbarkeit

Schüler
1975

Schüler
1977

materielle Veränderungen

Regeländerungen

organisatorische Veränderungen

VORGEGEBENE REFORMMASSNAHMEN	Wünschbarkeit	Einführbarkeit	Schüler 1975	Schüler 1977
Jedem Pat. steht ein abschließbarer Schrank zur Verfügung in dem er seine persönlichen Dinge aufbewahren kann	100	40	100	100
Den Patienten stehen im Anstaltsgelände frei zugängliche Einkaufs-, Kommunikations- u. Freizeitmöglichkeiten z. Verfügung	100	47	100	100
Jeder Patient erhält ein Taschengeld, das er selber aufbewahren u. nach eigenem Ermessen ausgeben kann	100	13	100	100
Auf dem Pavillon gibt es eine allgemein zugängl. Telefonzelle, über die auch jederzeit Gespräche empfangen werden können	87	40	100	100
Die Patienten wohnen in kleinen Zimmern und können diese nach eigenem Belieben mit persönl. Gegenständen ausstatten	93	0	100	100
Die Patienten werden dazu angehalten, ihre Versorgung möglichst selbstständig u. verantwortlich durchzuführen (z.B. Körperpflege) bzw. dabei mitzuhelfen (z.B. Aufdecken, Saubermachen)	100	87	100	100
Patienten werden nur auf eigenen Wunsch oder wenn es medizinisch unbedingt notwendig ist, innerhalb od. zwischen Pav. verlegt	93	40	96	96
Die weiblen Patienten haben private Kleidung zum Wechseln u. können täglich selber entscheiden, was sie anziehen wollen	93	60	100	100
Die Patienten können Bad und Dusche jederzeit und unbeaufsichtigt benutzen	80	60	100	100
Die Pavillons sind gemischtgeschlechtlich belegt und alle Veranstellungen sind gemischtgeschlechtlich organisiert	73	20	100	100
Der Anstaltspark u. Anstaltseinrichtungen wie Sportplatz und Geschäfte sind auch für die Bewohner der Umgebung zugänglich	71	50	100	100
Physische Beschränkungen der Patienten wie Netzbetten, Gurten, Zwangsjacken werden abgeschafft	80	20	96	96
Die Patienten können untertags grundsätzlich jederzeit und beliebig lange Besuch empfangen	60	13	96	96
Arbeitsleistungen von Patienten innerhalb der Anstalt werden angemessen bezahlt bzw. verrechnet	100	47	100	100
Die derzeitige strenge Hierarchisierung am Pavillon wird abgebaut u. alle wichtigen Entscheidungen werden gemeinsam von den betroffenen Ärzten, Chargen, Pflegern u. Patienten getroffen	93	13	100	100
Die Angehörigen und Bekannten der Patienten werden zu gemeinsamen Veranstaltungen mit den Patienten eingeladen	93	20	100	100
Mobile Patienten können in Gruppen Ausflüge in die Umgebung machen und Einkäufe in der Stadt tätigen	93	13	100	100
Mobile Patienten und ärztliches und pflegerisches Personal nehmen die Hauptmahlzeiten gemeinsam im Tagraum ein	80	13	96	96
Auf dem Pavillon gibt es täglich mehrstündige Beschäftigungs- u. Betätigungsprogramme, die vom Pflegepersonal u. Patienten gestaltet werden (z.B. Handwerken, Musikgruppen, Kochen, Spiele)	100	33	100	100
Pfleger und Ärzte lernen in Gruppengesprächen ihre eigenen Ängste und Probleme im Umgang mit Patienten besser kennen und zu kontrollieren	93	27	100	100
Auf dem Pavillon gibt es wöchentlich Gruppengespräche zwischen Ärzten, Pflegepersonal u. Patienten, bei denen Probleme u. Therapiepläne einzelner Patienten od. d. Gruppe besprochen werden	100	40	100	100
Für die Patienten und das Personal werden regelmäßig und auf wechselnden Pavillons kulturelle und gesellige Veranstaltungen organisiert	100	47	100	100
Auf dem Pavillon gibt es einmal im Monat eine Hausversammlung, an der alle Pavillonangehörigen teilnehmen können u. in der Informationen, Anregungen etc. ausgetauscht werden	100	33	100	100

Teil V: REFORMPROGRAMM

Die Patientenversorgung im Psychiatrischen Krankenhaus und ihre strukturellen Voraussetzungen sind dringend reformbedürftig. Dies folgt aus den Beobachtungen und Analysen der wissenschaftlichen Untersuchungen ebenso wie aus den Einschätzungen des befragten Pflegepersonals.

Die Analyse der Voraussetzungen hat allerdings auch gezeigt, daß die bestehende Versorgung durch ein komplexes Bündel von einzelnen und zusammenwirkenden Faktoren bestimmt ist, so daß kein einfacher Eingriff, sondern nur eine entsprechend differenzierte, schrittweise zu realisierende Reform Abhilfe erbringen könnte. Eine solche Reform muß in Übereinstimmung mit grundsätzlichen Reformzielen Strategien verfolgen, durch welche diese Ziele unter Berücksichtigung der bestehenden Möglichkeiten und Restriktionen am ehesten erreicht werden können, sowie Maßnahmen spezifizieren, die eine Realisierung der Ziele innerhalb der gewählten Strategie zu sichern imstande sind.

Das hier vorgelegte Reformprogramm stellt eine erste Diskussionsgrundlage dar. Es bedarf weiterer Konkretisierung und Ausarbeitung, die am besten von einer "Reformkommission" geleistet werden könnte, in welcher die relevanten Berufsgruppen des Krankenhauses, der Krankenhausträger, Vertreter relevanter Interessensgruppen sowie unabhängige Experten vertreten sein sollten.

Die Verbesserung der Bedürfnisgerechtigkeit der Patientenversorgung und damit in Zusammenhang auch eine Veränderung der Arbeitssituation des Personals, eine Neubestimmung der Funktion des Psychiatrischen Krankenhauses sowie eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung im Wiener Raum, legen die Formulierung von drei Reformzielen nahe. Diese lauten geordnet nach ihrer Dringlichkeit und Komplexität bzw. nach der Radikalität und Realisierbarkeit der notwendigen Maßnahmen:

A. Basissanierung und Humanisierung des Psychiatrischen Krankenhauses

Das heißt im einzelnen:

- Anhebung der derzeitigen Versorgungsniveaus von Patienten- grundbedürfnissen auf ein menschenwürdiges und gesundheits- politisch vertretbares Niveau
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Personals, insbe- sonders des Pflegepersonals, in Richtung auf eine professio- nell organisierte Tätigkeit.

B. Ermöglichung und Realisierung einer therapeutisch-rehabili- tativen Zielsetzung im Psychiatrischen Krankenhaus

Das heißt im einzelnen:

- Veränderung der faktischen Zielsetzung von Verwahrung und Kontrolle zu Behandlung und Rehabilitation
- Realisierung einer bedürfnisgerechten, auf die einzelnen Krankheitsformen und -phasen abgestimmten, planvoll ko- ordinierten und kontinuierlich evaluierten Therapie und Rehabilitation für alle Patienten
- Verbesserte Auswahl, Aus- und Fortbildung des Personals, vermehrte Rekrutierung von spezifisch qualifiziertem Per- sonal
- Qualifizierter Einsatz des Personals durch Umstrukturierung und Ergänzung der derzeitigen Arbeitsinhalte und Arbeits- beziehungen in Richtung einer multiprofessionell organi- sierten Teamarbeit.

C. Überführung des Psychiatrischen Krankenhauses in ein sektorisiertes Versorgungssystem für Wien

Das heißt im einzelnen:

- Leicht zugängliche, frühzeitig angebotene, bedürfnisgerecht spezialisierte und kontinuierliche Beratung, Behandlung und Rehabilitation der Patienten im psychiatrischen Ver- sorgungssystem

- "Sektorisierung" aller psychiatrischen Versorgungsangebote in überschaubaren geographischen und sozialen Räumen
- Erweiterung der vor- und nachstationären Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, Anordnung in einem "therapeutischen Netz"
- Überführung der beiden psychiatrischen Krankenhäuser der Gemeinde Wien in psychiatrische Abteilungen an Allgemeinspitälern und gemeindenahe Wohnheime
- Neubestimmung der Funktion stationärer Einrichtungen im Sektor.

1. Reformziel A: Basissanierung und Humanisierung des Psychiatrischen Krankenhauses

1.1 Ausgangslage

Die Beschreibung der z.Z. weitgehend inhumanen Patientenversorgung und der ihr zugrundeliegenden Voraussetzungen, die zugleich einen Eindruck über die situativen Zwänge der Arbeit des Personals vermitteln, ist das Hauptthema dieses Berichtes und bedarf hier keiner weiteren Ausführungen (vgl. ÜBERSICHT 3 und 4).

An dieser Stelle soll eine thesenhafte Charakterisierung der Versorgungs-Voraussetzungen erfolgen, die im Anhang vorwiegend tabellarisch dargestellt sind⁺. Die beträchtliche Diskriminierung der psychiatrischen Anstalten wird durch einen Vergleich mit anderen stationären Versorgungseinrichtungen sowie durch eine zeitliche Längsschnittanalyse deutlich.

A. Patienten

a. Die Anzahl der im Psychiatrischen Krankenhaus versorgten Patienten hat sich zwischen 1949 und 1976 ca. um die Hälfte vermehrt. Der Patientenstand am Jahresende stieg relativ kontinuierlich von ca. 2000 auf ca. 3100 Patienten an. Eine ähnlich starke Steigerung ist für die jährlichen Zugänge festzustellen, die von ca. 3700 auf ca. 5400 anwuchsen. Entsprechend haben sich auch die Abgänge erhöht.

b. Zu Veränderungen in der Struktur der versorgten Patienten lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Die Geschlechterproportion im Stand ist derzeit nahezu ausgeglichen mit einem leichten Übergewicht der Männer, während bis 1971 die Frauen zunächst beträchtlich, in späteren Jahren geringfügiger überwogen; demgegenüber sind bei Zugängen und Abgängen die weiblichen Patienten deutlich stärker vertreten.

+) vgl. v.a. Tab. A.1 - A.6, A.9 - A.13, A.29 - A.35

- Mit geringen Schwankungen um die 60%-Marke ist der Anteil der Erstaufnahmen an den Aufnahmen relativ konstant
- Ebenso gibt es wenig Variation um den Anteil von ca. 20% Sterbefällen bei den Abgängen
- Geringfügig angestiegen ist zwischen 1968 - 1976 die Rate der freiwilligen Zugänge von 8% auf 12%
- Relativ dramatisch gewachsen ist der Prozentsatz von Aufnahmen aus anderen Anstalten von 8% auf 26%.

B. Personal

Betrachtet werden konnte die Entwicklung für die Jahre 1963-1976. Praktisch alle wesentlichen Personalkategorien sind in diesem Zeitraum stärker als der Stand oder die Zugänge der Patienten angewachsen. Verglichen mit den Personalveränderungen für alle österreichischen Krankenhäuser im gleichen Zeitraum muß jedoch gesagt werden, daß der Ärztestand im PK relativ geringer anstieg (60% gegenüber 74%) und das Pflegepersonal nicht nur insgesamt geringer anstieg (27% gegenüber 96%), sondern sich auch gleichzeitig hinsichtlich der Zusammensetzung nach der Ausbildung verschlechterte: Während bezogen auf 1963 in allen österreichischen Krankenanstalten das diplomierte Krankenpflegepersonal um 20% anstieg, hat es sich im Psychiatrischen Krankenhaus um 39% vermindert, d.h. der geringfügige Pflegepersonalanstieg im PK geht auf die starke Zunahme der weniger qualifizierten Stationsgehilfen(innen) zurück.

C. Personal-Patientenrelation

Vergleiche konnten aufgrund der Datenlage für die drei Zeitpunkte - 1964, 1969 und 1974 - angestellt werden. In diesem Zeitraum hat sich zwar die durchschnittliche Patienten-Personal-Relation (mit Ausnahme des diplomierten Pflegepersonals) im Psychiatrischen Krankenhaus etwas verbessert, aber die Unterprivilegierung im Vergleich zu Allgemeinen Krankenanstalten in Wien hat sich nur sehr geringfügig vermindert. Für das Jahr 1974 kamen im Psychiatrischen Krankenhaus, 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 insgesamt 3,5 gegenüber 1,8, auf einen Angehörigen des diplomierten Pflegepersonals 5,8 gegenüber 2,7, auf einen Angehörigen des Küchenpersonals 54 gegenüber 17 Patienten.

D. Finanzen

Hinsichtlich der Ausgaben und Investitionen hat sich in der betrachteten Zehnjahresperiode, bei einem absoluten Ansteigen der Beträge, die relative Position des Psychiatrischen Krankenhauses weiter verschlechtert. Im Jahre 1974 wurden, bezogen auf einen verrechneten Krankenpflegetag, im Psychiatrischen Krankenhaus verglichen mit dem Durchschnitt aller Allgemein-Spitäler in Wien ausgegeben:

insgesamt 290.- öS gegenüber 873.- öS, für Personalaufwand 158.- öS gegenüber 486.- öS, für ärztliche Erfordernisse 15.- öS gegenüber 134.- öS, für Verköstigung 21.- öS gegenüber 28.- öS, für Hauserfordernisse, Instandsetzung der Gebäude und Anlagen 6.- öS gegenüber 22.- öS, für Beheizung, Beleuchtung, Stromkosten 10.- öS gegenüber 22.- öS, für Kleider und Wäsche 10.- öS gegenüber 132.- öS. Gewiß entsprechen den geringeren Ausgaben im Psychiatrischen Krankenhaus auch geringere Einnahmen, aber der Abstand zu den allgemeinen Spitälern ist viel weniger dramatisch als bei den Ausgaben. Einnahmen von 308.- öS pro verrechneten Krankenpflegetag im Psychiatrischen Krankenhaus im Jahre 1974 stehen durchschnittlich 434.- öS in allen Wiener Allgemein-Spitälern gegenüber. Dementsprechend unterschiedlich war im Jahre 1974 der Betriebsabgang pro Krankenpflegetag, nämlich durchschnittlich 439.- öS in den Allgemein-Spitälern gegenüber einem Überschuß von 19.- öS im Psychiatrischen Krankenhaus.

Allein diese wenigen Daten illustrieren wohl ausreichend, daß die Patientenversorgung im Psychiatrischen Krankenhaus unter absolut wie relativ besonders ungünstigen personellen und finanziellen Rahmenbedingungen geleistet werden muß.

1.2 Reformstrategien

Die Dringlichkeit des Reformziels erfordert eine Konzentration der Veränderungen auf relativ kurzfristig beeinflussbare Versorgungsvoraussetzungen.

Drei hauptsächliche Strategien sind notwendig:

- a. Eine Verbesserung der materiellen Grundlagen der Versorgung
- b. Eine Veränderung des Personal- Patientenverhältnisses in qualitativen und quantitativen Aspekten
- c. Eine Veränderung von Regeln und Normen sowie ihrer Kontrolle

Diesen Strategien entsprechen folgende Maßnahmen:

ÜBERSICHT 6: Vorgeschlagene Strategien und Maßnahmen zur Erreichung des Reformzieles "Basissanierung und Humanisierung des Psychiatrischen Krankenhauses"

S t r a t e g i e n		
a. Verbesserung der materiellen Grundlagen der Versorgung	b. Verbesserung des Personal-Patienten-Verhältnisses	c. Veränderung von Regeln, Normen und Kontrollmechanismen
a.1 Vornahme materieller Investitionen a.2 Erhöhung laufender Aufwendungen	b.1 Qualitative Verbesserung durch organisatorische Veränderungen b.1.1 Schaffung überschaubarer Einheiten b.1.2 Schaffung relativ stabiler Personal-Patienten-Zuordnungen b.1.3 Aufhebung der Geschlechtertrennung bei Personal und Patienten b.2 Verbesserung der Quantität und Zusammensetzung des Personals b.2.1 Reduktion der Abwanderung qualifizierten Pflegepersonals b.2.2 Einschränkung des Einsatzes unqualifizierten Pflegepersonals bei der Patientenversorgung b.2.3 Anhebung des Personalstandes beim nicht-pflegerischen Hilfspersonal b.3 Verminderung der Patientenzahl durch Reduktion von Fehlplatzierungen	c.1 Neudefinition des Patientenstatus bzw. der Patientenrechte c.2 Erweiterung bzw. Etablierung von internen und externen Kontrollmöglichkeiten

1. 3 Reformmaßnahmen

a. Verbesserung der materiellen Grundlagen der Versorgung

a.1 Vornahme materieller Investitionen

Ohne die Vornahme entsprechender materieller Investitionen im Psychiatrischen Krankenhaus lassen sich menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht herstellen.

Schwerpunkte eines Investitionsprogramms müssen sein:

- . Verkleinerung der Krankenzimmer auf max. 6 Betten
(derzeit entspricht nur ein Viertel der Bettenkapazität dieser Anforderung) durch Umbauten, Einziehen von Trennwänden und Umwidmung von Räumen
- . Vermehrung und modernere Gestaltung von Bädern und Toiletten mit entsprechenden Abschirmungen; Entfernung der Toiletten und Badewannen aus den Krankenzimmern
- . Anschaffung einer Minimalausstattung von ansprechendem Bett, Nachtkästchen und Schrank für jeden Krankenhausplatz
- . Wohnliche Gestaltung der Tagesräume durch Anschaffung bequemer Sitzmöbel, Auflage von Teppichböden, Anbringung von Vorhängen und Bildern, etc.
- . Schaffung einer angemessenen Grundausrüstung mit Krankenhausgeräten bzw. -hilfsmitteln
(eine detailliertere und bedürfnisspezifisch zugeordnete Aufzählung findet sich in ÜBERSICHT 8 am Ende dieses Abschnittes).

a.2 Erhöhung laufender materieller Aufwendungen

Dies ist insbesondere notwendig bei:

- . Kleidung (Anschaffung von Alltagskleidung)
- . Essen (Verbesserung der Qualität und Variation; teilweise Erneuerung des Eßgeschirrs)
- . Mitteln zur Körperpflege (Grundausrüstung mit Zahnbürste, Zahnpasta, Seife und Kamm für jeden Patienten; Anschaffung von Rasierapparaten, Handtüchern und Waschlappen)
- . Informationsmitteln, Beschäftigungsmaterial
(eine detailliertere und bedürfnisspezifisch zugeordnete Aufzählung findet sich in ÜBERSICHT 8 am Ende dieses Abschnittes).

Quantitative Richtwerte für die einzelnen Maßnahmen sollten sich an international anerkannten Normen im Krankenhauswesen oder an österreichischen Richtlinien orientieren. Empfehlungen zu qualitativen Maßnahmen könnten durch die vorgeschlagene Reformkommission erfolgen.

b. Verbesserung des Personal-Patienten-Verhältnisses

b.1 Qualitative Verbesserung durch organisatorische Veränderungen

b.1.1 Schaffung überschaubarer Einheiten

Die derzeitige Organisationsform der Versorgung auf Pavillon-ebene mit durchschnittlich mehr als 100 Betten⁺ ist eine der wesentlichen Bedingungen auf die Entpersönlichung und Anonymisierung der Personal-Patient-Beziehungen, die Uniformierung des Umgangs und die bürokratischen Züge der Patientenbehandlung. Nach internationalen Erfahrungen bei der Reform von Großkrankenhäusern ist die Bildung von überschaubaren Unter-einheiten (Stationen) mit 20 - 30 Betten eine grundlegende Voraussetzung für eine neue, menschlichere und therapeutisch effektivere Beziehung zwischen Personal und Patienten.

b.1.2 Schaffung relativ stabiler Personal-Patienten-Beziehungen

Wie im Analyseteil ausführlich dargestellt, entsteht durch die derzeitige Organisationsform eine ständig wechselnde Zuordnung von Personal und Patienten bzw. zwischen verschiedenen Personalangehörigen, sodaß die für eine patientenzentrierte Pflege notwendigen persönlichen Beziehungen zwischen Personal und Patienten sowie die für eine sorgfältige Behandlung unerläßliche Zusammenarbeit des Personals nicht möglich sind.

Das im folgenden vorgeschlagene Organisationsmodell garantiert für die vorgeschlagenen Untereinheiten (Stationen) eine relativ stabile Personalzusammensetzung, bei gleichzeitiger weit-

⁺ z.Z. gibt es - bei Ausklammerung des Rehabilitationszentrums und der Abteilung für psychisch kranke Rechtsbrecher - 24 Abteilungen mit 2560 Betten = 107 Betten/Abteilung

gehender Beibehaltung jener Charakteristika der Diensterteilung, die von der Mehrheit des Pflegepersonals bevorzugt werden. Im wesentlichen beruht das vorgeschlagene Modell auf einem 6-er Radel, dessen Dienstabfolge allerdings - um eine stabile Personalzuordnung auf Stationsebene im Gegensatz zur bisherigen patientenfeindlichen Rotation im ganzen Pavillon zu erreichen - leicht modifiziert wurde, und zwar wie folgt:

von:	zu:
Tagdienst	Tagdienst
freier Tag	Tagdienst
Tagdienst	Nachtdienst
Nachtdienst	Schlaftag
Schlaftag	freier Tag
freier Tag	freier Tag

Für das Personal heißt das einen größeren Freizeitblock einerseits, aber auch die Aufgabe des fragwürdigen Prinzips: "Keine zwei Tage Dienst im Psychiatrischen Krankenhaus".

ÜBERSICHT 7; Organisationsmodell für die pflegerische Versorgung eines Pavillons
mit 4 Stationen hinsichtlich Stand, Dienstenteilung, tatsächliche Anwesenheit

PRO PAVILLON MIT 4 STATIONEN

Stand	Dienstenteilung (jeden Wochentag) (jeden 2.Tag)	Tatsächlich anwesend; wochent. Sa So/Fe nachts (im Durchschnitt)
1 Oberpfleger/schwester		1 - -
2 Stellvertreter(innen)		1 1 -
<u>PRO STATION</u>		
Stand:		
4 1 Stationspfleger/schwester ⁺⁺	(jeden Wochentag)	1 - -
12 3 Pfleger/Schwester ⁺⁺⁺	(modifiziertes 6-Radl) ⁺	1 1 1/2
6 1 1/2 "Springer"	(modifiziertes 6-Radl) ⁺	1/2 1/2 1/2
		2 1/2 1 1/2 1
25		12 7 4

- +) Dienstabfolge: TD-TD-ND-F-FF
 ++) Ausbildungserfordernis: Diplom einer Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege
 +++) Ausbildungserfordernis: abgeschlossene Krankenpflege- oder SHD-Ausbildung

Der Personalbedarf dieses Modells liegt mit 25 Personen pro Abteilung leicht über dem im Dezember 1977 vorhandenen durchschnittlichen Personalstand von 24.3 Pflegepersonen pro Abteilung⁺⁺. Das Modell wäre somit bereits auf der Basis des für 1979 geplanten Personalstandes praktikierbar.

Körperlich pflegebedürftige Patienten sollten - um eine gerechte Verteilung der körperlich belastenden Pflege Tätigkeiten zu erzielen - innerhalb des Pavillons nicht auf einer Station konzentriert werden, sondern gleichmäßig auf die Stationen verteilt werden, wobei die Zimmer einer Station nach unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit der Patienten differenziert sein könnten.

Verlegungen von Patienten sollten nur unter therapeutischen Gesichtspunkten und mit ausdrücklicher Genehmigung des behandelnden Arztes erfolgen. Personalversetzungen sollten soweit als möglich vermieden werden.

Für die praktische Ausbildung der Lernpfleger(-schwestern) hätte das vorgeschlagene Organisationsmodell den Vorteil, daß jeder Stationspfleger bzw. -schwester ("neuen Typs") eine intensive und individualisierte praktische Einschulung von (durchschnittlich) ein bis zwei Schülern (Schülerinnen) durchführen könnte.

b.1.3 Aufhebung der Geschlechtertrennung bei Personal und Patienten

Die derzeitige vollständige Separierung von männlichen und weiblichen Patienten auf je eigenen Pavillons und die weitgehend gleichgeschlechtliche Zuteilung von Personal widerspricht den alltäglichen Lebensformen außerhalb der Anstalt, trägt zur Hospitalismus-Entstehung bei und erschwert therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Durch die Umorgani-

⁺⁺ ohne Lernpflegepersonal; unter Ausklammerung von Rehabilitationszentrum und Abteilung für psychisch kranke Rechtsbrecher

sation zu Stationen ist die Möglichkeit gegeben, Männer- und Frauenstationen in einem Pavillon zu bilden. Sie könnten durch gemeinsame Tag- und Eßräume verbunden werden. Beim Personal sollte graduell von einer gleichgeschlechtlichen zu einer gemischten Besetzung einzelner Stationen übergegangen werden.

b.2 Verbesserung der Qualität und Zusammensetzung des Personals

b.2.1 Reduktion der Abwanderung des qualifizierten Pflegepersonals

Die hohe Abwanderungsrate des im Psychiatrischen Krankenhaus diplomierten Pflegepersonals ist primär in der Enttäuschung über die mangelnde Umsetzbarkeit erlernter professioneller Werte und Fertigkeiten begründet (Teil IV, 1.6).

Im vorgeschlagenen Organisationsmodell (vgl. b.1.2) ist für diese Personalgruppe in der Position des Stationspflegers (-schwester) ein möglicher Anreiz zum Bleiben enthalten. In dieser Position sollte ein eigenverantwortlicher, kontinuierlicher und qualifizierter Einsatz der erworbenen Kompetenzen möglich sein.

Das vorhandene diplomierte Personal würde in etwa ausreichen, um diese Posten zu besetzen. Ein finanzieller Ausgleich für die wegfallenden Nachtdienstzulagen müßte jedoch unbedingt in Form einer entsprechenden Stationspflegerzulage sichergestellt sein.

b.2.2 Einschränkungen des Einsatzes unqualifizierten Personals in der Patientenversorgung

Der selbständige Einsatz von unausgebildeten bzw. teilausgebildeten Stationsgehilfen in der derzeitigen Patientenversorgung ist primär ein Ergebnis der bestehenden Dienstenteilung. Das vorgeschlagene Organisationsmodell für den Pflegedienst (vgl. b.1.2) würde den Einsatz dieser Personen der Verantwortung, Anleitung und Kontrolle mehrerer ausgebildeter Personen unterstellen und damit auf jene Versorgungsbereiche bzw. Patientengruppen begrenzen, die ihrer Kompetenz angemessen sind.

b.2.3 Anhebung des nicht-pflegerischen Hilfspersonalstands

Vordringlich ist eine massive Anhebung des Reinigungspersonalstandes. Nicht nur weil die derzeitigen Zustände den gängigen Erfordernissen der Krankenhaushygiene spotten, sondern auch weil die derzeitige Unterausstattung (durchschnittlich 2 Personen für 7000m² Gebäudefläche, ca. 10 WC's, 10 Waschbecken und 7 Bädewannen bzw. Duschen) den Einsatz ausgebildeter Pflegepersonen für Reinigungsaufgaben und die Heranziehung von Patientenhausarbeitern erzwingt⁺.

Ein weiterer Bereich, in dem Pflegepersonal-Kapazität vergeudet, Patientenhausarbeiter personalsparend eingesetzt und hygienische Standards verletzt werden, ist der Küchenbetrieb der einzelnen Abteilungen. Hier erscheint die Schaffung einer entsprechenden Stelle eines Küchenangestellten pro Abteilung notwendig.

b.3 Verminderung der Patientenzahl durch Reduktion von Fehlplazierungen

Eine Reduktion des Patientenstandes bzw. Bettenbelages ist nicht nur für die Humanisierung der Lebensbedingungen der Patienten durch mehr persönlichen Raum, sondern auch für die Verbesserung des Personal-Patientenverhältnisses dringend geboten. Eine erste Maßnahme könnte in der Verringerung des Zugangs von fehlplazierten Patienten bestehen.

Es ist davon auszugehen, daß ein erheblicher Anteil der derzeit im Psychiatrischen Krankenhaus versorgten Patienten dort fehlplaziert ist. Der Abbau von Fehlplazierungen ist zur Hauptsache an den Aufbau entsprechender vor- und nachstationär angeordneter ambulanter, teilstationärer und komplementärer

⁺ Einige der verantwortlichen Personen des Psychiatrischen Krankenhauses führen einen langdauernden aber ergebnislosen Kampf um die Verbesserung dieser Situation mit dem zuständigen Spitalserhalter.

Dienste im Rahmen des therapeutischen Netzes eines Versorgungsektors gebunden (vgl. dazu die Ausführungen zum Reformziel C). Ein Teil der Patienten ist jedoch nicht innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems fehlplaziert, sondern überhaupt in diesem. Gemeint sind jene primär somatisch kranken geriatrischen Patienten, deren sich die Akutspitäler und Pflegeheime oft schon beim Auftreten leichter psychischer Störungen mittels Parere entledigen. Sowohl im Interesse einer adäquaten (körper)medizinischen Versorgung und kontinuierlichen Betreuung dieser Patienten als auch des ohnedies überlasteten Psychiatrischen Krankenhauses ist der rasche Aufbau bzw. Ausbau eines psychiatrischen Konsiliardienstes in den genannten Häusern notwendig. Zu überlegen wäre auch ein Modus, der die Ausstellung einer Spitalsüberweisung ins Psychiatrische Krankenhaus ausschließlich in die Kompetenz ausgebildeter Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie stellt.

c. Veränderung von Regeln, Normen und Kontrollmechanismen

c.1 Neudefinition des Patientenstatus bzw. der Patientenrechte

Die Festlegung von Patientenrechten ist eine notwendige Bedingung zur Realisierung des ersten Reformzieles. Deren Durchsetzung ist zum einen Teil an die Verbesserung der genannten materiellen und personellen Voraussetzungen gebunden, zum anderen Teil erfordert sie aber auch die Infragestellung traditioneller Umgangsformen mit stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In Übereinstimmung mit bisherigen Darstellungen aber auch um die Diskussion möglichst konkret zu führen, wird von einer bedürfnisspezifischen Zuordnung von Patientenrechten ausgegangen (vgl. die folgende ÜBERSICHT 8). Die dort postulierten Rechte werden den Patienten derzeit aus unterschiedlichen Gründen vorenthalten:

1. Aufgrund der materiellen und personellen Unterausstattung des Psychiatrischen Krankenhauses (Recht auf menschenwürdige Kleidung, Wahrung der Intimsphäre, Körperpflege, medizinisch pflegerische Behandlung).

2. Aufgrund der dominanten Funktion der Psychiatrischen Krankenhäuser als Segregations-, Kontroll- und Verwahrungsinstitutionen. Dabei werden einige, nur einer Minderheit von Patienten zuschreibbare Merkmale wie "Unberechenbarkeit", "Gefährlichkeit" etc. und die damit begründeten einschränkenden Maßnahmen zur Rechtfertigung der Lebensbedingungen der Mehrheit der Patienten herangezogen. Demgegenüber gehen wir davon aus, daß die Vorenthaltung von Grundrechten als Ausnahme gesehen werden sollte und daher entsprechender Begründungen und periodischer Überprüfungen ihrer Angemessenheit bedarf. Als derartige Rechte betrachten wir: Recht auf Privatkleidung, persönliche Gegenstände, vollständige Eßbestecke, freie Badbenützung, Wahrung der Intimsphäre, freien Post- und Telefonverkehr, gemischtgeschlechtlichen Kontakt, Freiheit von mechanischen Einschränkungen, therapeutisch notwendige Medikamentendosen.
3. Aufgrund der geringen Konfliktfähigkeit der Patienten (Zwangsanhaltung, Entmündigung!) und der eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten von außen. Die Vorenthaltung von Grundrechten wie Recht auf umfassende und richtige Information, auf Beschwerde, Wahrung der Intimsphäre, adäquate Bezahlung von Anstaltsarbeit, wird allerdings auch häufig mit den Patienten zugeschriebenen Eigenschaften wie "Unempfindlichkeit" oder "mangelnde Kompetenz" begründet.
4. Aufgrund der Übertragung der v.a. auf stationäre Akutkrankenbehandlung ausgerichteten Hausordnungen auf Psychiatrische Krankenhäuser. Demgegenüber ist gerade für langfristig hospitalisierte und überwiegend nicht bettlägrige Patienten die Sicherung der folgenden Rechte besonders bedeutsam: Recht auf normale Bekleidung, auf stärkere Selbstversorgung (Kochen, Essen, Waschen von Kleidung, Körperpflege), auf spätere Weck- und Bettruhezeiten, auf Aufenthalt im Freien, auf relativ stabile Platzzuweisung, auf freie Bewegung in der Abteilung, auf ausgedehnte Besuchszeiten, auf praktische Betätigung und auf Gestaltung eines eigenen Bereiches. Anzustreben ist die Ausarbeitung einer eigenen Hausordnung für Psychiatrische Krankenhäuser, in denen diese Rechte berücksichtigt werden.

ÜBERSICHT 8: Bedürfnisspezifische Vorschläge für die Definition von Patientenrechten und deren materielle Voraussetzungen

Bedürfnis	Neu-Definition des Patientenstatus bzw. von Patientenrechten	Materielle Investitionen	Laufende Aufwendungen
A. Somatische Bedürfnisse 1. Wärmehaushalt	Recht auf das Tragen von Privatkleidung (Ausnahmen schriftl.v.Arzt mit therap. schen Argumenten zu rechtfertigen; periodische Überprüfung durch den behandelnden Arzt und Rücksprache mit den übrigen Betreuungspersonen) Recht auf Ausstattung mit ausreichender und ansprechender, durch die Anstalt zur Verfügung gestellter Normalkleidung (für mobile Patienten, die keine private Kleidung (mehr) haben); Verfügungsrecht über diese Kleidung während des Aufenthaltes Erlaubnis zum Waschen der eigenen Wäsche	Anschaffung eines Waschautomaten	Anstaltskleidung generell: ausreichende Mengen; gute Paßform; jahreszeitl. Abstimmung Bettwäsche: ausreichende Mengen; angemessene Qualität
2. Flüssigkeits- und Stoffhaushalt -Aufnahme -Ausscheidung	Recht auf Wahlmöglichkeit unter vorhandenen Speisen und Getränken Möglichkeit des Zugangs zu gewissen Grundnahrungsmitteln außerhalb der regulären Mahlzeiten Recht auf vollständiges Besteck (Ausnahmen vgl. 1) Möglichkeit zur Benützung einer Teeküche (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Wahrung der Intimsphäre bei Ausscheidungen	Anschaffung eines Geschirrspülers pro Abteilung Schaffung von Teeküchen für Patienten in jeder Abteilung; Schaffung einer ausreichenden Anzahl abgesonderter und versperrbarer Toiletten Entfernung von Toiletten im Krankensaal Einrichtung von Spülkammern für Harnflaschen und Bettpfannen	Speisen: Ausreichende Mengen; gute Qualität; mehr Variation; Nachspeisen für alle Patienten; Bereitstellung von Grundnahrungsmitteln (Milch, Tee, Mineralwasser, Brot, Obst, etc.) in allen Abteilungen Ausreichende Mengen von ansprechendem Geschirr und Besteck; Tischtüchern, Servietten Ausreichende Mengen von Toilettpapier
3. Sauerstoffhaushalt	Recht auf Öffnung (vergitterter) Fenster Recht auf regelmäßigen Aufenthalt im Freien (Ausnahmen vgl. 1)	Verkleinerung der Krankenzimmer auf max. 6 Betten Anbringung von üblichen Fensterbänken	
4. Schlafbedürfnis	Recht auf humane Weckzeiten (nicht vor 6 Uhr) Recht auf Mittagsruhe Recht auf flexible Wahl des Bett-ruhezeitpunktes	Verkleinerung der Krankenzimmer (vgl. 3) Lärmdämpfung durch Entfernung von Toiletten aus den Krankenzimmern (vgl.1) Anbringung von Türschließen und Auflage von Bodenbelägen Anschaffung ansprechender Betten (Krankenbetten und Normalbetten)	

Bedürfnis	Neu-Definition des Patientenstatus bzw. von Patientenrechten	Materielle Investitionen	Laufende Aufwendungen
5. Sensorische Bedürfnisse - Abwechslungsreichtum der Umgebung - Schutz vor Störungen	Recht auf das Behalten persönlicher Gegenstände (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Gestaltung ("Ausschmückung") des eigenen Bereiches	Freundliche Gestaltung der Krankenzimmer und insbesondere der Tagräume: Sitzmöbel, Vorhänge, Teppiche, Bilder, etc. Verkleinerung der Krankenzimmer (vgl. 3); Lärmdämpfung (vgl. 4)	
6. Motorische Bedürfnisse	Recht auf Freisein von mechanischen Einschränkungen (Ausnahme vgl. 1) Recht auf Mobilität innerhalb der Abteilung (Ausnahmen vgl. 1)		
7. Sexuelle Bedürfnisse - Geschlechts-identität - Intimsphäre	Recht auf geschlechtsspezifisch angemessene Kleidung (vgl. 1) Recht auf Freisein von mechanischen Einschränkungen (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Mobilität innerhalb der Abteilung (Ausnahme vgl. 1) Recht auf gemischtgeschlechtlichen Kontakt Zugang zu Verhütungsmitteln für Patienten mit Ausgangserlaubnis (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Wahrung der Intimsphäre	Verkleinerung der Krankenzimmer (vgl. 3) Toiletten (vgl. 2) Bäder (vgl. 8)	
8. Körperliche Integrität - Schutz vor Verletzung - Schutz vor Erkrankung - medizinisch-pflegerische Behandlung körperlicher Erkrankungen	Recht auf Freisein von mechanischen Einschränkungen (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf therapeut. notwendige Dosen an Psychopharmaka (Begründung innerhalb eines Behandlungsplans; periodische Überprüfung durch den behandelnden Arzt und Rücksprache mit den übrigen Betreuungspersonen) Recht auf ausreichende Körperpflege Recht auf freie Bad- und Duschbenutzung (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf regelmäßige ärztliche (körperliche) Untersuchung Recht auf angemessene medizinisch-pflegerische Behandlung Recht auf humanes Sterben	Schaffung einer ausreichenden Anzahl räumlich abgetrennter Dusch- und Badeeinrichtungen Einbau eines Waschbeckens in jedem Krankenzimmer Angemessene Grundausstattung mit Krankenhausgeräten Einrichtung von Sterbezimmern	Ausreichende Mittel zur Körperpflege (Seife, Shampoo, Waschlappen, Handtücher, Zahnbürsten- und pasta, Rasierapparate) Ausreichende Mengen von Medikamenten, mediz. und pflegerischen Arbeitsmitteln

Bedürfnis	Neu-Definition des Patientenstatus bzw. von Patientenrechten	Materielle Investitionen	Laufende Aufwendungen
8. Psychische Bedürfnisse			
9. Informations- und Orientierungsbedürfnisse	Recht auf häufigen, zeitlich ausgedehnten Besuch durch Angehörige und Bekannte Recht auf ungehinderten Post- und Telefonverkehr (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf regelmäßige, verständliche und richtige Information über Diagnose, Therapie und Prognose durch den Arzt Recht auf möglichst stabile Platzzuweisung (Verlegungen nur nach ärztlicher Genehmigung)	Einrichtung von Telefonzellen in jeder Abteilung Anschaffung von mindestens je zwei TV-Geräten und Radioapparaten pro Abteilung Anbringung von Uhren an mehreren den Patienten zugänglichen Stellen der Abteilungen Anbringung von Informationstafeln an geeigneten Stellen	Bereitstellung einer ausreichenden Menge unterschiedlicher Tageszeitungen und Zeitschriften Bereitstellung von Informationsbroschüren
10. Selbstwertbedürfnisse	Recht auf private Kleidung und sonstige persönliche Gegenstände (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Gestaltung eines eigenen Bereiches Recht auf entsprechende Anstaltskleidung (vgl. 1) Recht auf ausreichende Körperpflege (vgl. 3) Recht auf Freisein von mechanischen Einschränkungen (Ausnahme vgl. 1) Recht auf Wahrung der Intimsphäre	Einrichtung der Zimmer (vgl. 5) Verkleinerung der Krankenzimmer (vgl. 3) Abschirmung von Toiletten und Wasch/Badeanlagen (vgl. 3, 8)	Anstaltskleidung (vgl. 1) Mittel zur Körperpflege (vgl. 8)
11. Emotionale Bedürfnisse	Recht auf ungehinderten Post- und Telefonverkehr (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf häufigen und ausgedehnten Besuch von Angehörigen und Bekannten Recht auf das Behalten persönlicher Gegenstände (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf gemischtgeschlechtlichen Kontakt	Einrichtung von Telefonzellen (vgl. 9)	

Bedürfnis	Neu-Definition des Patientenstatus bzw. von Patientenrechten	Materielle Investitionen	Laufende Aufwendungen
12. Praktische Bedürfnisse	Recht auf praktische Betätigung Recht auf angemessene Entlohnung von Arbeiten, die der Aufrechterhaltung des Betriebes dienen^{*)} (Dienstposten bzw. Ausgaben einsparen)	Anschaffung von Spielmaterialien	Zur Verfügungstellung von Werkmaterialien
13. Psychische Identität -Schutz vor Belastungen -Psychiatri- sche/psycho- therapeuti- sche Behand- lung	Recht auf persönliche Gegenstände (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf Intimsphäre Recht auf Beschwerde Recht auf Freisein von mechanischen Einschränkungen (Ausnahmen vgl. 1) Recht auf therapeutisch notwendige Medikamentendosen (vgl. 8) Recht auf Information und Beratung durch dritte Personen bei Anwendung ungewöhnlicher Behandlungsverfahren	Anschaffung von Nachtkästchen u. Schränken für jeden Patienten Abschirmung von Toiletten (vgl. 3) und Badeanlagen (vgl. 8) Verkleinerung der Krankenzimmer (vgl. 3)	

^{*)} Vorschlag zur Neuregelung der Patientenarbeit:

a. Arbeitstherapie

Patienten können freiwillig Arbeiten übernehmen, die vom behandelnden Arzt bzw. Behandlungsteam im Rahmen eines Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes für zweckmäßig erachtet werden.

Gemäß dieser Charakteristik sollten solche Arbeiten zeitlich begrenzt werden und vom behandelnden Arzt bzw. einem Angehörigen des Behandlungsteams supervisiert werden. Dient die von den Patienten durchzuführende Arbeit auch der Erhaltung des Krankenhausbetriebes, d.h. werden dadurch Arbeitskräfte bzw. Ausgaben eingespart, so ist vom Krankenhaussträger eine entsprechende Abgeltung zu leisten. Davon könnte ein Teil den Patienten als Taschengeld während des Aufenthaltes, der Rest bei der Entlassung als "Starthilfe" ausbezahlt werden.

b. Geschützte Arbeitsplätze für (ehemalige) Patienten im PK

In der Anstalt werden nach den entsprechenden gesetzlichen Richtlinien "geschützte Arbeitsplätze" eingerichtet, die der Aufrechterhaltung des Betriebes dienen. Auf diese Plätze können Patienten vermittelt werden, die nach Ansicht der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer psychischen Erkrankung bzw. ihrer langfristigen Hospitalisierung nicht bzw. nur schwer rehabilitierbar sind, die jedoch begrenzt arbeitsfähig sind. (Dies würde zutreffen auf die derzeitigen Patientenhausarbeiter und die Mehrheit der in der Arbeitstherapie beschäftigten Männer bzw. einen kleinen Teil der dort beschäftigten Frauen, sodaß von ca. 400 Arbeitsplätzen ausgegangen werden kann). Für diese Patienten sind entsprechende Wohngelegenheiten (e.g. Wohnheime innerhalb des PK) und eine weiterführende Behandlung in der Anstalt sicherzustellen.

c.2 Erweiterung bzw. Etablierung interner und externer
Kontrollmöglichkeiten in der Patientenversorgung

Alle bisher vorgeschlagenen Maßnahmen müßten einen spürbaren Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen des Personals leisten. Damit sollten auch Grundlagen für die Durchsetzung der definierten Patientenrechte geschaffen sein. Da jedoch die meisten Patienten derzeit selbst nicht in der Lage sind, die Einlösung der ihnen prinzipiell zugestandenen Rechte zu kontrollieren und gegebenenfalls konflikthaft durchzusetzen, bedarf es einiger zusätzlicher institutioneller Vorkehrungen.

Zunächst ist an eine Verdichtung bzw. Einrichtung professioneller Selbstkontrolle durch entsprechend organisatorische Arrangements zu denken. Innerhalb des Pflegepersonals ist eine Intensivierung der Kommunikation über die Versorgung der Patienten durch das vorgeschlagene Organisationsmodell nicht nur möglich, sondern auch im Interesse des Personals, weil sich die Konsequenzen einer Vernachlässigung pflegeaufwendiger oder schwieriger Patienten nicht mehr weitergeben lassen, sondern sich unmittelbar in einer Erschwerung der Arbeitsbedingungen einer stabilen Gruppe niederschlagen (vgl. b.1.2).

Für das ärztliche Personal sollten die vorgeschlagenen regelmäßigen Überprüfungen und Begründungen der Vorenthaltung von Rechten für einzelne Patienten ein erster Anstoß für eine sorgfältigere Handhabung professioneller Macht sein.

Eine wechselweitige interprofessionelle Kontrolle dagegen ist an die Entwicklung entsprechender funktionsfähiger Teams gebunden (vgl. Reformziel B).

Professionelle Selbstkontrolle bedarf jedoch der Ergänzung, da sich die Interessen der Professionellen prinzipiell nicht vollständig mit den Interessen der Klienten zur Deckung bringen lassen (RASPE, 1976a). Eine Form der Ergänzung besteht in der Aufwertung und im Aufbau von Patientenvertretern bzw. -anwälten.

In vielen Fällen können die mitbetroffenen Angehörigen der Patienten eine gewisse Anwaltsfunktion übernehmen. Als erster organisatorischer Schritt zur verbesserten Wahrnehmung dieser Funktion ist eine Ausdehnung der Besuchszeiten (tägliche Anordnung) und der ärztlichen Sprechstunden sowie eine zeitliche Koppelung dieser beiden Institutionen vorzusehen. Allerdings ist aufgrund der bei den Angehörigen psychiatrischer Patienten oftmals vorhandenen Schuld- und Schamgefühle - in Verbindung mit einer allgemein verbreiteten Angst vor ärztlicher Autorität - durch eine solche Maßnahme nur ein begrenzter Effekt zu erwarten. Am ehesten sind die Angehörigen in der Lage die materiellen Lebensbedingungen der Patienten (Kleidung, Essen, Körperpflege etc.) zu kontrollieren und zu vertreten. Eine grundsätzliche Aufwertung und Einbeziehung der Angehörigen ist jedoch nur längerfristig erreichbar (vgl. Reformziel B). Abgesehen davon, daß für einen nicht unerheblichen Teil der Patienten die Angehörigen als Interessensvertreter überhaupt ausfallen, sind auch engagierte Angehörige aufgrund ihres Laienwissens und ihrer informellen Position nicht in der Lage eine Kontrolle und Mitsprache bei jenen Entscheidungen auszuüben, die für das weitere Schicksal des Patienten richtungsgebend sind. Eine solche Funktion kann nur von entsprechend qualifizierten, positionell abgestützten und zugleich unabhängigen Personen übernommen werden. U.E. sind psychiatrische Sozialarbeiter dafür am ehesten geeignet. Neben einer Vertretung der Patienten-Interessen außerhalb des Krankenhauses (Arbeitsplatz, Wohnung, Angehörige etc.) wäre die

Teilnahme an Aufnahme- und Entlassungsgesprächen, Visiten und Gerichtskommissionen vordringlich. Um diese Aufgaben effektiv wahrzunehmen, bedarf es einer anfänglichen Mindestausstattung von einem Sozialarbeiter pro Pavillon.

Mit der Realisierung der Basissanierung wird die Versorgung im Psychiatrischen Krankenhaus dem Standard anderer Krankenhäuser vergleichbar. Zudem sind damit Vorbedingungen für eine effektivere Therapie und damit verbunden kürzere Verweildauern der Patienten gegeben. Beides rechtfertigt 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 psychiatrischer Patienten wird eine Weiterführung der Reform für den Spitalserhalter wenig attraktiv sein.

2. Reformziel B: Ermöglichung und Realisierung einer therapeutisch-rehabilitativen Zielsetzung im Psychiatrischen Krankenhaus

2.1 Ausgangslage

Das Psychiatrische Krankenhaus in seiner derzeitigen Struktur (überdimensionierte Größe, ungünstige materielle Voraussetzungen, ungünstiger Personal-Patienten-Schlüssel, hierarchische und bürokratische Organisations- und Kontrollstruktur) und mit dem derzeitigen Personal (zunehmender Qualifikationsabfall des Pflegepersonals, mangelnder Ausbau der "neuen" psychiatrischen Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeiter, etc.), den verfügbaren Geldmitteln (finanzielle Benachteiligung gegenüber der restlichen medizinischen Versorgung, mangelnde Investitionen) und Patienten (zunehmende Anteile somatisch kranker und alter Patienten) ist kaum in der Lage seinen Patienten eine ausreichende und angemessene Grundpflege und körpermedizinische Versorgung zu bieten. Erst recht fehlt es an einer adäquaten psychiatrischen/psychotherapeutischen Therapie und Rehabilitation für die große Mehrheit der Patienten. Diese Situation ergibt sich aus dem Vorherrschen folgender - miteinander eng zusammenhängender - Merkmale der derzeitigen Behandlung (vgl. auch Teil III, 2. 3. 5).

- die psychiatrische Behandlung ist häufig mangelhaft differenziert und einseitig, da eine umfassende psychologische und soziale Abklärung der Fälle nicht stattfinden kann
- die psychiatrische Therapie ist im wesentlichen auf medikamentöse und organische Interventionen beschränkt. Psychotherapeutische und gruppentherapeutische Verfahren (im weitesten Sinn) gibt es praktisch nur im Rehabilitationszentrum
- die psychiatrische Behandlung wird nicht bei allen Patienten systematisch geplant, evaluiert und entsprechend korrigiert. V.a. bei den Langzeitpatienten bleibt die medikamentöse Behandlung ohne Kontrolle der Auswirkungen oft lange Zeit unverändert, es gibt nur sehr spärliche Aufzeichnungen⁺)

⁺) in einer Arbeit von I. STANGL, 1976, wurde die Abnahme von Aufzeichnungen mit der Verweildauer empirisch nachgewiesen

- die psychiatrische Behandlung wird von den Ärzten im Stile "professioneller Dominanz" (E. FREIDSON, 1975) durchgeführt. Die Rolle des Pflegepersonals, das mit den Patienten am häufigsten interagiert, wird im besten Fall auf Zulieferung von Beobachtungen und Mitteilungen beschränkt. Vorwiegend konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Ärzte auf körperliche Veränderungen, psychopathologische Symptome werden häufig unabhängig vom Zusammenhang und Kontext interpretiert. Perspektiven und Kompetenzen anderer psychiatrischer Berufsgruppen gehen aufgrund der personellen Mangelsituation nicht in den therapeutischen Prozeß ein.
- die psychiatrische Behandlung findet unter Nicht-Berücksichtigung des Krankenhausmilieus statt, welches derzeit in hohem Grade belastend und repressiv - und damit antithera-
peutisch - wirkt.
- die psychiatrische Behandlung findet in künstlicher Isolation vom realen Lebenskontext und den relevanten Bezugspersonen und -gruppen des Patienten statt.

2.2 Reformstrategien

Im Gegensatz zu den im Hinblick auf das erste Reformziel vorgeschlagenen Strategien ist für die hier anzuwendenden Strategien charakteristisch, daß ihre Auswirkungen erst längerfristig spürbar und abschätzbar sind, weil die zugeordneten Maßnahmen stufenweise aufgebaut und durch Erfahrungen ständig korrigiert werden müssen.

Die folgende ÜBERSICHT 9 enthält vier grundlegende Strategien und die ihnen zugeordneten einzelnen Maßnahmen.

ÜBERSICHT 9: Vorgeschlagene Strategien und Maßnahmen zur
Erreichung des Reformzieles "Ermöglichung und
Realisierung einer therapeutisch-rehabilitativen
Zielsetzung im Psychiatrischen Krankenhaus"

S t r a t e g i e n		
a. Verbesserung der personellen Voraussetzungen	b. Verbesserung der organisatorischen Voraussetzungen	c. Abbau von Isolation, Aufbau von Kontakten zur Umwelt
a.1 Einführung eines Kurses für "psychiatrische Stationsgehilfen" a.2 verbesserte Selektion des Pflegepersonals für Diplom- und SHD-Kurs a.3 Ausstattung der Primariate mit therapeutisch-rehabilitativen Spezialisten	b.1 Bildung von Behandlungsteams b.2 Institutionalisierte Kommunikation im Team b.3 Entwicklung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen sowie Stationsprogrammen b.4 Regelmäßige Stationsbesprechungen über Probleme des Stationslebens	c.1 Sukzessive Öffnung von Abteilungen c.2 Forcierung von Ausgang und Urlaub c.3 Aufbau von Kommunikationszentren c.4 Institutionalisierte Einbeziehung von Angehörigen c.5 Organisation von Angehörigen-Selbsthilfegruppen c.6 Aufbau von Laienhilfe

2. 3 Reformmaßnahmen

a. Verbesserung der personellen Voraussetzungen

a.1 Einführung eines Kurses für "psychiatrische Stationsgehilfen"

Der ständig zunehmende Anteil und damit die steigende Bedeutung der Stationsgehilfen in der Patientenversorgung des Psychiatrischen Krankenhauses macht eine umfassendere und v.a. psychiatriespezifische Ausbildung dieser Berufsgruppe zu einem vordringlichen Erfordernis.

Die von uns vorzuschlagende Lösung sieht die Einführung eines einjährigen Kurses für psychiatrische Stationsgehilfen vor, indem über die derzeitigen Ausbildungsinhalte hinaus v.a. Grundzüge der Psychiatrie, Psychologie und Sozialpsychiatrie sowie Einführungen und praktische Übungen in Rehabilitationsfächern (Beschäftigungstherapie, Bewegungstherapie etc.) vermittelt werden. Die Ausbildung sollte im Anstellungsverhältnis erfolgen, der Kursbeginn sollte parallel zum Diplompflegekurs stattfinden, die erfolgreiche Absolvierung zum Eintritt in den Diplompflegekurs berechtigen (Modellvorbild könnte der von der Gemeinde Wien seit drei Jahren erfolgreich geführte Kurs für die Pflege Langzeit- und chronisch Kranker sein).

a.2 Verbesserte Selektion des Pflegepersonals für den psychiatrischen Diplompflege- und psychiatrischen Stationsgehilfenkurs

Weder für Schüler der Ausbildungsstätte noch für Stationsgehilfen findet derzeit eine wirksame Selektion vor Kursbeginn statt. Folgen sind hohe Austrittsraten in der Diplompflegeausbildung, welche für alle Beteiligten mit hohen Kosten verbunden sind, sowie der nur mangelhaft kontrollierbare Einsatz völlig unausgebildeter Personen in der Patientenversorgung.

Die Selektion sollte, wenn möglich, durch Einführung einer mindestens einmonatigen praktischen Probezeit vor dem jeweiligen Kursbeginn, sowohl für den Bewerber, als auch für den Kursanbieter auf eine fundiertere Basis gestellt werden. Die Probezeit sollte unter direkter Supervision durch einen Stationspfleger (-schwester) stattfinden (vgl. 1.3, b.1.2). Die Entscheidung über die Aufnahme in einen der beiden Kurse sollte nach einem Gespräch des Bewerbers mit dem jeweiligen Stationspfleger, dem Schul- bzw. Kursleiter und dem Direktor der Ausbildungsstätte stattfinden. Eine Parallelität von Diplompflege- und Stationsgehilfenkurs würde es erlauben, in Zweifelsfällen Bewerber für den Diplompflegekurs zunächst dem SHD-Kurs zuzuweisen.

Personal-Aufnahmen in längerem zeitlichen Abstand vor Kursbeginn und damit eine Verlängerung der praktischen Probezeit sollten zugelassen sein. Allerdings ist auch hier unbedingt die ständige direkte Supervision der Arbeit am Krankenbett durch eine psychiatrisch qualifizierte Pflegeperson unerlässlich.

a.3 Ausstattung der Primariate mit therapeutisch-rehabilitativen Spezialisten

Die Notwendigkeit der multiprofessionellen Behandlung und Betreuung ist in der modernen Psychiatrie unbestritten. Die Realisierung des Behandlungszieles hat deshalb die Rekrutierung spezifisch qualifizierter, therapeutisch-rehabilitativer Berufsgruppen zur Voraussetzung. Ein Mindeststellenplan für diese Berufsgruppen müßte daher enthalten:

- 2 Sozialarbeiter pro Primariat bzw. auf ca. 200 Patienten (vgl. 1.3, c.2)
- 1 gruppen-/psychotherapeutisch qualifizierter Psychologe pro Primariat bzw. auf ca. 200 Patienten
- 2 gruppen-/psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte pro Primariat bzw. auf ca. 200 Patienten
- 2 Beschäftigungstherapeuten pro Primariat bzw. auf ca. 200 Patienten

b. Verbesserung der organisatorischen Voraussetzungen

b.1 Bildung von Behandlungsteams

Jeder Patient sollte kontinuierlich von einem Behandlungsteam betreut werden, welches bestehen sollte aus:
einem Abteilungsarzt, dem Sozialarbeiter des Pavillons und dem Stationspfleger (-schwester) der jeweiligen Station, in der der Patient untergebracht ist.

Der Arzt zeichnet verantwortlich für die körpermedizinische Versorgung, die Festlegung des psychiatrischen Behandlungsplanes und seine regelmäßige Überprüfung sowie für die Entscheidungen über Einschränkungen von Patientenrechten und deren Begründung und Überprüfung.

Der Stationspfleger (-schwester) ist für die körperliche Pflege und das allgemeine Wohlbefinden des Patienten auf der Station zuständig. Aufgrund der kontinuierlichen Anwesenheit auf der Station würde der Stationspfleger (-schwester) zur wichtigsten Bezugsperson des Patienten während seines stationären Aufenthalts. Der Sozialarbeiter ist v.a. zur Aufrechterhaltung der Außenweltkontakte und Vorbereitung der nachstationären Weiterbetreuung und sozialen Rehabilitation zuständig und vertritt zudem den Patienten in rechtlichen Belangen und Verfahren. Dem Behandlungsteam zugeordnet sind Psychologen, Beschäftigungstherapeuten und andere spezifisch qualifizierte Betreuer, welche spezifische Behandlungsprogramme mit Patientengruppen oder gegebenenfalls auch einzelnen Patienten durchführen.

b.2 Institutionalisierte Kommunikation im Behandlungsteam

Arzt, Stationspfleger (-schwester) und Sozialarbeiter sollten zumindest das Aufnahmegespräch, das Entlassungsgespräch und dazwischen in regelmäßigen Abständen ein Teamgespräch mit jedem Patienten gemeinsam führen. Zudem sollten sie gemeinsam eine morgendliche Visite abhalten, die jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt stattfände, zeitlich auf etwa eine halbe Stunde pro Station (20 bis 25 Patienten) ausgedehnt würde und durch eine kurze Vorbesprechung soweit vorzustrukturieren wäre, daß sie auf die jeweils aktuellen Probleme zentriert werden könnte. Zu diesen Teambesprechungen könnten zusätzliche Betreuungspersonen je nach Erfordernis zugezogen werden.

b.3 Entwicklung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen
sowie von Stationsprogrammen

Das Behandlungsteam sollte nach Vorliegen der benötigten Informationsgrundlagen (zunächst für jeden neu aufgenommenen, sukzessiv für alle schon länger hospitalisierten Patienten) unter Einbeziehung des Patienten einen individuellen Betreuungsplan festlegen. In diesem sollte enthalten sein:

- ein psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungsplan für die stationäre Behandlungsphase, in dem die psychologische/psychopathologische Situation des Patienten, die Behandlungsziele und die einzelnen Behandlungsmethoden dargelegt würden. Auch die voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung sollte festgelegt werden. Auch eventuelle Einschränkungen von Patientenrechten sollten dort festgehalten, befristet und begründet werden. Der Behandlungsplan fiele in die Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes.
- ein Pflegeplan zur Versorgung der Grundbedürfnisse des Patienten unter Berücksichtigung besonderer Empfindlichkeiten und vorhandener bzw. entwickelbarer Fähigkeiten. Der Entwurf dieses Planes fiele in die Kompetenz des Stationspflegers (-schwester).
- ein Rehabilitationsplan für die nachstationäre Behandlungs- und Reintegrationsphase, in dem die soziale Situation (Arbeitsplatz, Familie, Wohnen, etc.) des Patienten, die Rehabilitationsziele und die vorgesehenen - eventuell schon während des stationären Aufenthalts zu treffenden - Maßnahmen dargelegt würden. Der Entwurf dieses Plans fiele in die Kompetenz des Sozialarbeiters.

Die jeweiligen Pläne sollten etwa eine Woche nach ihrer Erstellung bei der Visite, bei aktuellen Veränderungen des Zustandes und im folgenden jedenfalls beim regelmäßigen Patient-Team-Gespräch evaluiert und revidiert werden.

Auf den einzelnen Stationen sollte unter der Verantwortung des Stationspflegers (-schwester) mit dem Aufbau zunächst einfach strukturierter Stations-Tages-Programme für mobile Patienten begonnen werden, deren Ziel es wäre, die Fähigkeit der Patienten

zur selbständigen Grundversorgung (Körperpflege, Essen und Trinken) zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen sowie durch Kommunikation und Beschäftigung der Entstehung von Hospitalismus-Schäden vorzubeugen.

In der Aus- und Fortbildung des diplomierten psychiatrischen Krankenpflegepersonals sollte - neben der Grundpflege - auf das Erlernen entsprechender psychologischer und sozialer Fähigkeiten vordringlich Rücksicht genommen werden. Gleichzeitig sollte die Tendenz innerhalb der Ausbildung immer mehr fachmedizinisch-technische Aspekte der Patientenversorgung zu betonen, zugunsten der genannten Ausrichtung korrigiert werden.

b.4 Regelmäßige Stationsbesprechungen

Probleme des Stationslebens sollten zwischen Patienten und Personal in einer regelmäßig wöchentlich stattfindenden Besprechung diskutiert werden.

c. Abbau von Isolation, Aufbau von Kontakten zur Umwelt

d.1 Sukzessive Öffnung von Abteilungen

Die Vermenschlichung der Unterbringungsbedingungen und des Umgangs mit den Patienten, die Stärkung der rechtlichen Position der Patienten, die deutlichere Orientierung der Versorgung an den Problemen und Leiden der Patienten und die fundiertere persönliche Kenntnis der Patienten schaffen nach den Erfahrungen bisheriger Anstaltsreformen ein Stationsklima, das auf Vertrauen und wechselseitige Rücksichtnahme zwischen Betreuern und Patienten aufbaut. Mit der schrittweisen Realisierung dieser Bedingungen sollte sich auch die bisher vorherrschende Einsperrung der Patienten in geschlossenen Abteilungen zunehmend erübrigen. Das Schließen von Stationen würde zu einer auf akute Notsituationen beschränkten Maßnahme werden.

c.2 Forcierung von Ausgang und Urlaub

Der bisher vorherrschenden sozialen Isolation der Patienten während der stationären Behandlung sollte durch vom Behandlungsteam zu beschließende Maßnahmen entgegengewirkt werden:

- in einer ersten Phase durch Gruppen-Ausgänge bzw. -Ausflüge zusammen mit dem Pflegepersonal im Rahmen des Stationsprogramms (vgl. b.3)
- in einer zweiten Phase durch Beurlaubungen, die vom zuständigen Sozialarbeiter geplant und vorbereitet werden sollten
- in einer dritten Phase durch individuelle Ausgangsgenehmigungen.

c.3 Aufbau von Kommunikationszentren

Die Isolation der Patienten besteht nicht nur gegenüber der Anstaltsumwelt, sondern auch innerhalb der Anstalt gegenüber Mitpatienten und Personal. Die Einrichtung von Kommunikationszentren etwa in Form von Patientencafe's, die von Patienten betrieben werden könnten und auch nicht zur Anstalt gehörenden Personen offenstehen sollten, hat sich in mehreren Reform-Anstalten besonders bewährt.

c.4 Institutionalisierte Einbeziehung von Angehörigen

Die bisherige passive Form der "Einbeziehung" von Angehörigen lediglich durch Einrichtung von Besuchs- und Sprechzeiten ist nicht ausreichend. Notwendig ist vielmehr eine "offensive Politik", in der die Angehörigen der Patienten für die Mitarbeit an der Behandlung und Rehabilitation entsprechend aktiviert werden. Noch vor der Festlegung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans sollte ein Gespräch des Sozialarbeiters mit den Angehörigen erfolgen. Dabei könnten einer-

seits die der Anstaltsaufnahme vorangegangenen Ereignisse geklärt werden, andererseits die Beziehung der Angehörigen zum Patienten in Hinblick auf eine Entlassung einer ersten Einschätzung unterzogen werden. Bei einer längerfristigen Behandlung sollten die Angehörigen in regelmäßigen Abständen zu einer Aussprache eingeladen werden, in der u.a. die Möglichkeiten einer Beurlaubung abgeklärt werden könnten (vgl. c.2). Besonders aber vor Entlassung eines Patienten in seine Familie ist eine Aussprache mit dem Behandlungsteam dringlich geboten, in der den Angehörigen auch Verhaltensratschläge mitgegeben werden sollten. Für alle seit längerer Zeit hospitalisierten Patienten, die nicht (mehr) besucht werden, sollte durch den Sozialarbeiter eine Kontaktwiederaufnahme versucht werden.

c.5 Organisation von Angehörigen-Selbsthilfegruppen

Auch bzw. gerade wenn von seiten der Krankenanstalt vermehrte Angebote gemacht werden, die Angehörigen in die Behandlung eines Patienten zu integrieren (c.4), ist für viele Betroffene die emotionelle Belastung schwer zu ertragen. Hier könnte das Krankenhaus "Hilfe zur Selbsthilfe" anbieten, etwa in Form von monatlich stattfindenden Angehörigen-Abenden. Als Organisatoren könnten die Sozialarbeiter der Anstalt fungieren. Die Veranstaltungen sollten primär der emotionalen Abstützung innerhalb einer solidarischen Gruppe ähnlich Betroffener und der Diskussion von Problembewältigungs-Möglichkeiten dienen. Fallweise könnte auch die Einladung von Experten zu Informationszwecken erfolgen.

c.6 Aufbau von Laienhilfe

Die in den letzten Jahren entstandene Diskussion über die benachteiligte Lage der psychisch Kranken hat viele Menschen mobilisiert, die bereit wären, aktiv an der Verbesserung der Situation mitzuarbeiten. Bisher sind dieser Bereitschaft von seiten des Personals eher Vorbehalte entgegengebracht worden. Zwischen dem Personal der Anstalt und bestehenden Initiativgruppen sollten daher zunächst Gespräche darüber eingeleitet werden, in

welchen Bereichen Laienorganisationen zu einer patientengerechteren Versorgung beitragen könnten.

Eine Reihe der hier vorgeschlagenen Maßnahmen sollte dazu beitragen, bei neu aufgenommenen Patienten die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme zu reduzieren bzw. bei schon lange hospitalisierten Patienten die Entlassungschancen zu erhöhen. Dadurch könnte auch die für eine Humanisierung des Umgangs und eine Effektivierung der therapeutischen und rehabilitativen Programme notwendige Reduktion des Belages erreicht werden.

3. Reformziel C: Überführung des Psychiatrischen Krankenhauses in ein sektorisierendes Versorgungssystem

3.1 Ausgangslage

Das Psychiatrische Krankenhaus in seiner derzeitigen Struktur und Funktion ist gemessen an modernen sozialpsychiatrischen Prinzipien der frühzeitigen und gemeindenahen, bedürfnisgerecht abgestuften und kontinuierlichen Versorgung¹⁾ ein Relikt der "kustodial" orientierten Anstaltspsychiatrie der Jahrhundertwende:

- Es ist total isoliert von den vorstationären psychologisch/psychiatrischen Beratungs- und Behandlungsinstitutionen, nur unzulänglich integriert mit den nachstationären Diensten und existiert abseits der übrigen medizinischen Versorgungseinrichtungen.
- Es symbolisiert die verhängnisvolle Schwerpunktbildung der psychiatrischen Versorgung im stationären Sektor schon durch seine nach internationalen Maßstäben etwa fünffach überdimensionierter Größe.
- Es liegt in Relation zum gesamten Versorgungsraum relativ peripher.
- Es ist mangelhaft spezialisiert für die Bedürfnisse der unterschiedlichen Krankheits- und Altersgruppen.
- Es versorgt zum überwiegenden Teil zwangsweise eingewiesene bzw. angehaltene Patienten.
- Es versorgt zu einem nicht unbeträchtlichen Teil Patienten, die entweder überhaupt keiner stationären oder zumindest keiner psychiatrisch-stationären Behandlung bedürfen.
- Es trägt die Last des therapeutischen Nihilismus der Vergangenheit in Form eines hohen Anteils jahrzehntelang angehaltener Patienten.
- Es symbolisiert in seiner Ausstattung und Patientenselektion eine "zweitklassige" Psychiatrie.
- Es genießt dementsprechend einen schlechten Ruf in der Öffentlichkeit.

¹⁾ vgl. BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BRD, 1975; H. KATSNIG (1974); R. FORSTER und J.M. PELIKAN (1978a)

- Für die ehemaligen Patienten dieses Krankenhauses wird der Aufenthalt in dieser Institution zu einem "Stigma".

3.2 Reformstrategien: Eine Bewertung internationaler und österreichischer Ansätze

Die für das Psychiatrische Krankenhaus skizzierte Ausgangslage ist weder für die Österreichische noch für die Situation der psychiatrischen Versorgung in vergleichbaren Gesellschaften untypisch, wenn auch ihre Wahrnehmung und öffentliche Diskussion in Österreich mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung begonnen hat (FORSTER und PELIKAN, 1977, i).

International besteht ein weitgehender Konsens über Ziele und Mittel der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung. Zur Realisierung der primären Ziele einer bedarfsgerecht differenzierten und leicht zugänglichen Versorgung wird die Anordnung aller unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Form eines "therapeutischen Netzes" innerhalb eines räumlichen und sozialen Versorgungsraumes ("Sektor") vorgeschlagen (ausführlich vgl. FORSTER und PELIKAN, 1978a, 62f.).

Die Reformstrategien und -maßnahmen zur Realisierung dieser Ziele, welche in verschiedenen fortgeschritteneren Gesellschaften zur Anwendung gekommen sind, differieren allerdings beträchtlich (ebd., 64). Eine kritische Einschätzung bisheriger internationaler Erfahrungen zeigt, daß durch psychiatrische Reformprogramme jene Probleme, die eigentlich Anlaß zur Veränderung waren, nur partiell beseitigt wurden - und dies häufig auf Kosten bereits vorher besonders benachteiligter Patientengruppen.

Erst kürzlich kam KUNZE (1977) bei einer Analyse der Entwicklungstendenzen der stationären psychiatrischen Versorgung in drei Staaten zur Schlußfolgerung, daß "die Reform der Psychiatrie zu Lasten der psychiatrisch und sozial Schwerstbehinderten zu gehen droht" (83). So wurden etwa den psychiatrischen Großkrankenhäusern in den Vereinigten Staaten von Amerika durch das 1964 beschlossene Programm der gemeindenahen "mental health centers" zwar personelle und finanzielle Ressourcen entzogen,

ihre Versorgungsaufgaben der Betreuung der chronischen Patienten blieb ihnen jedoch erhalten. Der geplante Abbau der Anstalten konnte daher vorerst nicht realisiert werden (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE, 1975). Erst unter zunehmendem öffentlichen Druck (etwa durch die Bürgerrechtsprozesse für psychiatrische Patienten, vgl. KUNZE, 1976) entledigten sich die Großkrankenhäuser ihrer chronisch Kranken: "Es befinden sich ...(z.Z.)... mehr als doppelt soviele psychisch Kranke und Behinderte in Heimen als in Großkrankenhäusern.... Niemand übersieht mehr die Zahl der entlassenen Patienten, die in heruntergekommenen Hotels, Motels und primitiven Unterkünften von slums... hausen" (KUNZE, 1977, 85). Die Versorgung dieser Patienten ist der professionellen Kontrolle entglitten (ebd. 86).

Soll eine solche Entwicklung vermieden werden, durch welche die bisherige "zweitklassige Psychiatrie" in den großen Sonderanstalten (gemeint ist: gegenüber der Universitätspsychiatrie ROSE und BAUER, 1975) zu einer "drittklassigen" abgewertet wird (durch den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die anhaltende Deprivation der Sonderanstalten) oder gar um eine "viertklassige" ergänzt wird (in Form eines unkontrollierten "Heimsektors"), dann scheinen nach internationalen Erfahrungen zwei Reformstrategien am ehesten wirksam zu sein:

1. Die Reform der stationären Versorgung darf nicht neben den derzeit dominierenden Trägern - den psychiatrischen Großkrankenhäusern - ansetzen, sondern muß gerade sie zum Ausgangspunkt einer schrittweisen Veränderung nehmen, an deren Endpunkt die Auflösung dieser Sonderanstalten steht.
2. Die Versorgung der "unattraktiveren" Patientengruppen - der chronisch psychisch Kranken und Alkoholkranken, der geistig Behinderten und der psychiatrischen Alterskranken - muß in der Verantwortung und unter der professionellen Kontrolle eines integrierten psychiatrischen Versorgungssystems bleiben. Eine Trennung in einen Akut- und Chronisch-Krankensektor ist unbedingt zu vermeiden (ENQUETE-BERICHT, 1975). Unbeschadet dessen ist gerade in den genannten Versorgungsbereichen eine intensive Kooperation mit den zuständigen sozialfürsorgerischen und sozialpädagogischen Institutionen geboten.

Zur Neuordnung und Reform der stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs liegt seit 1976 ein Ziel- und Rahmenplan des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vor (Österreichischer Krankenanstaltenplan, Teil B: Langzeit- und Sonderversorgung). Wie in einer ausführlichen Darstellung und Kritik bereits ausgeführt (FORSTER und PELIKAN, 1978a, 64ff.), sind in diesem Plan Tendenzen und Entwicklungen strukturell angelegt, die in direktem Widerspruch zu sozialpsychiatrischen Zielvorstellungen stehen. Die überwiegende Mehrheit der psychiatrischen Patienten würde danach weiterhin in den überdimensionierten Großanstalten, gemeindefern und abseits der übrigen medizinischen Versorgungseinrichtungen behandelt. Den psychiatrischen Großkrankenhäusern sollen "akutpsychiatrische" Abteilungen an Schwerpunktskrankenhäusern mit einer sehr geringen Bettenkapazität vorgeschaltet sein, welche Patienten, die nach kurz- und mittelfristiger Behandlung nicht entlassen werden können, zur Weiterbehandlung und Rehabilitation an die psychiatrischen Krankenhäuser abgeben, sodaß in den großen Anstalten eine noch stärkere Konzentration prognostisch ungünstiger Patienten auftreten würde. Die intendierte Kontinuität der Betreuung kann so nicht realisiert werden. Die den psychiatrischen Krankenhäusern dafür in Aussicht gestellte Entlastung durch Pflegeabteilungen in Pflegeanstalten und -heimen sowie Sonderpflegeanstalten kündigt eine stärkere Differenzierung nach dem Kriterium der "Behandlungsfähigkeit" an und läßt absehen, daß die geplante Umstrukturierung letztlich auf Kosten der sozial Schwächsten und Schwerstbehinderten geht.

Der auf verschiedene ökonomische und politische Rahmenbedingungen rückführbare Druck zur Planung und Rationalisierung des Gesundheitswesens hat auch in Wien zu ersten Bestandaufnahmen und Planungen im Bereich der Gesundheitsversorgung geführt. Von den vorliegenden Plänen (Krankenversorgung und Altenhilfe in Wien, 1974; Gesundheitsplan für Wien, 1977) ist auch die psychiatrische Versorgung betroffen. Im Gegensatz zur umfassenden und fundierten Konzeption der meisten Versorgungsbereiche wird eine systematische und umfassende Bestandsaufnahme und Einschätzung der psychiatrischen Versorgung der Wiener

Bevölkerung in den vorliegenden Dokumenten leider ausgespart. So findet sich in der Erörterung der "gegenwärtigen Situation in Wien" (in : Krankenversorgung..., 17ff.) weder bei der stationären noch bei der ambulanten Krankenversorgung eine Einschätzung der psychiatrischen Versorgungssituation. Lediglich bei den "notwendigen Strukturveränderungen" (ebd., S. 3ff.) wird von den "unerhörten Schwierigkeiten" (ebd., 91) der Umstrukturierung gesprochen, offenbar aufgrund der ungünstigen Verteilung der Bettenkapazität. Die Randständigkeit der psychiatrischen Versorgung findet in dieser Vernachlässigung eine gewisse offizielle Bestätigung. Auf der anderen Seite demonstriert eine Einbeziehung der psychiatrischen Versorgung in die Zielplanung (Krankenversorgung, 50; Gesundheitsplan, 48), daß die derzeitigen Verhältnisse auch den verantwortlichen Gesundheitspolitikern untragbar erscheinen. Allerdings sollen diese Verhältnisse nicht direkt verändert, sondern lediglich ergänzt werden:

Es besteht die Absicht zum Aufbau einer gemeindenäheren und in die allgemeine Medizin integrierten - und damit attraktiveren - relativ gering dimensionierten Akutpsychiatrie, neben dem in seinem traditionellen Ghetto belassenen Psychiatrischen Krankenhaus. Insgesamt sind in vier relativ großen Versorgungsräumen mit durchschnittlich 400.000 Einwohnern jeweils 200 akutpsychiatrische Betten geplant. Im wesentlichen folgt somit der Wiener Zielplan den Leitlinien des österreichischen Krankenanstaltenplans. Als akut kranke Patienten gelten danach solche, die nach durchschnittlich 50, spätestens aber nach 100 Tagen entlassen werden können. Sollten sie nicht entlassungsfähig sein, werden sie in die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser verlegt, deren Betten im Bedarf an stationären Krankenanstaltsleistungen nicht mitgerechnet werden, also offenbar als Pflegebetten gelten (Krankenversorgung....., 50). Die Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten der vier geplanten Akutabteilungen sollen durch den Aufbau von je zwei psychohygienischen Beratungsstellen und je einer Wohngemeinschaft pro Versorgungsprogramm zusätzlich erhöht werden. Dagegen ist die - als positiv zu bewertende - Zusammenarbeit bestimmter Primariate des Psychiatrischen Krankenhauses mit den ambulanten Nachsorgeeinrichtungen explizit als "vorläufig" deklariert, bis die akutpsychiatrischen Abteilungen tatsächlich funktionsfähig sind (Gesundheitsplan..., 48).

Die für Wien geplante Psychiatrie-Lösung einer partiellen Sektorisierung und Differenzierung des stationären Angebots lediglich für Akutkranke bei gleichzeitiger Beibehaltung des Psychiatrischen Krankenhauses als asylartige Versorgungs- und Rehabilitationsinstitution für chronisch Kranke ist in mehrfacher Hinsicht bedenklich:

- für die Patienten mit schwereren psychischen Störungen oder geringeren sozialen Bewältigungskapazitäten, welche in das Psychiatrische Krankenhaus transferiert werden, wird weiterhin keine kontinuierliche Behandlung in der Nähe des gewohnten Lebenskontextes realisiert werden. Die Überweisung ins Psychiatrische Krankenhaus wird ihre stigmatisierende Wirkung für einen davon Betroffenen nicht verlieren, im Gegenteil, die ungünstige Prognose eines Patienten wird damit quasi offiziell bestätigt und seine Rehabilitationschancen dementsprechend geringer. Die angestrebte sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung der psychisch Gestörten mit den körperlich Kranken würde durch diese Differenzierung erschwert
- für das Psychiatrische Krankenhaus ist eine noch stärkere Selektion schwieriger und pflegebedürftiger Patienten zu erwarten, weil zu den Allgemeinspitälern und den Universitätskliniken nun auch noch die psychiatrischen Abteilungen als Zuweisungsinstitutionen kommen. Zudem ist zu befürchten, daß der Aufbau der Akutpsychiatrie die für eine Psychiatriereform bereitzustellenden Mittel weitgehend absorbieren wird. Mit dem Gleichbleiben oder gar einer weiteren Verschlechterung der Versorgungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen bei gleichzeitig attraktiveren Arbeitsmöglichkeiten in den psychiatrischen Abteilungen wäre der Abgang des qualifizierten Personals eine wahrscheinliche Folge.
- für die akut psychiatrischen Abteilungen ist zwar die angestrebte Integration in die Allgemeinmedizin erreicht. Die geplante Konstruktion mit relativ großen Versorgungsräumen, der Beschränkung auf akutpsychiatrische Behandlung und dem Wegfall der längerfristigen Rehabilitationsaufgaben läßt

jedoch eine starke "Klinifizierung" dieser Abteilungen erwarten, d.h. daß die notwendige Erweiterung des Krankheitsbegriffs, die Entwicklung sozial differenzierter Behandlungsverfahren und die multiprofessionelle Kooperation nicht realisiert würden.

Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, muß eine akzeptable Reform der stationären psychiatrischen Versorgung einen kontinuierlichen und nachweisbaren Fortschritt des Gesamtsystems in Richtung einer bedürfnisgerechten und gleichwertigen Versorgung garantieren und darf in keiner Phase auf Kosten der "unattraktiven" Patientengruppen gehen (FORSTER, PELIKAN, 1978a,67). Als Reformstrategie schlagen wir daher die stufenweise langfristige Überführung und schließliche Auflösung der psychiatrischen Sonderanstalten in einem regionalisierten, integrierten und differenzierten Versorgungssystem vor.

3.3 Reformmaßnahmen

a. Erste Phase: Festlegung von Versorgungssektoren, interne Sektorisierung, Einrichtung von gemeindenaher Nachbetreuung, Aufbau eines Modellsektors.

Festlegung der Versorgungssektoren:

Die im Zielplan definierten vier Versorgungsräume für Wien (Krankenversorgung..., 58ff) sind nach international anerkannten Richtlinien für die intendierte gemeindenähe psychiatrische Versorgung zu groß dimensioniert. Es sollten daher innerhalb dieser Versorgungsräume jeweils 3 Sektoren aus einem oder mehreren Gemeindebezirken gebildet werden. Auf der Ebene der 12 Sektoren (Durchschnittseinwohnerzahl ca. 130.000) sollten nach Abschluß der Umstrukturierung alle ambulanten, semistationären, stationären, rehabilitativen und komplementären Einrichtungen einer psychiatrischen Standardversorgung angeboten

werden, deren organisatorisches Zentrum eine psychiatrische Abteilung an einer (Standard)-Krankenanstalt wäre (vgl. FORSTER, PELIKAN, 1978a,66f.). Auf der Ebene der vier Versorgungsräume sollten zusätzlich höher spezialisierte und qualifizierte Dienste angeboten werden. Eine mögliche Sub-Sektorisierung der vier Versorgungsräume, die die Standorte derzeit vorhandener stationärer Einrichtungen mitberücksichtigt, könnte wie folgt aussehen:

Versorgungsraum	Sektoren	Bezirke
I	1	1,8,9,20
	2	4,5,6,7
	3	21
II	4	2
	5	3,11
	6	22
III	7	10
	8	12,13
	9	23
IV	10	14,15
	11	16,17
	12	18,19

Interne Sektorisierung

Das Psychiatrische Krankenhaus sollte - da der Aufbau der sektorisierten Versorgung nur in einem längeren Zeitraum vor sich gehen kann - in seiner internen Struktur auf die zwölf Versorgungssektoren abgestimmt werden. Zu diesem Zweck bietet sich an, die derzeit 24 Pavillons (ohne Rehabilitationszentrum und Abteilung für psychisch kranke Rechtsbrecher) von derzeit 7 auf 12 Primariate mit je 2 Pavillons und durchschnittlich 200 Betten zu verteilen. Die Größe der Primariate würde dadurch auch auf ein einigermaßen überschaubares Maß reduziert. Die Patienten-Aufnahmen aus den einzelnen Sektoren sollten direkt auf einem der beiden Pavillons der jeweiligen Primariate erfolgen, die nächtliche Aufnahme und Notversorgung

dagegen zentral für das gesamte Krankenhaus organisiert sein. Auf der Basis der Primariate (ca. 200 Plätze) ist eine nach Alter, Geschlecht und Diagnose differenzierte Verteilung der Patienten eines Sektors auf die einzelnen Stationen möglich. Die zum Zeitpunkt der Umstrukturierung bereits hospitalisierten Patienten, für die eine Entlassungschance besteht, sollten entsprechend nach ihren Herkunftssektoren verteilt werden, um eine entsprechende Nachbetreuung zu sichern. Für jene Patienten, die schon sehr lange Zeit hospitalisiert sind und deren Rehabilitationschancen als gering einzuschätzen sind, die sich aber andererseits an die Anstaltsverhältnisse weitgehend angepaßt haben und zumeist auch in der Anstalt Arbeiten verrichten, könnte die Umgestaltung von Pavillons- bzw. Pavillonräumen zu Wohnheimen eine adäquate Lösung darstellen. Soweit diese Patienten in der Anstalt arbeiten, sollte dies im Rahmen "geschützter Arbeitsplätze" stattfinden (vgl. 1.3, c.1).

Die geistig Schwerstbehinderten, die derzeit überwiegend in den Pavillons 15 und 18 konzentriert sind, stellen ein Sonderproblem dar. Aufgrund ihrer spezifischen Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit ist eine Verteilung auf alle 12 Sektoren bzw. Primariate nicht angemessen. Da andererseits auch für diese Patientengruppe längerfristig ein regionalisiertes und integriertes Betreuungsangebot aufgebaut werden muß, schlagen wir als Zwischenlösung die Einrichtungen spezialisierter Stationen auf der Ebene der vier Versorgungsräume vor.

Aufnahme der Ambulanztätigkeit im Sektor

Nach der Festlegung von Versorgungssektoren und der internen Sektorisierung könnte jedes Primariat sofort mit dem Aufbau einer Ambulanz im jeweiligen Sektor beginnen. Als Standort könnte ein Bezirksgesundheitsamt gewählt werden. Der Ambulanzbetrieb sollte der Verantwortung des jeweiligen PK-Primararztes unterstehen und zumindest z.T. personell von den Ärzten und Sozialarbeitern des jeweiligen Primariats getragen werden. Eine anfängliche Beschränkung auf nachstationäre Betreuung erscheint angesichts der beschränkten personellen Kapazitäten geboten.

Aufbau eines Modellsektors

Der Aufbau einer Modellstation im 21. Bezirk, für welche neben der Nachsorgefunktion auch Behandlungs- und Beratungsfunktionen sowie tagesklinische Plätze vorgesehen sind (Gesundheitsplan..., 48), sollte rasch realisiert werden. Die in der derzeitigen Konzeption angelegte vollständige organisatorische und personelle Trennung der stationären Versorgung im PK und der Modellinstitutionen im Sektor birgt jedoch gravierende Nachteile in sich. Um realistische Erfahrungen mit der Versorgung aller psychisch Kranken und geistig Behinderten eines Sektors machen zu können, wäre eine Erweiterung des Modells zu einem unter einheitlicher Verantwortung geführten Modellsektor nötig, in dem - vorerst zwar unter der Bedingung der regionalen Trennung von stationären Einrichtungen im PK und vor- und nachstationären Diensten im Sektor - die gesamte Versorgung einer Region mit psychiatrischen Diensten erprobt wird. Die baldige Auslagerung der stationären Einrichtung aus dem PK in den Sektor sollte vorbereitet werden. Eine der wichtigsten Einrichtungen einer sektorisierten psychiatrischen Versorgung - das psychiatrische Wohnheim für die nachstationäre Unterbringung - ist unbedingt in die Planung des Modells einzubeziehen. Anstaltsintern könnte den personellen Erfordernissen eines solchen Modellversuchs durch die - ohnedies vorgesehene - Konzentration der Absolventen eines Jahrgangs der Ausbildungsstätte für psychiatrisches Pflegepersonals in einer Abteilung Rechnung getragen werden.

- b. Zweite Phase: Auslagerung von stationären Einrichtungen aus dem Psychiatrischen Krankenhaus, Erweiterung der ambulanten Angebote in den Sektoren.

Die Auslagerung eines Primariats aus dem Psychiatrischen Krankenhaus könnte als erstes im Modellsektor realisiert werden. Sodann sollte eine etwa jährliche Auslagerung eines Primariats an ein Allgemeinspital eines Sektors stattfinden. Mit dem Aufbau der vor- und nachstationären Einrichtungen könnte - unter Verwendung der Erfahrungen im Modellsektor - jeweils schon früher begonnen werden. In allen restlichen Sektoren könnte die ambulante Betreuung zunehmend von einem reinen Nachsorgeangebot zu einem Beratungs- und Behandlungsangebot erweitert werden.

Durch diese sukzessive Auslagerung und die verstärkte ambulante Versorgung würde innerhalb weniger Jahre auch eine beträchtliche Verdünnung des Belags im Psychiatrischen Krankenhaus erreicht werden, die nicht nur die bauliche Sanierung erleichtern sondern auch die Lebensbedingungen der verbliebenen Patienten verbessern sollte.

- c. Dritte Phase: Sukzessive Umwandlung des Psychiatrischen Krankenhauses in ein Allgemeinspital, Fortsetzung und Abschluß der Auslagerung der psychiatrischen Primariate.

Mit der sukzessiven Auslagerung von Abteilungen wird eine neue Funktionsbestimmung für die Anlagen des derzeitigen Psychiatrischen Krankenhauses notwendig. Der Aufbau eines Allgemeinspitals "Baumgartner Höhe" mit einem Schwerpunkt für die Versorgung von geriatrischen Patienten entspricht am ehesten den geplanten Umstrukturierungen der Wiener Spitalsversorgung. Diesem Allgemeinspital sollte auch die stationäre psychiatrische Einrichtung des Versorgungssektors 10 (14. und 15. Bezirk) angegliedert sein. Diese psychiatrische Abteilung könnte zugleich die höher spezialisierten Dienste für den Versorgungsraum IV (14. bis 19. Bezirk) anbieten.

In der bisherigen Analyse und im Reformprogramm wurde nicht berücksichtigt, daß die Gemeinde Wien mit dem Psychiatrischen Krankenhaus in Ybbs noch ein weiteres psychiatrisches Großkrankenhaus mit rund 1000 Betten führt. In ihrer extrem ungünstigen geografischen Lage, ihrer überdimensionalen Größe und ihrer überalteten Funktion als isolierte Ausgrenzungs- und Verwahrungsinstitution (die etwa an den extrem langen Verweildauern ablesbar ist) repräsentiert diese Anstalt noch viel deutlicher den Geist einer traditionellen Psychiatrie. Daher muß gefordert werden, daß die Reform der Wiener psychiatrischen Versorgung diese Anstalt nicht aussparen darf. Zielvorstellung kann auch hier nur die schließliche Auflösung der Funktion dieser Anstalt als psychiatrisches Krankenhaus für Wiener Patienten sein. Eine erste Maßnahme muß daher ein sofortiger Überweisungsstop nach Ybbs sein. Sodann müßte geprüft werden, inwieweit die Lebensbedingungen der Patienten in dieser Anstalt denen des Psychiatrischen Krankenhauses in Wien entsprechen und welche Maßnahmen des "Humanisierungsprogramms" (vgl. A) auch dort indiziert sind. Da sich in dieser Anstalt besonders viele "anstaltssoziale", zu Anstaltsarbeiten herangezogene Patienten befinden, ist insbesondere zu prüfen, ob nicht die vorgeschlagenen Einrichtungen geschützter Arbeitsplätze (vgl. 1.3, c.1) und anstaltsinterner Wohnheime (vgl. 3.3, "erste Phase") für viele dieser Patienten angemessen ist. Da die Anstalt in einem anderen Bundesland liegt und langfristig nur für die Versorgung der Bevölkerung dieses Landes dienen sollte, hängt es im weiteren von der Planung der psychiatrischen Versorgung bzw. der allgemeinen Krankenanstalten in diesem Bundesland ab, ob die weiteren Ziele einer Funktionsveränderung und Integration in ein übergreifendes Versorgungssystem realisiert werden können.

Teil VI: ANHANG

1. Materielle Voraussetzungen

1.1 Finanzielle Ressourcen des Psychiatrischen Krankenhauses relativ zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen

TABELLE A.1

Die Entwicklung der Investitionen (und ihrer Deckung) pro ver-
rechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische,
Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Die Investitionen betru- gen pro Krankenpflegetag durchschnittlich x öS:									
Psychiatrische KA	12	13	7	7	9	13	28	43	18
Tuberkulose KA		30	13		35	21		30	36
Allgemeine KA		43	22		60	25		132	42
Die Investitionen wurden gedeckt mit durchschnitt- lich x öS pro Kranken- pflegetag von:									
BUND									
Psychiatrische KA	-	-	-	-	-	-	-	4	1
Tuberkulose KA		-	-		-	-		1	1
Allgemeine KA		-	-		-	-		26	7
LAND									
Psychiatrische KA	12	9	6	7	9	13	28	39	17
Tuberkulose KA		30	13		35	17		29	34
Allgemeine KA		36	14		60	19		106	25
ANDERE INSTITUTION ³⁾									
Psychiatrische KA	-	4	1	-	-	-	-	-	-
Tuberkulose KA		-	-		-	4		-	1
Allgemeine KA		7	8		-	6		-	10

1) Eigene Berechnungen nach "Die Krankenanstalten Österreichs",
Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974

2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe,
W=Wien, Ö=Österreich

3) Gemeinde, Bezirk, Beitragsbezirk, Krankenanstaltensprengel,
sonstige Anstaltenträger

TABELLE A.2

Die Entwicklung ausgewählter Ausgaben pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Es wurden pro Krankenpflegetag durchschnittlich x öS ausgegeben für:									
INSGESAMT ³⁾									
Psychiatrische KA	102	106	89	161	175	152	290	321	305
Tuberkulose KA		195	150		377	260		716	548
Allgemeine KA		241	168		434	299		873	615
PERSONALAUFWAND ⁴⁾									
Psychiatrische KA	55	56	47	87	97	88	158	180	184
Tuberkulose KA		100	77		189	142		355	307
Allgemeine KA		133	92		251	175		486	363
ÄRZTLICHE ERFORDERNISSE ⁵⁾									
Psychiatrische KA	4	4	3	7	7	7	15	17	18
Tuberkulose KA		23	16		45	32		114	65
Allgemeine KA		32	22		52	40		134	86
VERKÖSTIGUNG									
Psychiatrische KA	11	11	12	14	15	16	21	22	24
Tuberkulose KA		19	22		21	26		29	37
Allgemeine KA		15	16		17	20		28	30
SONSTIGES									
Psychiatrische KA	32	35	27	52	56	41	95	102	79
Tuberkulose KA		53	35		122	60		218	139
Allgemeine KA		61	38		114	64		225	136
HAUSERFORDERNISSE; IN-STANDSETZUNG DER GEBÄUDE UND ANLAGEN ⁶⁾									
Psychiatrische KA		8)		5	6	7	6	8	14
Tuberkulose KA		8)			26	16		40	33
Allgemeine KA		8)			15	15		22	34
BEHEIZUNG, BELEUCHTUNG, STROMKOSTEN									
Psychiatrische KA		8)		8	7	5	10	10	10
Tuberkulose KA		8)			12	10		21	21
Allgemeine KA		8)			12	9		22	18
KLEIDER UND WÄSCHE ⁷⁾									
Psychiatrische KA		8)		1	2	3	10	8	5
Tuberkulose KA		8)			4	3		6	3
Allgemeine KA		8)			10	4		16	7

- 1) Eigene Berechnungen nach "Die Krankenanstalten Österreichs", Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974
- 2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe, W=Wien, Ö=Österreich
- 3) Laufende Ausgaben ohne Investitionen
- 4) ohne Pensionen, persönl. Sachaufwendungen (wie Aufwandsentschädigungen, Reise- und Übersiedlungskosten u.dgl.), Sondergebühren gemäß § 27, Abs. 4 KAG.
- 5) Kosten für Medikamente, Verbandstoffe, Röntgen und sonstiger Laborbedarf, ärztliche Instrumente und Apparate (ohne Investitionen)
- 6) Reinigung, Schnee- und Müllabfuhr, kleinere Reparaturen, Wassergebühren, Versicherungen u.s.w. sowie Anschaffung und Instandhaltung von Hauseinrichtungen, Geräten und maschinellen Anlagen (ohne Investitionen)
- 7) Dienst- und Patientenkleidung, Bettzeug, Wäsche und deren Reinigung
- 8) Wurde in diesem Jahr nicht getrennt ausgewiesen.

TABELLE A.3

Die Entwicklung der Einnahmen pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Pro Krankenpflegetag wurden durchschnittlich x öS eingenommen									
INSGESAMT									
Psychiatrische KA	67	54	64	158	119	123	308	237	236
Tuberkulose KA		111	95		173	161		378	328
Allgemeine KA		130	117		187	199		434	401
durch PFLEGE GEBÜHREN									
Psychiatrische KA	62	48	60	149	111	115	292	216	214
Tuberkulose KA		90	83		164	148		295	267
Allgemeine KA		96	92		164	160		304	291
durch SONDERGEBÜHREN ³⁾									
Psychiatrische KA				-	1	1	-	1	3
Tuberkulose KA					1	1		5	5
Allgemeine KA					5	17		10	36
durch SONSTIGE EINKÜNFEN ⁴⁾									
Psychiatrische KA	5	6	5	9	7	7	16	20	19
Tuberkulose KA		21	11		8	12		78	56
Allgemeine KA		33	16		18	22		120	74

- 1) Eigene Berechnungen nach "Die Krankenanstalten Österreichs", Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974
- 2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe, W=Wien, Ö=Österreich
- 3) Nettoanteil der Anstalt an den Sondergebühren gemäß § 27, Abs.4 KAG
- 4) Pensionsbeiträge, Ersatz für Personalverpflegung, Ersatz für Personalunterkünfte, Blutersatz, Vieh- und Gartenwirtschaft, Ambulanzentgelte, etc.

TABELLE A.4

Die Entwicklung des Betriebsabganges (und seine Deckung) pro verrechnetem Krankenpflegetag zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Der Betriebsabgang beträgt per Krankenpflegetag x öS									
Psychiatrische KA	35	52	24	3	56	31	-19 ⁴⁾	84	69
Tuberkulose KA		84	55		204	99		339	220
Allgemeine KA		111	51		247	101		439	214
Der Betriebsabgang wurde gedeckt mit durchschnittlich x öS pro Krankenpflegetag von									
BUND									
Psychiatrische KA	-	1	1	-	2	1	-7 ⁴⁾	3	4
Tuberkulose KA		12	8		22	14		73	49
Allgemeine KA		10	6		23	14		74	44
LAND									
Psychiatrische KA	35	50	22	3	54	28	-12 ⁴⁾	81	56
Tuberkulose KA		72	40		182	74		266	137
Allgemeine KA		98	37		224	65		365	120
ANDERE INSTITUTION ³⁾									
Psychiatrische KA	-	1	1	-	-	2	-	-	9
Tuberkulose KA		-	7		-	11		-	34
Allgemeine KA		3	8		-	22		-	50

- 1) Eigene Berechnungen nach "Die Krankenanstalten Österreichs", Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974
- 2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe, W=Wien, Ö=Österreich
- 3) Gemeinde, Bezirk, Beitragsbezirk, Krankenanstaltensprengel, sonstige Anstaltenträger
- 4) Negativer Betriebsabgang, da größere Einnahmen als Ausgaben

TABELLE A.5

Die Entwicklung der ermittelten Pflegegebühr pro Krankenpflegetag (gemäß § 28, Abs.1 KAG) für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten zwischen 1964 und 1974¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Die ermittelte Pflegegebühr pro Krankenpflegetag betrug x öS:									
Psychiatrische KA	82 ⁴⁾	86	73	123 ⁵⁾	136	130	6)	246	7)
Tuberkulose KA	173	173	135		323	231		551	432
Allgemeine KA		209	142		360	251		635	496

1) Quelle: Die Krankenanstalten Österreichs, Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974

2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe, W=Wien, Ö=Österreich

3) Wurde in diesem Jahr nicht (getrennt) ausgewiesen

4) Demgegenüber betrugen die festgesetzten Pflegegebühren am Psychiatrischen Krankenhaus am 31.12.1964 öS 50,--, für die Krankenkassen öS 25,--

5) Es betrugen die festgesetzten Pflegegebühren am Psychiatrischen Krankenhaus am 31.12.1969 in der 2. Klasse öS 168,--, öS 120,-- in der 3. Klasse, für die Krankenkassen öS 89,--

6) Es wurden keine Pflegegebühren ermittelt; die tatsächlichen Pflegegebühren betrugen in der Sonderklasse öS 252,--, in der allgemeinen Klasse öS 210,--, für die Krankenkassen öS 150,--

7) Nicht ermittelt

TABELLE A.6

Die Entwicklung der Pflegegebühren (in öS) am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	Sonder- klasse ²⁾	Allgemein- klasse ³⁾	Kranken- kasse	% Krankenkassengebühren an Gebühren der Allgem.Klasse
1963	-	-	20	-
1964	-	50	25	50
1965	-	70	35	50
1966	-	70	35	50
1967	115	85	65	76,5
1968	150	110	78	70,9
1969	168	120	89	74,2
1970	188	144	93,4	64,9
1971	200	165	103	62,4
1972	240	200	103	51,5
1973	240	200	128	64
1974	252	210	150	71,4
1975	210 ⁴⁾	210	180 ⁵⁾	85,7
1976	232	232	216 ⁵⁾	93,1

1) Zusammengestellt aus den Jahresmeldungen des Psychiatrischen Krankenhauses zur Zentralkartei der Krankenanstalten

2) bis einschließlich 1974 "2.Klasse"

3) bis einschließlich 1974 "3.Klasse"

4) + 50% Anstaltsgebühr

5) + 8% Mehrwertsteuer

1.2 Materielle Ausstattung der Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses

TABELLE A.7: Zahl der Krankenzimmer einer bestimmten Bettenanzahl und Zahl der Betten in einem bestimmten Zimmertyp in Männer- und Frauenabteilungen

Bettenzahl pro Zimmer	F r a u e n a b t e i l u n g e n																								G e s a m t				
	7F		3		5		9		10		12		14		11		15		18		21		24					26	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
1																													
2	1	2																											
3			3	12																									
4					8	32		6	18																				
5							1	4																					
6	1	6																											
7	1	7																											
8	2	16			1	7	1	7																					
9							2	16																					
10					2	20																							
11	1	11	2	22																									
12																													
13	1	12																											
14					1	13																							
15			2	28																									
16					1	15																							
17					16																								
18			1	16																									
19					1	17																							
20							3	54																					
21							1	19																					
							1	20																					
insgesamt	7	54	6	50	14	100	12	100	9	170	15	116	13	84	17	100	13	140	18	90	13	100	29	140	9	90	13	97	1431

[illegible]

(1) Zahl der Krankenzimmer einer bestimmten Bettenanzahl
(2) Zahl der Betten in einem bestimmten Zimmer

(3) 3-Anteil an der Bettenkapazität

(4) kumulierter β -Anteil an der Bettenkapazität

* Stichtag 10.3.1977 (Männer) bzw. 20.3.1977 (Frauen)

† Summe ohne Rehabilitationsabteilung und Abteilung kranke Rechtsbrecher

kranken Rechtsbrecher

TABELLE A.3: Ausstattung der einzelnen Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses mit verschiedenen Ressourcen (nach einer schriftlichen Befragung der Oberpfleger/-schwestern 1975)

Ausstattung mit	M ä n n e r a b t e i l u n g e n											zusammen
	2	4	6	13	13a	16	18	22	8	20	23	
Nachtkästchen (in % d.Betten)	100%	97%	85%	87%	100%	14%	-	100%	100%	59%	-	67%
Schränken (in % d.Betten)	35%	20%	-	7%	-	1%	-	4%	3%	-	-	5%
WC-Anlagen für Patienten												
Anzahl insges. davon	8	14	12	11	4	9	12	10	16	14	6	116
-in geschlossenen Raum	6	12	6	6	4	7	4	6	6	6	-	63
-mit Glasverdeck	2	2	3	4	-	1	6	2	-	6	-	26
-gänzlich unverdeckt	-	-	3	1	-	1	2	2	10	2	6	27
Durchschnittl. Patientenzahl/ WC	8	7	9	11	16	21	12	9	8	11	5	10
Waschbecken f. Patienten												
Anzahl insges. davon	13	33	5	7	7	24	13	12	10	18	6	148
-im Kranken/ Badezimmer	13	27	2	6	3	16	11	10	6	13	5	115
-mit Warmwasser	13	27	-	6	3	16	9	10	6	9	-	99
Durchschnittl. Patientenzahl/ Waschbecken	5	3	22	17	9	8	11	8	12	8	5	8
Durchschnittl. Patientenzahl/ Waschbecken im Kranken-/Badez.	5	4	55	20	21	12	13	9	20	12	6	10
Badewannen und Duschen für Patienten												
Badewannen insges.	2	4	6	4	2	2	6	4	4	6	1	41
Duschen insgesamt	1	3	2	3	2	4	2	6	4	4	2	33
Durchschnittl. Patientenzahl/ Badewanne oder Dusche	21	14	14	17	16	32	18	9	15	15	9	16
Durchschnittl. Patientenzahl auf einen Rasierapp.	21	19	18	30	21	63	29	30	30	25	14	
eine Haarbürste	21	32	55	120	k.A.	-	147	-	-	38	28	
einen Kamm	k.A.	32	110	60	k.A.	47	49	-	60	50	-	
eine Zahnbürste	k.A.	-	6	-	k.A.	19	7	-	-	-	-	
Ausreichende Menge an												
-Seife	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
-Handtücher	ja	nein	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	
-Waschlappen	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	
-Shampoo	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	
-Zahnpasta	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	
Tagräume für Patienten												
Anzahl insges. für ...Patienten (wochentags)	3	4	4	*	1	5	2	1	4	5	*	29
für... Patienten (Sa.,So.,Feiert.)	62	60	67	65	52	94	52	35	27	98	23	635
Durchschnittl. Patientenzahl/ Tagraum	62	80	61	65	52	146	52	35	62	98	23	736
wochentags	21	15	17	*	52	19	26	35	7	20	*	22
Sa.,So., Feiertag	21	20	15	*	52	29	26	35	16	20	*	25

* ein gesamtes Stockwerk

Ausstattung mit	Frauenabteilungen													zusammen
	3	5	9	10	12	14	11	15	19	21	24	25	26	
Nachtkästchen (in % d.Betten)	100%	40%	84%	77%	100%	100%	100%	4%	60%	69%	100%	96%	90%	77%
Schränken (in % d.Betten)	-	-	25%	-	5%	2%	12%	-	2%	-	100%	18%	8%	15%
WC-Anlagen für Patienten														
Anzahl insges. davon	9	10	18	12	9	8	10	16	6	8	20	5	7	138
-in geschlos- senem Raum	4	-	16	12	6	2	6	9	-	3	20	5	7	90
-mit Glasverdeckt	4	10	-	-	3	6	4	4	2	3	-	-	-	36
-gänzlich un- verdeckt	1	-	2	-	-	-	-	3	4	2	-	-	-	12
Durchschnittl. Patientenzahl/ WC	10	10	6	14	11	12	10	8	15	12	7	15	15	10
Waschbecken f. Patienten														
Anzahl insges. davon	10	6	22	16	12	4	26	10	9	13	52	9	14	203
-im Kranken-/ Badezimmer	6	6	20	10	10	4	26	7	7	12	52	5	10	175
-mit Warmwasser	3	4	20	10	9	4	26	2	5	10	52	5	9	159
Durchschnittl. Patientenzahl/ Waschbecken	9	17	5	11	8	25	4	14	10	8	3	9	8	7
Durchschnittl. Patientenzahl/ Waschbecken im Kranken-/Badez.	15	17	5	17	10	25	4	20	13	8	3	16	11	9
Badewannen und Duschen für Patienten														
Badewannen insg.	4	6	4	4	4	4	4	7	4	5	6	2	2	56
Duschen insges.	4	4	4	6	4	4	4	2	3	3	6	2	2	48
Durchschnittl. Patientenzahl/ Badewanne od. Dusche	11	10	14	17	13	13	13	16	13	13	12	20	27	14
Durchschnittl. Patientenzahl auf eine Haarbürste	-	-	55	-	-	-	25	70	-	-	-	-	-	-
einen Kamm	-	50	11	7	20	8	25	14	k.A.	17	-	-	1	1
eine Zahnbürste	-	3	7	-	-	4	3	3	k.A.	-	-	-	1	1
Ausreichende Mengen an														
-Seife	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
-Handtüchern	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
-Shampoo	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja	ja
-Waschlappen	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein
-Zahnpasta	ja	nein	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja
Tagräumen für Patienten														
Anzahl insges.	3	2	2	4	4	3	3	6	1	3	5	3	5	44
für...Patienten (wochentags)	37	70	27	125	15	75	70	55	20	55	70	41	86	746
für...Patienten (Sa.,So.,Feiertag)	41	75	30	145	40	77	70	58	20	55	70	67	106	854
Durchschnittl. Patientenzahl/ Tagraum														
-wochentags	12	35	14	31	4	25	23	9	20	18	14	14	17	17
-Sa.,So., Feiertag	14	38	15	36	10	26	23	10	20	18	14	22	21	19

1.3 Architektonische Grundstruktur und räumliche Funktionen in den untersuchten Abteilungen⁺⁾

Die architektonische Grundstruktur der Gebäude ist sehr ähnlich: sie besteht in einem zweistöckigen, unterkellerten Flügelbau, der Zugang wird über ein im Mitteltrakt befindliches Treppenhaus erschlossen, ein langer Gang durchzieht den Mitteltrakt und biegt in die Flügeltrakte ein. Dieser Gang ermöglicht die Abgrenzung eines nahezu geschlossenen Areals für die Patienten, welches gartenseitig angeordnet ist. Im Parterre der Gebäude führen aus diesem Areal Zugänge zu großen Balkonen. Das Gebäude der Abteilung AM wurde kürzlich renoviert, wobei die wesentlichsten Umgestaltungen im Einbau eines Aufzugs, einer Verkleinerung von Patientensälen durch Errichtung von Zwischenwänden, einer Erneuerung der sanitären Anlagen und im Einbau einer Sprechanlage bestanden.

Auch die Funktionswidmung der einzelnen Stockwerke ist weitgehend identisch. Im Parterre befinden sich die eher einer intensiveren Pflege und Aufsicht bedürftigen Patienten und damit durchschnittlich eine größere Anzahl von Schwestern bzw. Pflegern; Geräte- und Materialräume für die ärztlichen und pflegerischen Handlungen, Räume für Schwestern bzw. Pfleger, Oberschwestern bzw. -pfleger und Ärzte. Somit befinden sich im Parterre die Zentren der Administration und der materiellen und ärztlichen Versorgung der Abteilungen.

Im 1. Stock halten sich überwiegend Patienten auf, die geringer Aufsicht und Pflege bedürfen und entsprechend durchschnittlich weniger Angehörige des Pflegepersonals. Im 2. Stock gibt es in allen Abteilungen Schlafplätze für Pfleger, in den Abteilungen VM und AF Umkleideräume für das Pflegepersonal (diese befinden sich in der Abteilung AM im Keller), außerdem in der Abteilung AF ein Nachtspital für bereits entlassene Patienten.

⁺⁾ Rekonstruktion der Beobachter, Zustand 1974

Eine detailliertere Betrachtung der Funktionswidmung und Ausstattung der einzelnen Räume der drei Abteilungen führt zu folgenden vergleichswisen Einschätzungen (Grundrißskizzen der Parterre-Geschoße der einzelnen Abteilungen mit Kurzbeschreibungen liegen bei).

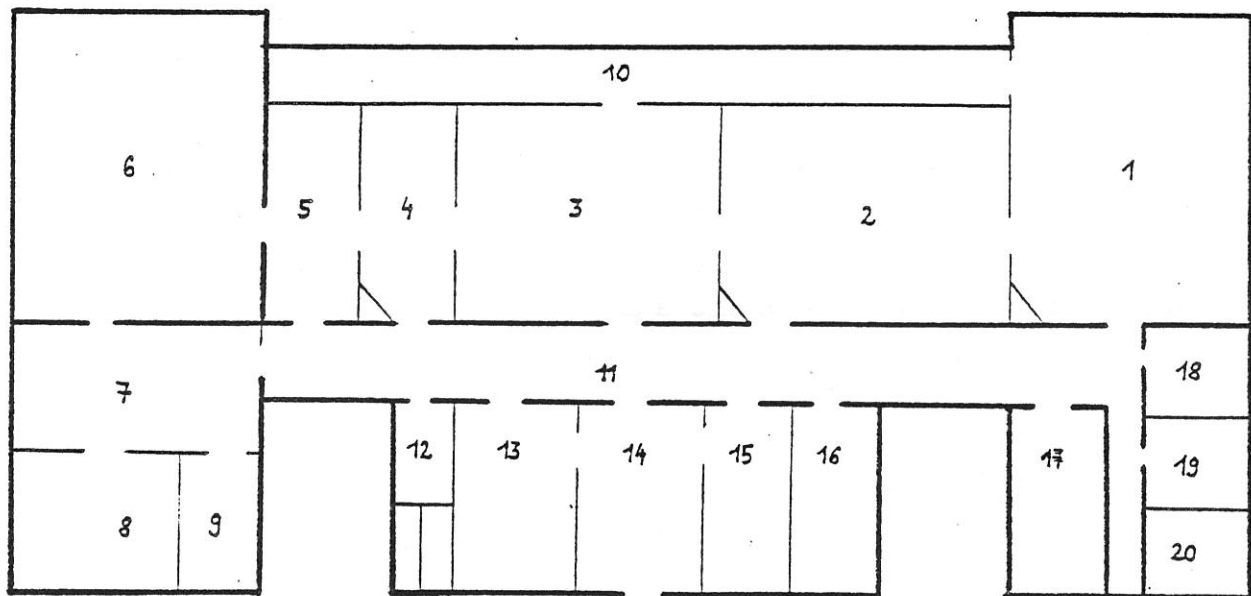
Die Patienten werden in allen drei Abteilungen ziemlich restriktiv auf ein bestimmtes Areal beschränkt und sind vom Betreten anderer Areale ausgeschlossen. Am stärksten wird diese Abschließung der Patienten in Abteilung VM praktiziert, in welcher die definierten Areale praktisch nicht verlassen werden können. Abteilung AF weist in dieser Hinsicht noch die größte Durchlässigkeit auf.

In den einzelnen Abteilungen werden mehr oder minder starre Modelle von räumlichen Zuordnungen und Übergängen praktiziert. Diese Modelle werden in den Abteilungen AM und AF so gehandhabt, daß alle Neuzugänge in bestimmten Sälen konzentriert werden und bei verbessertem somatischen oder psychischen Befinden bzw. geminderter Aufsichtsbedürftigkeit eine "Karriere" durch mehrere Säle beginnen, in welcher auch Rückversetzungen vorkommen. Auch in Abteilung VM erfolgt eine Konzentration der pflegebedürftigen Fälle, die Verlegungsentscheidungen jedoch sind von jeweils aktuellen Erfordernissen geprägt, wobei die Verlegungskriterien prinzipiell ähnlich wie in den beiden anderen Abteilungen sind.

Grundrißskizzen der drei Abteilungen mit
Beschreibungen

Abteilung VM

Grundriß Parterre:



Beschreibung der Räumlichkeiten

P a r t e r r e

- 1 Wachsaal 1: ca. 15 Betten (davon ca. 6 Netzbetten),
1 Tisch für Pfleger und Hausarbeiter), 1 Bades-
wanne, 1 WC (Milchglasverdeck, ca. 1,5 m hoch,
nicht versperrbar, 1 Waschbecken, 1 Wäsche-
kasten, ca. 3 Nachtkästchen, Schrankwagen
mit therapeutischem Material und Hauptdienst-
buch, fahrbare Stühle.

- 2 Wachsaal 2: ca. 15 Betten (davon ca. 3 Netzbetten),
1 kleiner Tisch, 1 WC wie in WS 1, 1 Wäschekasten, ca. 5 Nachtkästchen.
- 3 Wachsaal 3: ca. 13 Betten (davon ca. 4 Netzbetten), ca.
6 Nachtkästchen.
- 4 Kleiner Tagraum: 1 großer und 2 kleine Tische, Sesseln.
- 5 Baderaum: 2 Wannen, 3 Duschen, 1 WC wie in den Wachsälen,
3 Waschbecken mit Kaltwasser, 1 Bank.
- 6 Großer Schlafsaal: ca. 17 Betten, ca. 10 Nachtkästchen,
1 WC wie in den Wachsälen.
- 7 Großer Tagraum: mehrere Tische und Sesseln.
- 8 Kleiner Schlafsaal: ca. 12 Betten, mehrere Nachtkästchen.
- 9 WC und Waschgelegenheit für Patienten des großen Tag-
raumes bzw. des kleinen Schlafsaales.
- 10 Balkon mit Sesseln und Tischen, einige Netz- und Klapp-
betten, Ablagerung der Schmutzwäschesäcke.
- 11 Gang: Bilder und Blumenstöcke, kleiner Tisch mit Sesseln.
- 12 Waschraum und WC für Pfleger untertags. Nach Dienstschluß
steht dem Pflegepersonal 1 Baderaum im
1. Stock und 1 WC im 2. Stock zur Verfügung.
- 13 Küche: kleiner Gaskocher, Abwaschbehälter und Warmhalte-
fach, Eiskasten, Geschirrkästen, großer und
kleiner Tisch, Diättafel, Speisekarte für
1 Woche.
- 14 Stiegenhaus
- 15 Raum mit Tisch und Sesseln ohne besondere Verwendung,
wird z.B. von Gerichtskommission zur Vor-
führung von mobilen Patienten benutzt.
- 16 Pflegerzimmer: 3 Tische mit Sesseln, 1 Kasten, 1 Wasch-
becken, 1 Anschlagtafel, 1 Waschbecken mit
Spiegel.
- 17 Wäschekammer: Wäschevorrat und Schmutzwäsche, Vorrats-
kasten für Verbände etc.

- 18 Chargen-Zimmer: Medikamentenvorrat (mit verschlossenem "Giftkasten"), Tablett mit in Verwendung befindlichen Medikamenten, Sterilisator für Injektionsnadeln, Kühlschrank für kühl zu lagernde Medikamente, Tisch und Sessel.
- 19 Oberpfleger-Zimmer: Aktenschrank (u.a. Krankengeschichten), 2 Tische und Sesseln, Schreibmaschine, Stecktafeln für Patientenstand und Pflegerstand, Waschbecken, Telefon.
- 20 Ärztezimmer: Tisch, Sesseln, Couch.

Zugänglichkeit der Räume für die Patienten

1 - 10 umfassen den Bereich, in dem sich Patienten aufhalten können. Die Ausgänge nach 11 sind bis auf den Ausgang 7 - 11 immer versperrt; in der Nacht sind alle versperrt. 6 ist untertags beidseitig versperrt, die Benützer können nur zur Mittagsruhe hinein. Die Patienten werden dadurch in 2 Gruppen getrennt, wobei die Benützer von 6 zum Teil in 4, zum Teil in 7 kommen.

Jenseits des Ganges sind die Räume 12 - 17 immer versperrt, wenn sich niemand darin aufhält, so daß eventuell "verirrt" Patienten kein Zutritt möglich wäre.

Funktionelle Widmung einzelner Räume

Die einer intensiveren Pflege bedürftigen Patienten konzentrieren sich in 1, auch 2 und 3 enthalten hohe Anteile bettlägeriger Patienten. Mobile Patienten, die einer gewissen Aufsicht bedürfen, schlafen in 6 und sind untertags in 4, die übrigen mobilen Patienten sind untertags in 7. In 8 schlafen viele Hausarbeiter.

Patientenkarrieren beginnen daher oft in 1, bei Besserung erfolgt eine Verlegung in 2 oder 3, später in 6. Bei Betten-

bedarf im Parterre werden unproblematische Patienten in den 1. Stock verlegt.

1. S t o c k

Die Anordnung der Räume ist analog dem Parterre:

1, 2, 6, 7, 8 sind Schlafsäle (insgesamt 73 Betten, davon drei Netzbetten, WC wie in den vergleichbaren Sälen im Parterre).

3, 4, 15 sind Tagesaufenthaltsräume mit Tischen und Stühlen.

16 ist ein Bad für das Pflegepersonal, dort werden auch die Medikamente und die Dienstbücher verwahrt (immer verschlossen).

18, 19, 20 sind Zimmer für Hausarbeiter (mit 3, 2 und 1 Bett).

Die nicht erwähnten Räume haben gleiche Funktion wie im Parterre (10 gibt es nicht).

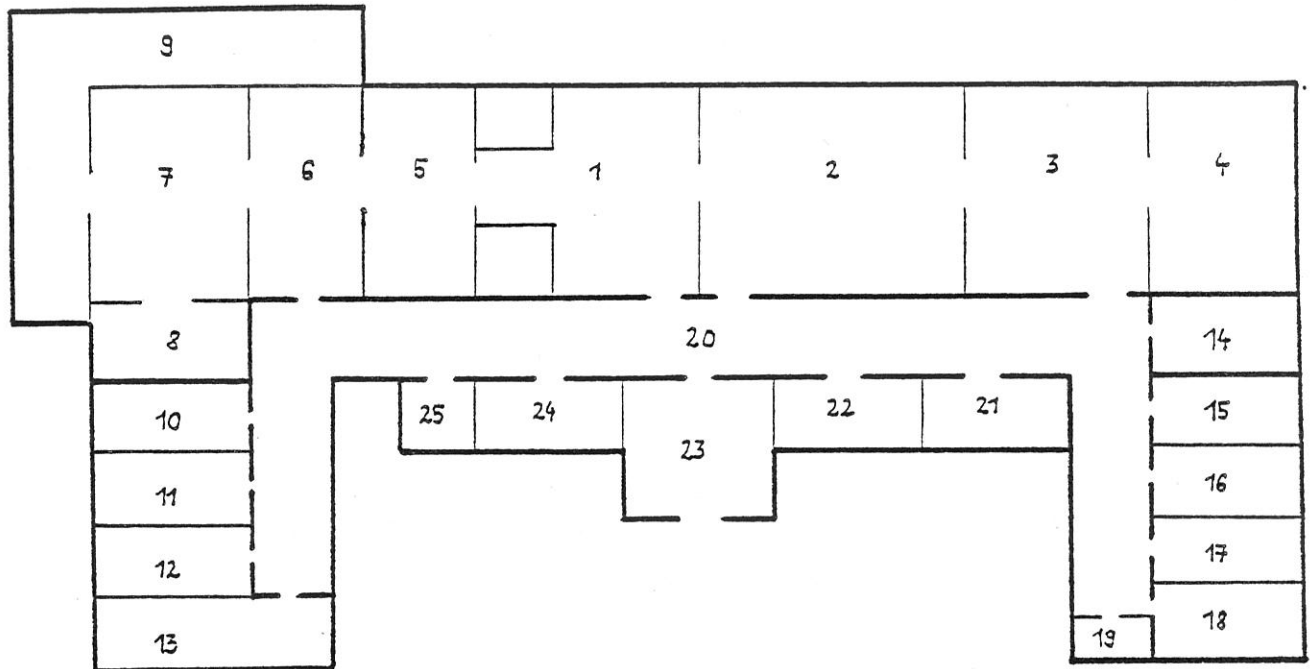
Untertags stehen den Patienten die Räume 3, 4, 5 und 15 zur Verfügung. Zu Mittag dürfen sie auch ihre Schlafräume benutzen. Der Ausgang nach 14 ist immer versperrt, der Abgang in das Parterre nur durch 13 möglich, wo immer Hausarbeiter oder Pfleger sind.

In der Nacht sind die Areale 1, 2 einerseits und 6, 7, 8 und 9 andererseits nach außen abgeschlossen.

Eine funktionelle Differenzierung nach Patientengruppen wie im Parterre ist so gut wie nicht vorhanden. Die wenigen bettlägerigen Fälle und die Netzbetten sind in 2 konzentriert.

Abteilung AM

Grundriß Parterre



Beschreibung der Räumlichkeiten

- 1 Wachsaal 1 mit Spülkammer und Patiententoilette:
6 neue Betten (davon 3 Netzbetten), 1 Tisch
mit 2 Bänken für Patienten (sg. "Achterklub"),
1 kleiner Tisch mit 3 Sesseln, einige frei-
stehende Sesseln, 1 Waschbecken mit Spiegel
und Rasierapparat-Stecker, 1 Wäschebord.

Spülkammer: Schrankwagen mit therapeutischem
Material, Medikamenten und Hauptdienstbuch;
Spülautomatik für Urinflaschen und Leib-
schüsseln, Wandregal mit Bedarfsgegenständen.

Patiententoilette: 3 Pissoirmuscheln, abge-
mauertes Klosett mit unverschießbarer Tür,
1 Waschmuschel, Raucherzentrum.

- 2 Wachsaal 2: ca. 13 Betten, Tisch mit ca. 6 Sesseln, einzelne Sesseln bei den Betten, Waschecke mit Spiegel. Nachtkästchen bei den Betten
- 3 Wachsaal 3: ca. 7 Betten, 1 Wäschebord, Nachtkästchen bei den Betten.
- 4 Wachsaal 4: ca. 8 Betten, 1 Waschecke, Nachtkästchen bei den Betten
- 5 Badezimmer: fünf Waschbecken mit Kalt- und Warmwasser, 3 Badewannen, 2 Duschen, 1 WC mit halbhohem Milchglasverdeck (nicht abschließbar), Wäschesäcke, Tisch und Sessel, fahrbare Stühle.
- 6 Tagraum 1: ca. 5 Tische mit Sesseln, mehrere Kästen.
- 7 Tagraum 2: wenige Tische und Sesseln.
- 8 Tagraum 3: Bänke, Kleiderablage für Außenarbeiter.
- 9 Balkon
- 10 Therapiezimmer: Sterilisationsapparat für Injektionsnadeln, Harnspülungsgerät, Medikamentenvorrat.
- 11, 12 Ärztezimmer: Kästen, Regale, Waschecke, Sitzecke, Aufbewahrung der Krankengeschichten.
- 13 Oberpflegerzimmer: 2 Schreibtische, Schreibmaschine, Stecktafel, Anschlagtafel, Telefon, Sitzecke, Kästen (u.a. Sachspenden für Pfleger und Geschenke für Patienten).
- 14 Pflegerzimmer: 3 Tische mit Sesseln, Waschecke, Geschirrbord mit Eiskasten, Anschlagtafel, Lautsprecher.
- 15-18 sg. Zellen: je 2 Betten, kleiner Tisch mit 2 Sesseln, Waschecke, Nachtkästchen und Kasten.
- 19 Patientenklosett
- 20 Gang Bilder und Blumenstöcke, kleine Tische mit Sesseln.
- 21 Pflegepersonalklosett: 2 Toiletten und Abstellraum für Putzgeräte; Stühle, Kästen (u.a. Spiele für Patienten)

22 Aufzug

23 Stiegenhaus

24 Küche: Rechaudkocher, Abwaschbehälter, Warmhaltefach,
Eiskasten, Geschirrkästen, Diättafel.

25 allgem. Gang-
klosett: 2 Toiletten.

Zugänglichkeit der Räume für Patienten

Die Patienten halten sich überwiegend in dem Bereich 1 - 9 auf. (Mit Ausnahme der Patienten in den Zweibettzimmern 15-17). Die Ausgänge nach 20 sind meist geschlossen, der Gang darf nur während der Besuchszeit aufgesucht werden. Die Patienten sind untertags in 2 Mengen geteilt: Wachsaalpatienten einerseits (1-4), Tagraumpatienten andererseits (6-9)⁺. Jenseits des Ganges sind Pflegerklosett, Küche und Pflegerzimmer versperrt, wenn sich niemand darin aufhält, so daß Patienten keinen Zutritt haben.

Funktionelle Widmung einzelner Räume

Alle Neuaufnahmen kommen in 1, bei anhaltender Besserung bzw. Unauffälligkeit durchwandern die Patienten zuerst die Säle bis 4 und werden dann in den Stock verlegt. Unter Umständen halten sie sich dann noch untertags in den Tagräumen im Parterre auf.

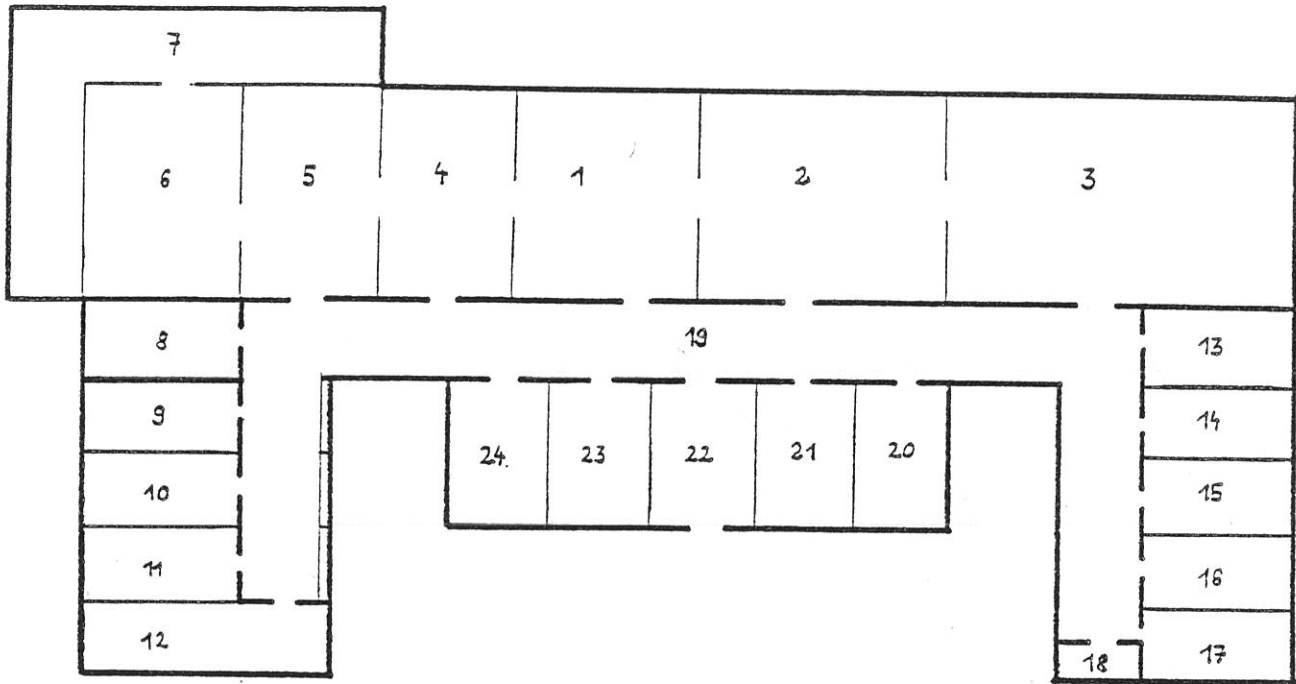
Die Anordnung der Räume im 1. Stock ist ähnlich dem Parterre, es gibt lediglich größere Schlafsäle und in beiden Flügeln 2-Bett-Zimmer für Patienten.

Im Keller befinden sich Duschen für das Pflegepersonal, Umkleideräume und die Totenkammer.

⁺) Die Tagraumpatienten kommen fast zur Gänze aus dem Stock.

Abteilung AF

Grundriß Parterre



Beschreibung der Räumlichkeiten

- 1 Saal 1: ca. 9 Betten, davon ca. 2 Netzbetten, mit je einem Nachtkästchen (unverschießbar), 2 Tische mit Sesseln und Eckbank; Kasten mit Wäsche- und Medikamentenvorrat (verschlossen), Aufbewahrung des Hauptdienstbuches; Kasten mit Decken, Kautschukeinlagen, Schlafröcken etc. (unverschlossen); 1 Waschbecken.
- 2 Saal 2: ca. 15 Betten, davon ca. 4 Netzbetten, mit je einem Nachtkästchen, kleiner Tisch mit 2 Sesseln, 1 Waschbecken.
- 3 Saal 3: ca. 15 Betten mit Nachtkästchen
- 4 Badezimmer: 2 Badewannen, 3 Duschen, 4 Waschbecken, Wäschestangen, Schmutzwäsche-Säcke, verschiedene Toilettartikel, ein offenes Klosett, eine Bank und Sessel.

- 5 Tagraum 1: 2 Tische mit Bänken und Sesseln, 1 Kästchen mit Zeitschriften, 1 Klavier, 1 Radioapparat.
- 6 Tagraum 2: 4 Tische mit Bänken und Sesseln, 1 Kästchen mit Zeitschriften und Spielen, 1 Waschbecken, 1 Fernsehgerät.
- 7 Balkon: darf nur unter Beaufsichtigung betreten werden, sonst versperrt.
- 8 Patientenklosett: zwei Toiletten und Vorraum, welcher als Besenkammer und Raucherraum dient.
- 9 Schwesternklosett
- 10 Wäschekammer: 2 große Kästen mit Wäschevorrat, 1 Kasten mit Bedarfsartikeln.
- 11 Therapiezimmer: Geräte, Schreibtisch mit Schreibmaschine, Aufbewahrung der Krankengeschichten.
- 12 Oberschwesterzimmer: Medikamentenvorrat, Schreibtisch mit Schreibmaschine, Garderobe, Stecktafel für Personal- und Patientenstand.
- 13 Oberärztzinnenzimmer
- 14-16 Klassezimmer: je 2 Betten, 2 Kästen, 2 Nachtkästchen Tisch mit 2 Sesseln, 1 Waschmuschel.
- 17 Abstellraum: weiterer Wäschevorrat, Geräte (Wagen).
- 18 Patientenklosett: 2 Toiletten
- 19 Gang: Tische, Bänke, Sesseln, Bilder und Blumenstöcke.
- 20 Schmutzwäschekammer: 1 Badewanne (Auswaschen von Kautschukeinlagen), Ablagerung der Schmutzwäsche-säcke; Putzgeräte.
- 21 Schwesternzimmer: Kühlschrank, Stellagen, Kasten, Geschirrkästchen, Kaffeekocher, Tisch mit Sesseln, 1 Waschecke.
- 22 Stiegenhaus

- 23 Küche: großer Arbeitstisch, Geschirrkästen und Vorräte, Abwäsche, 2 Kochplatten, 1 Warmhaltefach, Diättafel.
- 24 Schmutzwäschekammer: für Pflegepersonal-Wäsche.

Zugänglichkeit der Räume für die Patienten

Der eigentliche Bereich der Patienten (mit Ausnahme der Klassepatienten) ist das Areal 1 - 8. In diesem Areal ist der Saal 3 untertags abgeschlossen und der Balkon 7 nur unter Aufsicht zugänglich. Durch das Badezimmer 4 werden die Patienten in zwei Gruppen getrennt. Alle anderen Räume sind immer dann versperrt, wenn keine Schwester/Arzt sich darin aufhält und der Zutritt dorthin wird den Patienten verwehrt. Die Türen zum Gang 19 sind nicht versperrt, allerdings wird der Aufenthalt dort nicht von allen Schwestern geduldet. Die innere Eingangstüre zum Parterre ist versperrt.

Funktionelle Widmung einzelner Räume

Im Saal 1 befinden sich bettlägrige Patienten, welche der meisten Pflege bedürfen. Neuzugänge werden in den zweiten Saal gelegt. Bei Besserung ihres Zustandes bzw. geringerer Aufsichtsbedürftigkeit werden sie zunächst in den Saal 3 und anschließend in den Stock verlegt. "Rückversetzungen" signalisieren eine verschlechterte Prognose.

Die Anordnung der Räume im 1. Stock ist analog dem Parterre, ein dem Tagraum-Parterre entsprechender Raum ist als Nähstube eingerichtet.

2. Personelle Voraussetzungen

2.1 Personelle Ressourcen des Psychiatrischen Krankenhauses relativ zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen

TABELLE A.9

Die Entwicklung der Anzahl der Ärzte am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	Fachärzte	Prakt. Ärzte	Ärzte in Ausbildung zum Facharzt	Ärzte insgesamt
1963	30	9	1	40
1964	29	11	1	41
1965	29	11	1	41
1966	27	14	2	43
1967	27	13	1	41
1968	29	11	2	42
1969	29	12	2	43
1970	29	12	7	48
1971	31	8	9 ²⁾	48
1972	31	9	10	50
1973	32	10	12	54
1974	36	7	12	55
1975	38	4	20	62
1976	41	5	18	64

1) Zusammengestellt aus den Jahresmeldungen zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs nach dem Stand vom 31.12. des jeweiligen Jahres

2) Inclusive 4 Ärzte in Ausbildung zum praktischen Arzt

TABELLE A.10

Die Entwicklung der Anzahl der verschiedenen Kategorien des Krankenpflegepersonals am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	(1) Diplomiertes Krankenpfle- gepersonal			(2) Stationsgehil- fen mit Zeugnis			(3) Stationsgehil- fen ohne Zeugnis			(4) Lernpfleger/ Schwester			Prozentsatz von dipl. Krankenpfle- gepersonal aus (1)+(2)+(3)		
	w	m	ges.	w	m	ges.	w	m	ges.	w	m	ges.	w	m	ges.
1963	348	245	593	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100
1964	344	234	578	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100
1965	330	220	550	-	-	-	16	-	16	-	-	-	95	100	97
1966	322	211	533	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100
1967	370	245	615	-	21	21	24	-	24	24	21	45	94	92	93
1968	322	198	520	-	-	-	-	-	-	75	64	139	100	100	100
1969	318	210	528	3	6	9	12	23	35	46	38	84	95	88	92
1970	289	201	490	10	24	34	28	20	48	40	44	84	88	82	86
1971	289	201	490	22	31	53	22	19	41	43	39	82	87	80	84
1972	261	191	452	35	41	76	30	30	60	45	39	84	80	73	77
1973	245	210	455	47	43	90	32	34	66	51	32	83	76	73	74
1974	228	175	403	49	67	116	41	34	75	70	38	108	72	63	68
1975	216	169	385	62	81	143	42	52	94	80	48	128	68	56	62
1976	204	157	361	70	81	151	73	61	134	61	51	112	59	53	56

1) Zusammengestellt aus den Jahresmeldungen zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs nach dem Stand vom 31.12. des jeweiligen Jahres

TABELLE A.11

Die Entwicklung der Anzahl verschiedener Kategorien der medizinisch-technischen Dienste am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	Psycho- therapeutischer Dienst	Med.- techn. Dienst	Radiol.- techn. Dienst	Diät- dienst	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie Dienst	logopäd.-/ phoniatr. Dienst	alle MTD
1963	-	2	1	-	-	-	3
1964	-	4 ²⁾	2	-	-	-	6
1965	-	4 ²⁾	2	-	-	-	6
1966	-	4	2	-	-	-	6
1967	-	4	2	-	2	1	9
1968	-	6	2	-	4 ³⁾	1 ⁴⁾	13
1969	-	6	2	-	2	2 ⁴⁾	12
1970	1	6	2	-	4	2	15
1971	1	6	2	-	4	2	15
1972	1	6	2	1	5	3	18
1973	3	6	2	1	5	4	21
1974	2	5	2	-	5	4	18
1975	2	2	3	1	4	4	16
1976	3	2	3	1 ⁵⁾	5	5 ⁴⁾	19

1) Zusammengestellt aus den Jahresmeldungen zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs nach dem Stand vom 31.12. des jeweiligen Jahres

2) 1 davon ohne Diplom

3) 1 davon teilbeschäftigt mit 18 Wochenstunden

4) mit 18 Stunden teilbeschäftigt

5) mit 30 Stunden teilbeschäftigt

TABELLE A.12

Die Entwicklung der Anzahl verschiedener Personalkategorien am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	Anstalts- apotheken	nicht-pharmaz. Apotheker- personal	sonstige Sanitäts- dienste ²⁾		Verwaltungs- personal ³⁾	Wirtschaftspersonal ⁴⁾
			mit Zeugnis	ohne Zeugnis		
1963	6	15	2	4	50	309
1964	6	15	3	2	45	242
1965	7	13	5	2	52	291
1966	6	14	5	2	46	323
1967	6	14	6	1	46	340
1968	5	15	6	1	53	331
1969	6	15	5	2	52	337
1970	6	15	6	1	59	369
1971	6	15	2	5	58	372
1972	6	16	7	-	61	372
1973	5	16	6	1	57	340
1974	6	15	7	2	57	363
1975	5	14	8	2	59	411
1976	7	22	8	2	60	415

1) Zusammengestellt aus den Jahresmeldungen zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs nach dem Stand vom 31.12. des jeweiligen Jahres

2) mit Ausnahme der Stationsgehilfen/innen

3) einschließlich Büro- und Schreibkräften

4) d.h. Küche, Wäscherei, Bedienerinnen, Krankenträger, Hausarbeiter, etc.

TABELLE A.12a

Die Entwicklung ausgewählter Kategorien des Krankenhauspersonals in Österreich zwischen 1963 und 1976¹⁾

Jahr	Fach- ärzte	Prakt. Ärzte	Ärzte in Ausbild.	Ärzte insges.	Kranken- pflege- fachdienst	gehobener med.-techn. Dienst	med.-techn. Fachdienst	Sanitäts- hilfs- dienste	Anstalts- Apotheke	nicht- pharmazeut. Apotheken- dienst
1963	2165	1391	1192	4748	15877	1296	164	2021		
1964	2253	1281	1196	4730	16430	1515	141	2320		
1965	2462	1232	1283	4977	15626	1533	190	3994	114	174
1966	2407	1197	1422	5026	15639	1623	217	4367	128	234
1967	2467	1010	1474	4951	13855	1692	120	6319	122	235
1968	2651	1128	1675	5454	14220	1798	161	6462	123	255
1969	2647	924	1902	5473	14607	1931	198	7037	132	240
1970	2727	925	2134	5786	14682	2014	258	7467	150	269
1971	2875	955	2366	6196	15025	2143	310	8061	157	274
1972	3032	1048	2522	6602	15585	2246	390	9000	158	285
1973	3213	1112	2704	7029	16866	2413	462	9186	159	335
1974	3147	1026	2791	6964	17019	2514	506	10749	174	323
1975	3981	768	3104	7853	18198	2830	555	11689	176	307
1976	3482	916	3876	8274	19098	2973	657	12009	172	287

1) Zusammengestellt aus "Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre..."

TABELLE A.13

Die Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl von Patienten für ausgewählte Personalkategorien zwischen 1964 und 1974 für Psychiatrische, Tuberkulose- und Allgemeine Krankenanstalten¹⁾

Jahr Institution/Region ²⁾	1964			1969			1974		
	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö	PKB	W	Ö
Es entfallen im Durchschnitt x Patienten auf einen									
<u>Angehörigen des Personals (insgesamt)</u>									
Psychiatrische KA	2,5	2,4	2,9	2,2	2,2	2,4	2,0	1,9	1,9
Tuberkulose KA		1,5	1,7		1,2	1,5		1,0	1,2
Allgemeine KA		1,0	1,3		0,9	1,1		0,7	0,9
<u>Arzt</u>									
Psychiatrische KA	65	54	74	56	47	53	45	35	38
Tuberkulose KA		15	24		13	20		9	14
Allgemeine KA		8	14		6	11		4	8
<u>angestellten Arzt</u>									
Psychiatrische KA		5)		71	73	70	55	47	47
Tuberkulose KA		5)			14	22		13	17
Allgemeine KA		5)			10	14		6	10
<u>Konsiliarfacharzt</u>									
Psychiatrische KA		5)		282	222	295	247	258	262
Tuberkulose KA		5)			136	262		86	92
Allgemeine KA		5)			63	102		62	89
<u>Angehörigen des ärztlichen Hilfspersonals³⁾</u>									
Psychiatrische KA		5)		127	105	85	107	86	42
Tuberkulose KA		5)			21	25		17	15
Allgemeine KA		5)			13	11		10	8
<u>Angehörigen des Apothekenpersonals</u>									
Psychiatrische KA		5)		254	400	576	247	387	440
Tuberkulose KA		5)		-	-	-		-	-
Allgemeine KA		5)			79	159		67	133
<u>Angehörigen des Pflegepers.⁴⁾</u>									
Psychiatrische KA	3,8	4,1	5,0	3,9	3,8	4,3	3,5	3,3	3,6
Tuberkulose KA		3,3	5,8		2,7	4,7		2,4	3,2
Allgemeine KA		2,6	3,8		2,3	3,4		1,8	2,6
<u>Angehörigen des diplomierten Pflegepersonals</u>									
Psychiatrische KA		5)		4,4	4,6	5,4	5,8	5,2	5,1
Tuberkulose KA		5)			4,0	8,1		4,3	6,8
Allgemeine KA		5)			2,8	4,8		2,7	4,1
<u>Angehörigen des Verwaltungspersonals</u>									
Psychiatrische KA	58	55	67	55	55	65	47	47	47
Tuberkulose KA		35	30		30	27		23	20
Allgemeine KA		26	26		29	25		43	21
<u>Angehörigen des Küchenpersonals</u>									
Psychiatrische KA		5)		54	41	46	54	37	31
Tuberkulose KA		5)			14	14		14	10
Allgemeine KA		5)			19	20		17	16
<u>Angehörigen des sonstigen Personals</u>									
Psychiatrisches KA		5)		14	13	18	11	11	15
Tuberkulose KA		5)			5	5		4	5
Allgemeine KA		5)			4	6		4	5

- 1) Eigene Berechnung nach "Die Krankenanstalten Österreichs", Statistik für das Jahr 1964, bzw. 1969, bzw. 1974
- 2) PKB=Psychiatrisches Krankenhaus der Gemeinde Wien - Baumgartnerhöhe, W=Wien, Ö=Österreich
- 3) Den Ärzten allein zur Verfügung stehende Schreibkräfte, Laborpersonal, Röntgenpersonal, Operationspersonal, Prosekturpersonal, Arzneimittelpersonal insofern keine anstaltseigene Apotheke geführt wird - und dgl.
- 4) Nur am Krankenbett tätiges Pflegepersonal
- 5) Wurde 1964 nicht entsprechend ausgewiesen

2.2 Pflegepersonal-Ausstattung der Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses

TABELLE A.14

Ausstattung der einzelnen Abteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses mit Pflegepersonal an einem Stichtag des Jahres 1977

	Männerabteilungen ¹⁾													zusammen
	7M	4	6	13	13a	16	22	8	18	20	(2) ²⁾	(23) ²⁾		
Pflegepersonalstand	18	22	29	10	26	25	23	23	29	29	(9)	(35)	234 (278)	
davon														
- Diplomierte ³⁾	11	12	10	7	14	12	11	10	8	10	(6)	(17)	105 (128)	
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ Pflegeperson	3.0	4.3	3.8	6.4	4.6	6.8	3.9	5.2	5.1	5.0			4.8	
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ dipl. Pflegeperson	4.9	7.9	11.0	9.1	8.6	14.1	8.2	12.0	12.4	14.5			10.6	
Lernpfleger													45	
													5)	
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ Pflegeperson (incl. Lernpfleger)													4.0	

1) Zusammenstellung aufgrund der Tagesrapporte am 19.12.1977

2) Rehabilitationsabteilung und Abteilung für psychisch kranke Rechtsbrecher werden in der Gesamtberechnung nicht berücksichtigt

3) Schul- oder Kursdiplom

4) berechnet aufgrund des Bettenstandes der Abteilungen

5) Verteilung auf diese beiden Abteilungen nicht bekannt

	Frauenabteilungen ¹⁾														zusammen
	7F	3	5	9	10	12	14	11	15	19	24a	24b	25	26	
Pflegepersonalstand	17	14	26	23	37	20	25	27	39	21	18	17	19	19	348
davon															
-Diplomierte	11	9	14	11	20	8	12	13	11	9	7	7	7	9	162
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ Pflegeperson	3.2	3.6	3.8	4.3	4.6	5.0	4.0	3.7	3.6	4.3	7.8	5.9	5.0	5.8	4.1
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ dipl. Pflegeperson	4.9	5.6	7.1	9.1	8.5	12.5	8.3	7.7	12.7	10.0	20.0	14.3	12.9	12.2	8.9
Lernschwestern															49
				26	23										
durchschnittliche Patientenzahl/ ⁴⁾ Pflegeperson (incl. Lernschwestern)				1.9	2.2										3.6

1) Zusammenstellung aufgrund der Tagesrapporte vom 22.12.1977

2.3 Einige Statistiken zur durchschnittlichen personellen Besetzung der untersuchten Abteilungen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Anzahl der Pflegepersonal-Angehörigen⁺ in den untersuchten Abteilungen im Laufe des Jahres 1974. (Die zugrundeliegenden Informationen wurden den Tagesberichten der einzelnen Abteilungen entnommen).

Zunächst zum systemisierten Stand, d.h. der Anzahl der der Abteilung zugeteilten Angehörigen des Pflegepersonals (ausgenommen Oberpfleger bzw. -schwester). Die Ausbildungsabteilungen AM und AF weisen einen deutlich höheren Stand auf als die Abteilungen VM. Abteilung AF hat einen Jahresdurchschnitt von 43.3 Personen bei einem Minimum von 38 und einem Maximum von 46 Personen. Abteilung AM hat einen Jahresdurchschnitt von 35.4 Personen bei einem Minimum von 31 und einem Maximum von 39 Personen. Schließlich hat Abteilung VM einen Jahresdurchschnitt von 28.9 Personen bei einem Minimum von 27 und einem Maximum von 31 Personen (vgl. Tabelle A.15).

Nun einige Bemerkungen zur Anzahl der tatsächlich auf der Abteilung im Dienst befindlichen Pfleger bzw. Schwestern. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf Angehörige des Pflegepersonals, die Tagdienst in den Krankensälen und in der Küche tun.

In Abteilung VM waren dies im Durchschnitt 6.3 Personen bei einem Minimum von 3 (!) und einem Maximum von 10 Personen. In Abteilung AM waren dies im Durchschnitt 11.1 Personen bei einem Minimum von 6 und einem Maximum von 19 Personen. Schließlich waren es in Abteilung AF durchschnittlich 12.1 Personen bei einem Minimum von 8 und einem Maximum von 23 Personen (vgl. Tabelle A.16).

⁺) Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler (-innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Die Differenz zum durchschnittlichen Stand wird dabei durch folgende Teilmengen hergestellt:

- eine jeweils konstante Zahl von Nachtdienstleistenden (in Abteilung VM vier, in Abteilung AM und AF jeweils drei Personen)
- alle Personen, die am betreffenden Tag dienstfrei hatten (jeweils ungefähr die Hälfte des systemisierten Standes)
- Personen, die außerhalb der Abteilung in anderen Abteilungen des Krankenhauses Dienst taten
- Personen, die im administrativen Dienst der Abteilung standen (im Regelfall die Stationspfleger bzw. -schwestern)
- alle Personen, die am betreffenden Tag im Krankenstand oder Urlaub waren.

TABELLE A.15

Der systemisierte Stand des Pflegepersonals^{*)} auf den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974

Anzahl des tatsächlich anwesenden Pflegepersonals pro Abteilung im Laufe des Jahres 1974	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974		
	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %
3.00	3	.8	.8						
4.00	27	7.4	8.2						
5.00	80	21.9	30.1	4	1.1	1.1			
6.00	95	26.0	56.2	8	2.2	3.3			
7.00	100	27.4	83.6	20	5.5	8.8			
8.00	35	9.6	93.2	32	8.8	17.5	9	2.5	2.5
9.00	18	4.9	98.1	48	13.2	30.7	60	16.4	18.9
10.00	7	1.9	100.0	38	10.4	41.1	37	10.1	29.0
11.00				57	15.6	56.7	65	17.8	46.8
12.00				48	13.2	69.9	66	18.1	64.9
13.00				39	10.7	80.5	38	10.4	75.3
14.00				29	7.9	88.5	30	8.2	83.6
15.00				20	5.5	94.0	20	5.5	89.0
16.00				11	3.0	97.0	15	4.1	93.2
17.00				6	1.6	98.6	6	1.6	94.8
18.00				3	.8	99.5	9	2.5	97.3
19.00				2	.5	100.0	5	1.4	98.6
20.00							3	.8	99.5
21.00							1	.3	99.7
23.00							1	.3	100.0
	N=365	100%		N=365	100%		N=365	100%	

*) Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrischen Krankenpflege.

TABELLE A.16

Die tatsächliche Besetzung des Pflegepersonals^{*)} auf den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974

Anzahl des systemisier- ten Pflegepersonals pro Abteilung im Laufe des Jahres 1974	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974		
	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %
27.00	2	.5	.5						
28.00	176	48.2	48.8						
29.00	61	16.7	65.5						
30.00	123	33.7	99.2						
31.00	3	.8	100.0	2	.5	.5			
32.00				6	1.6	2.2			
33.00				35	9.6	11.8			
34.00				45	12.4	24.1			
35.00				74	20.3	44.4			
36.00				134	36.7	81.1			
37.00				45	12.3	93.4			
38.00				21	5.8	99.2	2	.5	.5
39.00				3	.8	100.0	38	10.4	11.0
40.00							15	4.1	15.1
41.00							24	6.6	21.6
42.00							3	.8	22.5
43.00							86	23.6	46.0
44.00							72	19.7	65.8
45.00							74	20.3	86.0
46.00							51	14.0	100.0
	N=365	100%		N=365	100%		N=365	100%	

^{*)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Die auffällige Differenz zwischen systemisiertem Stand und durchschnittlicher Anzahl von Tagdienstleistenden in Abteilung AF erklärt sich u.a. aus der großen durchschnittlichen Anzahl von Schwestern, die außerhalb der Abteilung Dienst taten. Durchschnittlich 5.2 Personen der Abteilung AF stehen in dieser Kategorie durchschnittlich 1.4 Personen in Abteilung VM und 1.0 Personen in Abteilung AM gegenüber (Tabelle A.17).

Die fast doppelt so große Anzahl von im Dienst befindlichen Pflegern bzw. Schwestern der Abteilungen AM und AF gegenüber VM relativiert sich durch die vierstündige Abwesenheit der Lernpfleger bzw. -schwestern während der Schulzeiten. Die Lernpfleger bzw. -schwestern stellen einen Anteil von durchschnittlich 50% am systemisierten Stand des Pflegepersonals der Ausbildungsabteilungen (vgl. Tabelle A.21).

Weiters ist zu berücksichtigen, daß vom diplomierten Personal lediglich höher qualifizierte Tätigkeiten durchgeführt werden. Die klare Besserstellung der beiden Ausbildungsabteilungen in personeller Hinsicht wird aber durch die Tatsache wiederhergestellt, daß die Zahl der zu versorgenden Patienten in Abteilung VM wesentlich höher ist als in Abteilung AM und AF.

Es stehen zwei Bezugswerte zur Diskussion, einerseits die Zahl der normierten Betten je Abteilung (VM: 150, AM: 95, AF: 105), andererseits die Zahl der Patienten in den Abteilungen am 31.12.. (Für die übrigen Tage des Jahres 1974 ist es nicht möglich, Patienten der Abteilung, die auf Urlaub sind von denen, die sich in der Abteilung aufhalten, zu unterscheiden. Am 31.12. befanden sich in Abteilung 145 Patienten, in AM 111 Patienten und in AF 87 Patienten.)

TABELLE A.17

Das auf anderen Abteilungen des Krankenhauses eingesetzte Pflegepersonal^{*)} aus dem systemisierten Stand der drei Abteilungen im Lauf des Jahres 1974

Anzahl des in anderen Abteilungen eingesetzten systemisierten Pflegepersonals pro Abteilung im Laufe des Jahres 1974	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974			Häufigkeit des Vorkommens in Tagen des Jahres 1974		
	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %	abs.	%	kum. %
0.00	64	17.5	17.5	144	39.5	39.5	15	4.1	4.1
1.00	129	35.3	52.9	134	36.7	76.2	31	8.5	12.6
2.00	138	37.8	90.7	78	21.3	97.5	42	11.5	24.1
3.00	32	8.8	99.5	9	2.5	100.0	38	10.4	34.5
4.00	2	.5	100.0				31	8.5	43.0
5.00							39	10.7	53.7
6.00							47	12.9	66.6
7.00							30	8.2	74.8
8.00							34	9.3	84.1
9.00							22	6.0	90.1
10.00							19	5.2	95.3
11.00							11	3.0	98.4
12.00							5	1.4	99.7
13.00							1	.3	100.0
	N=365	100%		N=365	100%		N=365	100%	

^{*)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Die Relationen des durchschnittlichen Personalstandes bzw. der durchschnittlichen Personalbesetzung zu den angegebenen Betten- bzw. Patientenzahlen betragen:

Tabelle A.18: Durchschnittlich von einer systemisierten/tatsächlich anwesenden Pflegeperson^{**) zu versorgende Betten bzw. Patienten}

Versorgungsanfall	Abteilung		
	VM	AM	AF
Durchschnittlich von einer systemisierten Pflegeperson zu versorgende			
Betten	5.2	2.7	2.4
Patienten ^{*)}	5.0	3.1	2.0
Durchschnittlich von einer tatsächlich anwesenden Pflegeperson zu versorgende			
Betten	23.8	8.5	8.7
Patienten ^{*)}	23.0	10.0	7.2

^{*)} Patientenstand 31.12.1974

^{**)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Die folgenden Ausführungen behandeln die Frage der unterschiedlichen personellen Besetzung an einzelnen Tagen bzw. Monaten.

In allen Abteilungen ist die durchschnittliche Zahl der diensttuenden Pfleger bzw. Schwestern an Samstagen und Sonntagen geringer als im Laufe der Woche, in den Abteilungen AM und AF trifft dies auch für Feiertage zu (vgl. Tabelle A.19).

TABELLE A.19

Das an einzelnen Tagen des Jahres 1974 in den drei Abteilungen durchschnittlich anwesende Pflegepersonal⁺)

Tage	Abteilung		
	VM	AM	AF
an allen Tagen des Jahres	6.3	11.1	12.1
Montag	6.6	11.6	12.5
Dienstag	6.5	11.9	13.6
Mittwoch	6.8	11.9	12.8
Donnerstag	6.6	13.1	12.9
Freitag	6.3	11.5	12.5
Samstag	5.7	9.3	10.2
Sonntag	5.6	8.8	10.2
Feiertag	6.6	9.3	11.6

⁺) Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler(-innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Diese Differenz dürfte durch die Diensteinteilung verursacht werden, welche täglichen Dienst am Montag-Freitag vorsieht und welche vor allem für Anfänger vorgesehen ist. Warum die Feiertage davon nicht im gleichen Ausmaß betroffen sind, bleibt eine offene Frage.

TABELLE A.20

Das während einzelner Monate des Jahres 1974 in den drei Abteilungen durchschnittlich systemisierte/anwesende Pflegepersonal^{*)}

Monat	Abteilung					
	VM		AM		AF	
	Durchschnittliche Anzahl des Pflegepersonals		Durchschnittliche Anzahl des Pflegepersonals		Durchschnittliche Anzahl des Pflegepersonals	
	systemis.	anwesend	systemis.	anwesend	systemis.	anwesend
Jänner	28.0	6.7	36.2	11.1	39.3	11.6
Februar	28.0	5.3	36.2	10.7	39.7	11.0
März	28.2	5.9	33.9	10.5	44.1	11.5
April	29.7	6.6	35.1	11.1	44.6	13.2
Mai	30.0	7.5	35.9	11.6	44.4	13.0
Juni	29.6	5.6	36.2	10.5	43.8	11.6
Juli	28.1	5.7	34.4	8.3	43.3	10.9
August	28.0	5.9	35.9	9.5	43.0	10.4
September	29.1	6.3	35.4	11.8	45.2	11.4
Oktober	30.0	6.5	34.8	12.7	41.7	14.2
November	29.7	7.3	36.8	13.8	45.1	13.1
Dezember	28.0	6.1	33.8	11.3	45.9	13.1

^{*)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Die monatlichen Schwankungen (vgl. Tabelle A.20) spiegeln vor allem die Urlaubszeiten wider. Die geringsten Durchschnittswerte bei den täglichen Besetzungen weisen die Wintermonate Februar-März und die Sommermonate Juni-Juli-August auf. Die Abteilung VM erreichte ihre geringste Durchschnittsbesetzung im Februar, wo sie mit 5.3 Personen ca. 1 Person unter dem Jahresdurchschnitt lag. Die Abteilung AM weist den geringsten Durchschnittswert für Juli mit 8.3 Personen auf, womit der Jahresdurchschnitt um ca. 2.8 Personen unterboten wurde. In Abteilung AF fiel der jährliche Durchschnittswert am stärksten im August und zwar um ca. 1.7 auf 10.4 Personen. In den monatlichen Schwankungen der tatsächlich zur Verfügung stehenden Personen spiegeln sich neben Urlaubszeiten und unterschiedlichen Krankenstandshäufigkeiten auch die jeweiligen Schwankungen des systemisierten Personalstandes. Diese waren in Abteilung AF am stärksten. Bei einem Jahresdurchschnitt von 43.3 erreichte der systemisierte Personalstand sein Minimum im Jänner mit 39.3 und

sein Maximum im Dezember mit 45.9 Personen. Abteilung AM (Jahresdurchschnitt 35.4) hatte ihr Maximum im November (36.8) und ihr Minimum im Dezember (33.8). Am geringsten waren diese Schwankungen des durchschnittlichen monatlichen Personalstandes in Abteilung VM: Der Jahresdurchschnitt von 28.9 wurde am stärksten unterschritten im Jänner (28.0) und am stärksten überschritten im Mai und Oktober (je 30.0).

Differenzierung nach Ausbildung bzw. Qualifikation

Das Pflegepersonal der einzelnen Abteilungen - die zugrundeliegenden Informationen wurden den Tagesberichten der einzelnen Abteilungen entnommen - läßt sich zum einen nach der absolvierten Ausbildung differenzieren. Für die folgenden Ausführungen wird folgende Differenzierung verwendet:

- (1) Diplomierte Pflegepersonal mit Schuldiplom (Gesetzliche Neuregelung 1961 legt für Diplomerwerb dreijährigen Besuch einer Ausbildungsstätte für Psychiatrische Krankenpflege fest)
- (2) Diplomierte Pflegepersonal mit Fachkurs (bei Inkrafttreten der Neuregelung wurde bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ein Diplom an bereits aktive Angehörige des Pflegepersonals verliehen)
- (3) Stationsgehilfen nach vorzeitigem Schulaustritt (mindestens 1-jähriger erfolgreicher Schulbesuch als Voraussetzung)
- (4) Stationsgehilfen mit Kurs (9-monatiger Kurs, ab 1971 eingerichtet, muß innerhalb von 2 Jahren nach Eintritt absolviert werden) oder nach Übergangsbestimmung 1961
- (5) Stationsgehilfen ohne abgeschlossene Ausbildung (Kurs noch nicht begonnen oder gerade im Kurs)
- (6) Schulpfleger bzw. -schwestern 1. Jahrgang
- (7) Schulpfleger bzw. -schwestern 2. Jahrgang
- (8) Schulpfleger bzw. -schwestern 3. Jahrgang.

An vier zufällig ausgewählten Stichtagen zu Ende jedes Quartals (11.3., 23.6., 2.9., 31.12.) ergaben sich in den drei Abteilungen folgende Aufteilungen des im Stand befindlichen Personals, d.h. der Anzahl der Pflegepersonal-Angehörigen mit Ausnahme des Oberpflegers bzw. der Oberschwester, auf die einzelnen Kategorien.

Die typische Zusammensetzung der Abteilungen läßt sich anhand dieser Aufstellung folgend kennzeichnen (vgl. Tabelle A.21).

In Abteilung VM gehören jeweils rund 3/4 der Pfleger entweder der Gruppe der Diplomierten mit Kursdiplom oder der Gruppe der Stationsgehilfen mit Kurs an, wobei die erstgenannte Gruppe jeweils stärker vertreten ist.

Einen konstanten Anteil von jeweils rund 10-15% stellt die Gruppe der Schuldiplomierten, während der Anteil von Stationsgehilfen ohne Kurs zwischen 4% und 14% schwankt.

In Abteilung AM sind durch die Anwesenheit von Schulpflegern aller drei Jahrgänge alle 8 unterschiedenen Gruppen vertreten. Sechs dieser Gruppen stellen relativ konstante Anteile, in der Rangfolge ihrer Größenordnung gereiht, sind dies: Diplomierte mit Schuldiplom (zwischen 25% und 31%), Schulpfleger des 2. Jahrganges (zwischen 11% und 18%), Diplomierte mit Kursdiplom (zwischen 5% und 11%), Stationsgehilfen nach Schulaustritt und Schulpfleger des 3. Jahrgangs (jeweils zwischen 5% und 6%), sowie Stationsgehilfen mit Kurs (zwischen 3% und 6%). Daneben gibt es zwei Gruppen, die ihre Anteile stark verändern, aber zahlenmäßig sehr bedeutsam werden können; Schulpfleger des 1. Jahrganges, die am ersten Stichtag (der etwa zu Schulbeginn liegt) noch 28% ausmachen und dann ständig abnehmen (bis sie zu Jahresende nur mehr 9% ausmachen) und Stationsgehilfen ohne Kurs (das sind vor allem potentielle Schulpfleger des 1. Jahrganges), die zu Schulbeginn praktisch nicht vertreten sind, dann aber jeweils rund 20% ausmachen (abgesehen von einer Steigerung im Sommer auf 28%).

In Abteilung AF sind jeweils nur 7 Gruppen vertreten (es fehlen Stationsgehilfinnen nach Schulaustritt). Es zeigen sich insgesamt starke Ähnlichkeiten zur Abteilung AM. Die einzig nennenswerte Abweichung besteht darin, daß die Schulschwester des 1. Jahrganges durchgehend die quantitativ bedeutsamste Gruppe darstellen, die nur in geringem Ausmaß während des Jahres abnimmt. Dagegen steigt der Anteil der Stationsgehilfinnen ohne Kurs ebenfalls im Laufe des Jahres an (von 3% bis 18%).

Das Verhältnis zwischen Schulpflegern und übrigen Pflegepersonal betrug in beiden Schulabteilungen am ersten Stichtag etwa 50%. Dieses Verhältnis veränderte sich in Abteilung AM ständig zugunsten des übrigen Personals (am 31.12. waren nur mehr 28% des Pflegepersonals Schulpfleger; in Abteilung AF blieb es annähernd konstant).

Betrachtet man das Verhältnis von (in irgendeiner Form) fertig ausgebildetem Personal zum noch nicht fertig ausgebildeten Personal, so beträgt dies in Abteilung VM durchschnittlich etwa 9 : 1, in Abteilung AM etwa 1 : 1 und in Abteilung AF etwa 1 : 1.3.

Einige weitere Merkmale des Pflegepersonals⁺⁾ der drei Abteilungen

Zur Charakterisierung des Pflegepersonals der untersuchten Abteilungen stehen noch Informationen über Alter, Dienstzeit im Krankenhaus und Dienstzeit in der Abteilung zur Verfügung, die wiederum den Tagesberichten der einzelnen Abteilungen entnommen wurden.

⁺⁾ Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler(-innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

Wie schon aufgrund der Verteilung der Qualifikationen in den einzelnen Abteilungen zu erwarten ist, unterscheidet sich das Personal der Abteilung VM hinsichtlich dieser Merkmale wesentlich vom Pflegepersonal der Abteilungen AM und AF.

Hinsichtlich der Altersverteilung ergibt sich in den Abteilungen AM und AF gegenüber VM eine deutliche Konzentration in den jüngeren Altersklassen, wobei diese in Abteilung AF besonders stark ausgeprägt ist (vgl. Tabelle A.21).

In Abteilung VM befinden sich jeweils etwa 30% aller Pfleger in den Altersklassen zwischen 26 und 55 Jahren. In Abteilung AM findet sich jeweils der höchste Anteil in der Altersklasse 26-35 Jahre (rund 40%), in der Altersklasse bis 25 Jahre finden sich jeweils rund 35%. Nur ein ganz geringer Anteil entfällt auf die Altersklassen über 45 Jahre. In Abteilung AF sind jeweils rund 50% jünger als 25 Jahre und rund 30% zwischen 26 und 35 Jahren.

Hinsichtlich der Verteilung der Dienstzeiten im Krankenhaus ergibt sich in Abteilung VM gegenüber AM und AF eine deutliche Konzentration bei langen Dienstzeiten, wobei in Abteilung AF eine besonders hohe Konzentration bei kurzen Dienstzeiten festzustellen ist (vgl. Tabelle A.22).

In Abteilung VM gibt es zwei große Gruppen. Pfleger mit einem Dienstalter von über 10 Jahren (jeweils zwischen 40% und 50%) bzw. zwischen 2 und 5 Jahren (jeweils zwischen 20% und 40%).

In Abteilung AM ist der Großteil des Pflegepersonals zwischen 2 und 5 Jahren im Dienst (zwischen 44% und 56%) und ein jeweils wesentlicher Anteil weniger als 2 Jahre (zwischen 14% und 35%).

In Abteilung AF finden sich die größten Anteile in den Klassen mit weniger als 2 Jahren bzw. 2-5 Jahren (jeweils zwischen 32% und 46% bzw. zwischen 32% und 42%).

TABELLE A.21

Die Verteilung des Pflegepersonals ^{†)} der drei Abteilungen nach Berufsqualifikation und Alter an vier Stichtagen ^{**)} und im Durchschnitt

a) Berufsqualifikation des Pflegepersonals	A b t e i l u n g e n											
	VM				AM				AF			
	Prozentverteilung an Stichtagen				Prozentverteilung an Stichtagen				Prozentverteilung an Stichtagen			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
1 Schuldiplom	11.5	10.7	11.5	15.4	3.3	12.2			28.9	23.8	23.3	22.7
2 Kursdiplom	42.3	39.3	46.1	42.3	11.3	42.1			5.3	4.8	4.6	4.6
3 SHD nach Schulaustritt	7.7	7.1	7.7	3.8	1.8	6.5			0.0	0.0	0.0	0.0
4 SHD nach Kurs	30.8	28.6	34.6	26.9	8.0	29.9			5.3	4.8	4.6	4.6
5 SHD ohne bzw. im Kurs	7.7	14.3	3.8	11.5	2.5	9.3			2.6	9.5	11.6	18.2
6 Schüler 1.Jg.									36.8	38.1	34.9	31.8
7 Schüler 2.Jg.									13.2	11.9	14.0	13.6
8 Schüler 3.Jg.									7.9	7.1	7.0	4.6
	100%	100%	100%	100%	100%	100%			100%	100%	100%	100%
	N-26	N-28	N-27	N-26	N-36	N-36	N-40	N-32	N-38	N-42	N-43	N-44
b) Alter												
bis 25	3.8	7.2	3.8	7.7	1.5	5.6			55.3	50.0	51.1	47.8
26 - 35	30.7	35.7	30.7	23.1	8.0	30.1			23.7	33.3	32.6	34.1
36 - 45	30.8	25.0	26.9	34.6	7.8	29.3			10.5	9.5	9.3	11.4
46 - 55	26.9	25.0	30.7	26.9	7.3	27.4			10.5	7.1	7.0	6.8
über 55	7.7	7.1	7.7	7.7	2.0	7.6			0.0	0.0	0.0	0.0
	100%	100%	100%	100%	100%	100%			100%	100%	100%	100%
	N-26	N-28	N-26	N-26	N-36	N-36	N-40	N-32	N-38	N-42	N-43	N-44

^{†)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (Innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.
^{**)} Stichtage: 11.2., 23.6., 2.9., 31.12.

Tabelle A.22 Die Verteilung des Pflegepersonals^{*)} der drei Abteilungen nach der Dienstzeit im Krankenhaus bzw. in der untersuchten Abteilung an vier Stichtagen^{**)} und im Durchschnitt

Abteilungen

a) Dienstzeit im Krankenhaus +++ in Jahren	VM				AM				AF				Durchschnittl. Anzahl Anteil							
	Prozentverteilung an Stichtagen				Prozentverteilung an Stichtagen				Prozentverteilung an Stichtagen											
	1. 1.	2. 2.	3. 3.	4. 4.	Durchschnittl. Anzahl Anteil	1. 1.	2. 2.	3. 3.	4. 4.	Durchschnittl. Anzahl Anteil	1. 1.	2. 2.		3. 3.	4. 4.					
bis 2	3.8	10.7	11.5	23.1	3.3	12.4	13.9	33.3	35.0	28.2	10.0	27.6	31.6	42.9	41.9	45.6	17.0	40.5		
2 - 5	42.3	35.6	34.6	23.0	9.0	33.8	55.6	44.4	45.0	43.8	17.0	47.2	42.1	35.7	37.2	31.9	15.3	36.7		
6 - 10	7.7	10.7	7.7	3.8	2.0	7.5	16.7	13.9	12.5	15.6	5.3	14.7	10.5	7.1	7.0	6.8	3.3	7.9		
über 10	46.2	42.9	44.0	47.8	12.3	46.2	13.9	8.3	7.5	12.5	3.8	10.6	15.8	14.3	13.9	16.0	6.3	15.0		
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	N=26	N=28	N=26	N=26	N=26	N=26	N=36	N=36	N=40	N=32			N=38	N=42	N=43	N=44				
b) Dienstzeit in der untersuchten Abteilung in +++ Monaten																				
bis 3	15.4	7.1	7.7	19.2	3.3	12.4	19.4	22.2	32.5	18.8	7.0	23.3	15.8	7.1	11.6	11.4	4.8	45.9		
4 - 6	3.8	14.3	3.8	11.5	2.3	8.6	-	13.9	5.0	15.6	3.0	8.6	26.3	16.7	14.0	18.2	7.8	18.8		
7 - 12	7.7	3.6	11.5	11.5	2.3	8.6	16.7	2.8	7.5	15.6	3.8	10.7	10.6	33.4	30.2	22.8	10.3	24.3		
13 - 24	26.9	28.6	26.9	11.5	6.3	23.6	25.0	27.8	25.8	15.6	8.5	23.6	18.4	16.7	18.6	22.7	8.0	19.1		
25 - 48	38.4	35.7	42.3	42.3	10.5	39.3	25.0	19.4	17.5	18.8	7.3	20.2	26.4	23.8	23.3	20.4	9.8	23.5		
über 48	7.6	10.8	7.6	3.8	2.0	7.5	14.0	14.0	12.5	15.6	5.0	14.0	2.6	2.4	2.3	4.6	1.3	3.0		
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	N=26	N=28	N=26	N=26	N=26	N=26	N=36	N=36	N=40	N=32			N=38	N=42	N=53	N=44				

^{*)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

^{**)} Stichtage: 11.2., 23.6., 2.9., 31.12.

^{***)} Zwischen einzelnen Jahren wurde auf- bzw. abgerundet, Z.B. bedeutet 1 Jahr; 0.5 bis 1.5 Jahre.

^{****)} Zwischen einzelnen Monaten wurde auf- bzw. abgerundet, Z.B. bedeutet: 4-6 Monate; 3.5 bis 6.5 Monate.

Hinsichtlich der Verteilung der Dienstzeiten in den Abteilungen ergeben sich folgende Verhältnisse: In Abteilung VM findet sich jeweils der höchste Anteil zwischen 25 und 48 Monaten (36% bis 42%). Daneben befindet sich ein wesentlicher Anteil im Zeitraum 13-24 Monate (12% bis 29%). Zwischen 4% und 11% der Pfleger sind bereits länger als 4 Jahre auf der Abteilung (vgl. Tabelle A.22).

In Abteilung AM dagegen finden sich mit einer Dienstzeit von weniger als 3 Monaten auf der Abteilung jeweils zwischen 19% und 33%. Stark besetzt sind auch die Kategorien zwischen 13 und 24 Monaten (16% - 28%) und zwischen 25 und 48 Monaten (18% - 25%). Schließlich gibt es einen prozentuell relativ starken "Stamm" von Pflegern, die bereits seit langer Zeit auf der Abteilung arbeiten (länger als 4 Jahre auf der Abteilung sind 13% - 16%). Angesichts einer großen Zahl von Patienten mit langer Aufenthaltsdauer dürften diese Pfleger eine wertvolle Sozialisationsfunktion für jüngere Kollegen darstellen.

In Abteilung AF dagegen gibt es nur jeweils einen ganz geringen Anteil von Schwestern, die mehr als 4 Jahre in der Abteilung arbeiten (2% - 5%). In allen übrigen Kategorien, außer derjenigen mit weniger als 3 Monaten (4-6 Monate, 7-12 Monate, 13-24 Monate, 25-48 Monate) finden sich jeweils bedeutsame Anteile zwischen 11% und 33%.

Fluktuation des Pflegepersonals in den drei Abteilungen

Für die folgenden Ausführungen werden die im Laufe des Jahres 1974 stattfindenden Personalwechsel in den einzelnen Abteilungen zugrundegelegt. Dabei werden bei Zugängen und Abgängen interne (d.h. innerhalb des Krankenhauses stattfindende Abteilungswechsel) von externen unterschieden.

TABELLE A.23

Veränderungen im systemisierten Stand des Pflegepersonals^{*)}
während des Jahres 1974 in den drei Abteilungen

Abteilungen	Systemisierter Stand 1.1.	davon Abgänge während des Jahres 1974		Zugänge im Laufe des Jahres 1974		davon Abgänge während des Jahres 1974		Systemisierter Stand 31.12.
		intern ⁺⁺⁾	extern ⁺⁺⁾	intern	extern	intern	extern	
A	25	7	2	6	11	1	6	26
B	36	8	10	5	35	0	26	32
C	38	8	8	9	24	1	10	44

^{*)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

⁺⁺⁾ intern: Wechsel in bzw. aus anderer Abteilung des Krankenhauses
extern: Austritt aus Krankenhaus bzw. Eintritt in das Krankenhaus

Zur Tabelle A.23 läßt sich feststellen:

In den Ausbildungsabteilungen AM und AF ist die Fluktuation größer als in Abteilung VM.

So reduziert sich der am 1.1. gegebene Stand on VM um 33%, in AM um 50%, in AF um 42%. Die Reduktion des Standes durch externe Abgänge beträgt in VM 8%, in AM 28%, in AF 21%. Die Abteilungen AM und AF verlieren also einen wesentlichen Anteil ihres Personals durch Abgänge nach außen.

Der höheren Abgangsrate entsprechend, ist die Zugangsrate in den Abteilungen AM und AF höher als in VM. In VM beträgt das Verhältnis der Zugänge zum systemisierten Stand 0.59 : ;, in AM 1.13 : 1, in AF 0.76 : 1. Der Anteil externer Zugänge beträgt in VM 65%, in AM 87%, in AF 62%. Die Reduktion der Zugänge des Jahres 1974 beträgt in VM 41%, in AM 65%, in AF 33%, dabei erfolgt diese Reduktion fast ausschließlich durch externe Abgänge; ihr Anteil an der gesamten Reduktion beträgt in VM 35%, in AM 65%, in AF 30%.

Abteilung AM erweist sich durch den hohen Anteil externer Zugänge und der mit diesen verbundenen höheren Abgangswahrscheinlichkeit als besonders instabil hinsichtlich der

Personalzusammensetzung. Wie weiter oben ausgeführt, gibt es in dieser Abteilung allerdings eine Gruppe von Pflegern, die bereits sehr lange in Abteilung AM arbeiten.

Die Zugänge der einzelnen Abteilungen drücken sehr deutlich die unterschiedlichen Funktionen von Ausbildungsabteilungen einerseits und durchschnittlicher Versorgungsabteilung andererseits aus. In Abteilung VM stellen Stationsgehilfen ohne Kurs den größten externen Zugangsanteil (etwa 3/4 aller von außen eintretenden Pfleger gehören dieser Kategorie an). In den Abteilungen AM und AF fallen sämtliche Zugänge in die Kategorien "Stationsgehilfen ohne Kurs" und "Schüler des 1. Jahrganges". Alle vor, zu bzw. kurz nach dem Schulbeginn (März) eintretenden Personen wurden als Schüler des 1. Jahrgangs aufgenommen. Die meisten der nach diesem Zeitpunkt eintretenden Personen tun dies mit der Absicht des Schulbesuches; sie werden aber bis zu Beginn des nächsten Schuljahres als Stationsgehilfen ohne Kurs geführt. Auffallend ist, daß in Abteilung AM lediglich 17% der externen Zugänge in die ersten drei Monate des Jahres fallen, also rechtzeitig zur Aufnahme in den 1. Schuljahrgang kommen. Dagegen sind dies in Abteilung AF genau 50% (vgl. Tabelle A.24).

Wie bereits ausgeführt, stellen unter den Abgängen aus den einzelnen Abteilungen die Abgänge nach außen einen wesentlichen Anteil (VM: 50%, AM: 82%, AF: 67%). Viele dieser externen Abgänge betreffen Personen, die erst im Jahre 1974 eingetreten sind (VM: 75%, AM: 72%, AF: 56%).

Eine Betrachtung der Berufsqualifikation der externen Abgänge zeigt folgendes Bild: In Abteilung VM sind 7 der 8 Ausgetretenen "Stationsgehilfen ohne Kurs", also Personen, die unter Umständen nie die Absicht gehabt haben, dauerhaft in der Institution zu arbeiten. Auch in Abteilung AM stellen Stationsgehilfen ohne Kurs den überwiegenden Anteil der externen Abgänge (69.4%). Hier ist allerdings zu bedenken, daß sich unter diesen eine (unbekannte) Anzahl von Personen befindet, die in der Absicht eines späteren Schulbesuches

Tabelle A.24 Charakteristika der externen^{*)} Zu- und Abgänge des Pflegepersonals^{**)} in den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974

Berufsqualifikation des Pflegepers.	Zugänge:			Abgänge:		
	Abteilungen			Abteilungen		
	VM	AM	AF	VM	AM	AF
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 Schuldiplom	2	18.2		1	12.5	1 5.6
2 Kursdiplom					1 2.8	
3 SHD nach Schulaustritt						1 5.6
4 SHD nach Kurs	1	9.1				
5 SHD ohne bzw. im Kurs	8	72.1	29 82.9	7	87.5	6 33.3
6 Schüler 1.Jg.			6 17.1		9 25.0	9 50.0
7 Schüler 2.Jg.			13 54.2		1 2.8	1 5.6
8 Schüler 3.Jg.						
	N=11	100%	N=35 100%	N=8	100%	N=18 100%
Alter						
bis 25	3	27.3	21 60.0	2	25.0	13 72.2
26 - 35	4	36.4	13 37.1	4	50.0	5 27.7
36 - 45	3	27.3	1 2.9	2	25.0	
46 - 55	1	9.1			3 8.4	
über 55					1 2.8	
	N=11	100%	N=35 100%	N=8	100%	N=18 100%
Dienstzeit im Krankenhaus (in Jahren)						
bis 2				5	62.5	29 80.5
2 - 5				2	25.0	6 16.7
6 - 10				1	12.5	4 22.3
über 10					1 2.8	
				N=8	100%	N=36 100%
Dienstzeit in der Abteilung (in Monaten)						
bis 3				4	50.0	24 66.7
4 - 6				2	25.0	3 8.3
7 - 12				1	12.5	1 5.6
13 - 24				1	12.5	3 16.7
25 - 48					8 22.2	1 5.6
über 48					1 2.8	3 16.6
				N=8	100%	N=36 100%

^{*)} extern: Eintritt von außerhalb des Krankenhauses bzw. Austritt aus dem Krankenhaus.

^{**)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

eingetreten war. Von den externen Abgängen in Abteilung AM sind 25% (das entspricht 9 Personen) Schüler des 1. Jahrganges, was bereits nach ca. 9 Monaten eine beträchtliche Reduktion dieses Jahrganges bedeutet. In Abteilung AF stellen Schülerinnen des 1. Jahrgangs mit 50% (das entspricht 9 Personen) sogar den höchsten Anteil der externen Abgänge. Ein Drittel der Abgänge sind Stationsgehilfinnen ohne Kurs.

Wie aus den obigen Ergebnissen zu erwarten, neigt die Altersverteilung der Ausgetretenen deutlich zu jungen Alterskategorien. Von Interesse ist noch die Länge der Dienstzeit im Krankenhaus und in der Abteilung. In Abteilung VM waren 5 der 8 Ausgetretenen noch keine zwei Jahre im Krankenhaus beschäftigt. Bemerkenswert ist hier der Austritt eines diplomierten Schulpflegers nach sechsjähriger Krankenhauszugehörigkeit. Keiner der aus Abteilung VM Ausgetretenen war länger als 2 Jahre in dieser Abteilung, die Hälfte weniger als drei Monate.

In Abteilung AM war keiner der vorzeitig Ausgetretenen länger als 5 Jahre im Krankenhaus beschäftigt. Zwei Drittel der Ausgetretenen waren weniger als 3 Monate in der Abteilung.

In Abteilung AF waren vier von 18 ausgetretenen Schwestern länger als 2 Jahre im Krankenhaus. 56% der Ausgetretenen waren weniger als 3 Monate in der Abteilung, immerhin 17% zwischen 2 und 4 Jahren (vgl. Tabelle A.24).

Bei den internen Veränderungen standen in den beiden Schulabteilungen obligatorische Wechsel von Schülern des 2. Jahrganges im Vordergrund. Daneben sind es vor allem Schuldiplomierte, die die Abteilung wechseln. Aus Abteilung VM in andere Abteilungen gingen hauptsächlich Stationsgehilfen mit Kurs.

Die aus Abteilung VM in andere Abteilungen überwechselnden Personen hatten durchschnittlich länger in ihrer Abteilung gearbeitet als die aus Abteilung AM und AF übertretenden Personen (vgl. Tabelle A.25).

Tabelle A.25 Charakteristika der internen ^{*)} Zu- und Abgänge des Pflegepersonals ^{**)} in den drei Abteilungen im Laufe des Jahres 1974

Berufsqualifikation des Pflegepersonals	Zugänge			Abgänge:		
	Abteilungen			Abteilungen		
	VM	AM	AF	VM	AM	AF
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %
1 Schuldiplom	1 16.7		1 11.1		2 25.0	3 33.3
2 Kursdiplom	2 33.3	1 20.0		1 14.3	1 12.5	
3 SHD nach Schulaustritt			1 11.1	1 14.3	1 12.5	1 11.1
4 SHD nach Kurs	1 16.7	1 20.0		4 57.1	1 12.5	
5 SHD ohne bzw. im Kurs	2 33.3		1 11.0	1 14.3		
6 Schüler 1.Jg.		3 60.0	6 66.7		3 37.9	4 44.4
7 Schüler 2.Jg.						1 11.1
8 Schüler 3.Jg.						
	N=6 100%	N=5 100%	N=9 100%	N=7 100%	N=8 100%	N=9 100%
Alter						
bis 25		3 60.0	5 55.5	1 14.3	3 37.5	8 88.8
26 - 35	3 50.0	1 20.0	4 44.5	4 57.2	4 50.0	1 11.2
36 - 45	3 50.0	1 20.0		1 14.3	1 12.5	
46 - 55				1 14.3		
über 55						
	N=9 100%	N=5 100%	N=9 100%	N=7 100%	N=8 100%	N=9 100%
Dienstzeit im Krankenhaus (in Jahren)						
bis 2	1 16.7		1 11.1	1 14.3	6 75.0	
2 - 5	2 33.3	4 80.0	7 77.8	4 57.2	1 12.5	7 77.7
6 - 10				1 14.3	1 12.5	2 22.3
über 10	3 33.3	1 20.0	1 11.1	1 14.3		
	N=6 100%	N=5 100%	N=9 100%	N=6 100%	N=8 100%	N=9 100%
Dienstzeit in der Abteilung (in Monaten)						
bis 3				1 14.3	2 25.0	1 11.1
4 - 6						1 11.1
7 - 12						6 66.6
13 - 24				1 14.3	4 50.0	1 11.1
25 - 48				3 42.9	2 25.0	
über 48				1 14.3		
				N=7 100%	N=8 100%	N=9 100%

^{*)} Wechsel in bzw. aus anderer Abteilung des Krankenhauses

^{**)} Diplomiertes Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler- (innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

3. Institutionelle Voraussetzungen

3.1 Sozio-kulturelle Normierungen: Abteilungsfunktionen, Positionen und Rollen, Dienstregelungen⁺⁾

3.1.1 Funktionen der untersuchten Abteilungen

Die drei untersuchten Abteilungen VM, AM, AF unterscheiden sich im Hinblick auf sozio-kulturelle Normierungen vor allem auf zwei Ebenen. Die Abteilungen VM und AM sind Männerabteilungen, die Abteilung AF ist eine Frauenabteilung, dagegen haben AM und AF gemeinsam die zusätzliche Funktion der Ausbildung, während VM eine reine Versorgungsabteilung darstellt.

Die Geschlechtertrennung bedeutet, daß sowohl Patienten wie Pflegepersonal auf den Männerabteilungen männlich und auf den Frauenabteilungen weiblich sind, während die geschlechtsspezifische Zusammensetzung des ärztlichen und des Hilfspersonals (Abteilungshelfer, Hausarbeiter) von dieser Definition der Abteilung nicht berührt wird. Das Merkmal Ausbildungsabteilung impliziert zunächst, daß neben der gleichermaßen gegebenen Funktion der Versorgung von Patienten die Funktion der praktischen Ausbildung von diplomiertem Pflegepersonal offiziell als Aufgabe der Abteilung vorgesehen ist. Die Durchführung dieser Ausbildungsaufgabe hat zur Konsequenz eine Vermehrung der durch offizielle Regeln definierten Personalrollen.

Einerseits gibt es auf diesen Abteilungen im Stand des Pflegepersonals Schüler(-innen) des ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahres, andererseits wurden zur Anleitung und Kontrolle dieser Schüler zwei Spezialrollen - die Ausbildungspfleger(-schwestern) und die Kaderpfleger (-schwestern) geschaffen, die innerhalb der Hierarchie der Pfleger (Schwestern) eine Zwischenposition zwischen Chargen und "gewöhnlichen" Dipl.Pflegern (Schwestern) einnehmen. Auf der Ebene des ärztlichen Personals hat die Funktion der Ausbildungsabteilung keine Konsequenzen. Die Krankenpflege-

⁺⁾ Zustand 1974, Rekonstruktionen der Beobachter, Informationen aus Experteninterviews

personalzusammensetzung unterscheidet sich auch dadurch, daß versucht wird, auf Ausbildungsabteilungen möglichst wenige Stationsgehilfen(-innen) im Personalstand des Pflegepersonals zu haben.

Die Ausbildungsaufgabe wird darüber hinaus insoferne berücksichtigt, als für Patienten- und Pflegepersonalselektion auf diesen Abteilungen andere Maßstäbe gelten. Mehr psychiatrische und vielfältigere Diagnosen auf Patienten- seite und besser ausgebildete und motiviertere Personen auf der Pflegerseite werden für Ausbildungsabteilungen angestrebt.

3.1.2 Positionen und Rollen

Ärzte

Verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt und erstes Mitglied der "kollegialen Führung" des Krankenhauses ist der ärztliche Direktor.

Oberste ärztliche Leiter der einzelnen Abteilungen sind die Primärärzte, denen noch zwei bis vier andere Abteilungen unterstehen und die jeweils insgesamt für ein Bettenkontingent zwischen 300 und 450 verantwortlich sind.

Keine der drei untersuchten Abteilungen ist Sitz der jeweiligen Primariatskanzlei. Die Primärärzte suchen daher diese Abteilungen nur zum Zweck von Visiten und Sprechstunden auf. Dabei sind die Primärärzte der Abteilungen AM und AF in stärkerem Ausmaß regelmäßig in der Abteilung bzw. im Patientenbereich der Abteilung in Form von Chefvisiten und Sprechstunden für Patienten präsent. Die fortlaufende medizinische Betreuung auf den Abteilungen wird in der Hauptsache von Oberärzten, Stations- und Assistenzärzten geleistet. In den drei Abteilungen sind dies im Durchschnitt zwei Personen. Sie sind am Vormittag auf den Abteilungen und absolvieren in dieser Zeit unter anderem die Visite und die Spritzen- und Infusionsvergabe. Letztgenannte Aufgaben werden am Abend und an Sonn- und Feiertagen von diensthabenden Bereitschaftsärzten wahrgenommen.

In Abteilung AF sind die beiden Ärzte nicht auf den Abteilungen untergebracht, sie erscheinen lediglich zur Visite und halten sich dann noch einige Zeit auf der Abteilung auf. Spritzen- und Infusionsvergabe wird hier zur Gänze von Bereitschaftsärzten durchgeführt.

Krankenpfleger und Krankenschwestern

Ein Pflegevorsteher für das männliche und eine Pflegevorsteherin für das weibliche Pflegepersonal sind die Leiter der Pflegedienste der Krankenpfleger und -schwestern. Die Inhaber der beiden Positionen gehören der "kollegialen Führung" der Krankenanstalt an, sie haben ihre Diensträume im Direktionsgebäude und versehen ihren Dienst zu den gleichen Zeiten wie Oberpfleger und Oberschwestern.

Chargen

Je ein Oberpfleger bzw. eine Oberschwester sind die obersten Vorgesetzten des Pflegepersonals auf den jeweiligen Abteilungen. Sie versehen ihren Dienst auf dem Pavillon jeden Werktag von 6.30 bis 13.30, an Besuchstagen (Di, Do) bis 15.30, außerdem jeden zweiten Samstag vormittags. Ihnen obliegt die administrative und organisatorische Führung der einzelnen Abteilungen und die Kommunikation mit den anderen Einheiten des Krankenhauses.

Bei dieser Aufgabe werden sie unterstützt von je zwei Stationspflegern bzw. -schwestern, denen insbesondere die direkte Pflege- und Dienstaufsicht (Dienstübergabe) in den Krankensälen und die Einteilung von Patienten zu verschiedenen Anlässen obliegt. Sie sind abwechselnd jeden zweiten Tag von 6.30 bis 18.30 im Dienst. Zwei inoffiziell ernannte Stationspflegerstellvertreter, die mit den meisten anderen Angehörigen des Pflegepersonals ihren Dienst im Rahmen der sogenannten "Tour" absolvieren (vgl.unten) stehen bei Ausfall des Oberpflegers oder des Stationspflegers zum eventuellen Ersatz bereit. Im Berichtszeitraum gab es in Abteilung VM zwei Stationspfleger, die alternierend Dienst taten. In Abteilung AM gab es nur einen Stationspfleger und einen offiziell ernannten Stationspflegerstellvertreter, der alternierend mit dem Stationspfleger Dienst machte. In Ab-

teilung AFGab es zwei Stationsschwestern, die alternierend Dienst machten. Im Bedarfsfall wurde aus den Reihen des diplomierten Personals (sg. Kaderschwestern) Ersatz bereitgestellt.

Ihrer ausbildungsmäßigen Qualifikation nach müssen Chargen auf jeden Fall den Bedingungen des C-Pflegers entsprechen, wenn möglich sollten sie das Diplom durch die Absolvierung einer dreijährigen Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege erworben haben.

Spezielle Rollen auf Ausbildungsabteilungen

Zur kontinuierlichen Betreuung und Anleitung der Krankenpflegeschüler auf den Ausbildungsabteilungen, wurde die Rolle des Ausbildungspflegers (-schwester) eingerichtet. Ähnlich wie bei den Stationspflegern sollten zwei Pfleger dieser Kategorie durch alternierenden täglichen Dienst Kontinuität in der praktischen Ausbildung der Schüler garantieren und außerdem auch das theoretische Wissen der Schüler auffrischen.

Daneben sollten 9 Kaderpfleger (-schwestern) pro Ausbildungsabteilung im Rahmen der Tour den Schülern (-innen) sowohl den praktischen Dienst in vorbildlicher Weise demonstrieren und die Schüler (-innen) auf der Abteilung praktisch unterrichten, kontrollieren und beurteilen.

Ausbildungs- oder Kaderpfleger konnten nur Personen werden, die neben einem "Schuldiplom" über besondere wissenschaftliche, persönliche und motivationale Eignung für die Ausbildung von Anfängern im Krankenpflegeberuf verfügten.

Aus verschiedenen Gründen wurde diese Konzeption der Organisation der praktischen Ausbildung nur teilweise realisiert und befand sich im Untersuchungszeitraum bereits in einer Phase der Reorganisation.

Auf den untersuchten Ausbildungsabteilungen gibt es auch die Position eines von Montag bis Freitag täglich analog der Dienstzeit vom Oberpfleger (-schwester) anwesenden Therapiepflegers, (-schwester). Dessen Aufgabenbereich, der auf Abteilung VM vom Stationspfleger mitversehen wird, umfaßt die Begleitung des Arztes bei der Visite, die Vorbereitung von Spritzen und Infusionen, die Eintragung von Therapieanweisungen und Medikamtnenverordnung sowie die Kontrolle des Medikamentenbestandes. Auch eine Beteiligung an der praktischen Ausbildung der Schüler (-innen) ist vorgesehen.

Schüler(-innen) versehen ihren praktischen Dienst auf der Abteilung jeweils außerhalb der zur Dienstzeit gerechneten Schulzeiten, die im 1. Jahrgang Montag-Samstag von 12.00 bis 16.00 Uhr und im 2. und 3. Jahrgang Montag-Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr angesetzt waren. Je nach Erfordernissen und Entscheidungen der Vorgesetzten auf den Abteilungen haben vorzugsweise die Schüler des 2. und 3. Jahrganges den (geschätzten) Tourdienst, die Schüler des 1. Jahrganges bekamen entweder unter besonderen Belobungsgesichtspunkten (Abteilung AM) oder nach einem alternierenden Prinzip (Abteilung AF diesen Dienst übertragen. Schüler, die sich nicht im Tourdienst befinden, haben alternierend jeden zweiten Tag Dienst. Die Anzahl der Schüler(-innen) schwankt stark nach Aufnahmejahr und Jahrgang. Im großen und ganzen verrichten Schüler(-innen) während des praktischen Dienstes dieselben Tätigkeiten wie ihre bereits diplomierten Kollegen oder Stationsgehilfen. In schulischen Angelegenheiten unterstehen die Schüler dem Schulvorsteher und den Lehrpflegern (-schwestern) der Ausbildungsstätte.

"Gewöhnliche" Pfleger (Schwestern)

Das ist die Mehrzahl jener Angehörigen des Pflegepersonals, die nicht als Chargen oder in Spezialrollen Dienst auf der Abteilung machen, sondern mit der direkten Durchführung der Versorgung und Pflege der Patienten betraut sind. Diese Pfleger und Schwestern lassen sich weiter differenzieren, vor allem nach der Art ihres Dienstschemas (Tour, Zweitagedienst, täglicher Wochentagsdienst von 6.30 bis 15.30 Uhr) und der Art ihrer Qualifikation bzw. Ausbildung für die Krankenpflege (Stationsgehilfen ohne Kurs, Stationsgehilfen mit Kurs, Dipl. C-Pfleger aufgrund von Kursen, Dipl. C-Pfleger aufgrund der Absolvierung einer dreijährigen psychiatrischen Ausbildungsstätte.) In bezug auf den Arbeitseinsatz gibt es innerhalb des Tourendienstes eine fast vollständige Gleichschaltung der unterschiedlichen Qualifikationskategorien. Alle Personen, die kurz eingeschult sind und die Absicht haben, längere Zeit im Beruf zu bleiben, werden in den Tourdienst eingeteilt.

Hilfspersonal

Es gibt zwei Kategorien von angestelltem Hilfspersonal: Die Abteilungshelferinnen (AH) einerseits und die Hausarbeiter (HA) andererseits. Zu den typischen Arbeiten einer Abteilungshelferin gehören Botengänge zu anderen Abteilungen, Sorge um die Wäsche des Personals, Putzarbeit im Bereich des Pflegepersonals (Umkleideräume, Aufenthaltsräume), zum Teil auch Einkäufe für die Patienten und Mithilfe bei der

Wäschebesorgung für die Patienten und bei Essensvorbereitungen. Die Abteilungshelferinnen haben Dienstzeiten von etwa 6.00 - 13.30 Uhr (Mo-Fr) und jeden 2. Samstag. Jede der drei Abteilungen hatte im Laufe des Jahres 1974 einen konstanten Stand von 2 Abteilungshelferinnen. Als Hausarbeiter fungierten in allen 3 Abteilungen Putzfrauen, welche in den Wachsälen und im Stiegenhaus putzten. Abteilung VM hatte einen wechselnden Stand von 1-3 Hausarbeiterinnen, de facto jedoch nie mehr als 2, da eine der Frauen längere Zeit im Karenzurlaub war. Abteilung AM hatte ständig 1 Hausarbeiterin, Abteilung AF für den größten Teil des Jahres ebenfalls, nur kurzfristig 2. Die Hausarbeiterinnen sind etwa von 6.30 - 14.30 Uhr (Mo-Fr) anwesend. Für das Hilfspersonal ist der Verwalter Dienststellenleiter, die Leitung des Arbeits-einsatzes erfolgt aber durch die Chargen des Pflegepersonals.

Patientenhausarbeiter

Als Hausarbeiter werden inoffiziell Patienten bezeichnet, die in den einzelnen Abteilungen mitarbeiten. Das Entgelt, das sie für diese Arbeiten erhalten, ist sehr gering, obwohl sie zum großen Teil Personaleinsparungen ermöglichen bzw. die tägliche Versorgung entscheidend mittragen.

In den drei untersuchten Abteilungen gab es eine unterschiedliche Anzahl von Hausarbeitern mit unterschiedlichem Einsatz.

Abteilung VM:

In Abteilung VM gab es die meisten Hausarbeiter mit den weitreichendsten Aufgabenbereichen. In Abteilung AM und AF waren sowohl die ungefähre Anzahl als auch der Einsatz der Patienten weitgehend identisch. Die Sonderstellung der Abteilung VM überrascht insofern nicht, als die geringere Personalzahl bei gleichzeitigem höheren Pflegeaufwand den Einsatz anderer personeller Ressourcen erforderte.

In Abteilung VM standen durchschnittlich 10 - 12 Hausarbeiter zur Verfügung. Durchschnittlich drei von ihnen arbeiteten unmittelbar im Wachsaalbereich, zwei verrichteten Arbeiten, die klar als Aufgaben des Pflegepersonals definiert sind, wie Umbetten, Speisenverteilung, Ausspeisen und ähnliches mehr. Sie standen in der Zeit von 4.30 - ca. 10.00, in der Mittagszeit (11.30 - 13.00) und von ca. 15.00 - 18.00 zur Verfügung und zwar täglich. Diese Art von Hausarbeitern sind die eigentliche strategische Reserve des Pflegepersonals. Sie erhalten daher auch Trinkgelder von Pflegern und sonstige Privilegien.

Ein anderer Hausarbeiter war für die Versorgung der Wachsäle mit Wäsche, die Entfernung der Schmutzwäsche, den Transport von Speisen in den Wachsaal sowie das Einsammeln des Geschirrs verantwortlich. Dieser Hausarbeiter, der ebenfalls täglich ab 4.30 und bei einer etwa zweistündigen Mittagspause bis 18.30 arbeitete (= 12 Stunden!) war wesentlich weniger privilegiert, da seine Aufgaben von den Pflegern keinesfalls als zu ihrer Rolle gehörig definiert werden.

Ein weiterer Hausarbeiter unterstützte die Putzfrau bei der Reinigung der Wachsäle und wusch am Abend sowie sonn- und feiertags sogar alleine auf. Er wurde von den Pflegern auch zu anderen Reinigungsarbeiten herangezogen. Sein Rang war ein stark untergeordneter. Er arbeitete von ca. 4.30 bis Mittag und von 16.00 - 18.30.

Die eigentliche Domäne der Hausarbeiter - auch in den Abteilungen AM und AF in denen die Hausarbeiter nicht direkt "am Patienten" arbeiten dürfen - sind die Küchendienste. Durchschnittlich je 3 Hausarbeiter arbeiteten in den Küchen des Parterres und des 1. Stockes in Abteilung VM. Einer von ihnen galt inoffiziell als übergeordnet. Sie halfen beim Austeilen und Transport und wuschen ab. Die Nähe zu Nahrungsmitteln beschaffte ihnen das Privileg, geschätzte Speisen öfter oder in größeren Mengen zu bekommen. Sie begannen um ca. 5.00,

hatten Pausen zwischen den Mahlzeiten und beendeten ihre Arbeit um ca. 17.00. Die zwei Gehilfen des "Küchenchefs" im Stock besorgten außerdem noch das Bettenmachen für alle Betten des 1. Stockes, soweit diese nicht von Patienten selbst gemacht wurden. Von Hausarbeitern wurden auch noch die Betten in den Schlafsälen Parterre gemacht.

Abteilung AM:

In Abteilung AM standen durchschnittlich 5 Hausarbeiter zur Verfügung. Sie alle arbeiteten fast durchwegs außerhalb des Patientenbereiches.

Drei dieser Hausarbeiter standen im Küchendienst und erfüllten dort Aufgaben wie die in Abteilung VM angeführten. Auch hier galt einer dieser Patienten als übergeordnet und erfuhr vom Pflegepersonal erhöhte Rücksichtnahme und Akzeptierung. Die Arbeitszeit von Küchenarbeitern ist durch die Zeiten vor und nach Mahlzeiten vorgegeben. Einer dieser Küchenarbeiter wurde auch des öfteren im Wachsaalbereich eingesetzt, zu Arbeiten wie Aufwaschen, Wäsche verstauen und ähnlichem.

Neben einem nur gelegentlich im Tagraum beschäftigten Patienten gab es noch den sogenannten Einkäufer. Dieser verwaltete die privaten Geldbeträge der Patienten und organisierte die Einkäufe. Der Einkäufer übernahm die Registrierung der Patientenwünsche, den Einkauf und das Austeilen. Dieser Patient besaß aufgrund seiner wichtigen Position eine deutlich privilegierte Stellung, die sich z.B. im Verfügen über ein eigenes Zimmer ausdrückte.

Abteilung AF:

In Abteilung AF standen durchschnittlich drei Hausarbeiterinnen für den Küchendienst zur Verfügung. Sie mußten dort lediglich abwaschen und keinerlei Putz- oder Transportaufgaben übernehmen. Gelegentlich halfen sie bei Wäschearbeiten. Eine Hausarbeiterin fungierte auch als Einkäuferin.

3.1.3 Die Diensteinteilung in der "Tour" und die damit verbundene Arbeitsteilung

Zunächst ist es notwendig, den bereits verwendeten Begriff der "Tour" zu erläutern. "In der Tour sein" bedeutet die Teilnahme am sogenannten Radldienst. Der Radldienst, der in den untersuchten Abteilungen zur Anwendung kommt - das "6er Radl" - sieht folgende Aufeinanderfolge von Diensten und dienstfreien Tagen für jeden Pfleger bzw. Schwester vor:

1. Tagdienst (6.30 - 18.30)
2. freier Tag
3. Tagdienst (6.30 - 18.30)
4. freier Tag (bis 18.30)
5. Nachtdienst (18.30 - 6.30)
Schlaftag (ab 6.30)
6. freier Tag
sodann wieder beginnend bei 1.

Ein solches Radl erfordert als Minimalbesetzung 6 Personen, die sich jeweils in einer Phase des "Radls" befinden. Das garantiert dann eine Tagdienstbesetzung von 2 Personen und eine Nachtdienstbesetzung von einer Person.

In der Praxis ist die Zahl der vorhandenen Touren ein Vielfaches von 6. So gab es in Abteilung VM 24 Touren, in Abteilung AM und AF je 18 Touren. Daraus folgt, daß bei voller Besetzung in Abteilung VM jeden Tag 8 Personen und jede Nacht 4 Personen Dienst hatten, in Abteilung AM und AF läuft dies auf 6 Tagdiensttuende und 3 Nachtdiensttuende hinaus.

Als nächstes ist die Frage zu klären, wie die Zuordnung der 24 bzw. 18 Touren untereinander aussieht.

Dabei erleichtert folgende Anordnung das Verständnis:

I	1	7	13	19
II	2	8	14	20
III	3	9	15	21
IV	4	10	16	22
V	5	11	17	23
VI	6	12	18	24

Diejenigen Personen, deren Tourennummern dieselbe Zeile aufweisen, befinden sich in der gleichen Phase des Radls, d.h. sie absolvieren sowohl Tag- als auch Nachtdienste gemeinsam und teilen auch jeweils ihre freien Tage. Daraus folgt, daß es je 6 Teams mit 4 Personen (Abt.VM) bzw. 3 Personen (Abt. AMund Abt.AF) gibt (I-VI).

Wie aus der Anordnung der jeweiligen Phasen des Radls ersichtlich, haben immer zwei solche Teams gemeinsamen Tagdienst. Ebenfalls ersichtlich ist, daß nicht alle möglichen Kombinationen zwischen Teams vorkommen, sondern nur Kombinationen von je 2 Teams aus der Menge (I, III, V) einerseits und der Menge (II, IV, VI) andererseits. Das bedeutet also, daß gemäß vorheriger Anordnung nur jeweils geradzahlige Touren und ungeradzahlige Touren miteinander Tagdienste haben.

"Gerade" und "ungerade" Touren treffen sich nur bei einer der Übergaben, z.B. am Abend. Stellt man sich einen 24-Stunden-Tag beginnend um 18.30 vor, so bedeutet dies etwa: Nachtdienst von I (= 1, 7, 13, (19)), Tagdienst von III (= 3, 9, 15, (21)) und V (= 5, 11, 17 (23)), Übergabe an Nachtdienst von VI (= 6, 12, 18, (24)) u.s.f.

Die Bezeichnung "6er-Radl" rechtfertigt sich aus der Dominanz der Zahl "6" als Regelzahl (6 Teams, 6-Tage-Rhythmus).

Bisher wurde noch nichts über die Arbeitsteilung zwischen den 8 bzw. 6 Tagdienstpflegern bzw. -schwestern und den 4 bzw. 3 Nachtdienstpflegern bzw. -schwestern gesagt.

Abteilung VM:

In striktester Form und nach einem klaren Schema wird diese Arbeitsteilung in Abteilung VM praktiziert.

Für den Tagdienst gibt es folgende 8 möglichen Dienste:

- Hauptdienst Parterre (HD P): Örtlich gebunden an Wachsaal 1
(vgl. Abschnitt 1.3, Grundriß Abteilung A),
gilt als wichtigster Dienst, wird unter allen
Umständen besetzt
- Beiddienst 1 Parterre (BD1 P): Örtlich gebunden an Wachsaal 2
- Beiddienst 2 Parterre (BD2 P): Örtlich gebunden an kleinen
Tagraum und großen Schlafsaal
- Tagraumdienst Parterre (TR P): Örtlich gebunden an großen
Tagraum
- Sperrdienst (SP): Örtlich gebunden an die Küche Parterre
- Hauptdienst Stock (HD ST): Örtlich gebunden an den 1. Stock
- Beiddienst Stock (BD ST): Örtlich gebunden an den 1. Stock.

Für den Nachtdienst gilt: je 2 Pfleger absolvieren Parterre-
bzw. Stockdienst.

Wiederum werden die Dienste idealtypisch in einer bestimmten
Reihenfolge durchlaufen. Mit eingestreuten Nachtdiensten er-
gibt sich folgender 12-Dienste-Rhythmus (bzw. 24 Tage-Rhyth-
mus bei Berücksichtigung der freien Tage):

	Dienststart	Arbeitszeit	Arbeitsort
1	BD 1 P	Tag	Parterre
2	HD P	Tag	Parterre
3	ND P	Nacht	Parterre
4	BD 2 P	Tag	Parterre
5	BD 3 P	Tag	Parterre
6	ND P	Nacht	Parterre
7	TR P	Tag	Parterre
8	SP P	Tag	Parterre
9	ND ST	Nacht	Stock
10	BD ST	Tag	Stock
11	HD ST	Tag	Stock
12	ND ST	Nacht	Stock

Daraus folgt wiederum, daß die oben bezeichneten Teams untertags örtlich weit getrennt agieren (HD P - BD3 P - SP P - HD ST oder BD2 P - BD 2 P - TR P - BD ST). Die durch die zeitliche Dimension der Diensterteilung hergestellte Teambildung wird durch diese örtliche Trennung faktisch wirkungslos.

Es ist noch anzumerken, daß die Dienste BD3 P und TR P de facto nur auf dem Papier bestanden. Selbst im (selten eintretenden) Fall der Anwesenheit von allen 8 Tagdienstpflegern wurden diese Dienste zugunsten einer Mitarbeit in den drei Wachsälen fallengelassen. Die Betreuung der mobilen Tagraumpatienten, die durch die Diensterteilung vorgesehen ist, besteht also realiter nicht.

Die Anwesenheit aller 8 Tagdienstpfleger ist bei weitem die Ausnahme. Urlaube, Krankenstände, eine nicht vollständige Besetzung der Touren sowie die Tatsache, daß in jedem Fall 4 Nachtdienstpfleger anwesend sein müssen (was dem Tagdienst unter Umständen Personal entzieht) reduzieren die Anzahl auf einen Durchschnittswert von 6.3, in dem auch Personal enthalten ist, das nicht in der Tour ist. Da ein Pfleger für den Sperrdienst vorgesehen werden muß, verbleiben im Durchschnitt 5 disponible Pfleger, die zumeist im Verhältnis 4 : 1 zwischen Parterre und Stock aufgeteilt werden. Auf diesen einen Pfleger entfällt dann die Versorgung von ca. 70 Patienten. Jede Unterschreitung der Durchschnittszahl 6 geht dann auf Kosten der Versorgung der Parterrepatienten bzw. auf Kosten einer zunehmenden Belastung der anwesenden Pfleger und auf Kosten mitarbeitender Patienten-Hausarbeiter - das war an insgesamt 110 Tagen des Jahres 1974 der Fall. An 27 Tagen waren sogar nur 4 Pfleger anwesend, das bedeutet nur 2 Pfleger für die etwa zu zwei Drittel bettlägerigen und etwa zur Hälfte inkontinenten 70 Parterrepatienten.

Bezüglich des Durchlaufs der angegebenen Dienste bestehen keine

Unterschiede nach Ausbildungsqualifikation (lediglich die Visite muß von einem diplomierten Pfleger begleitet werden).

Aushilfskräfte (wie Studenten), die nicht in die Tour genommen werden, machen nur Tagdienst von Montag-Freitag jeweils von 6.30 - 15.30, zumeist in den Wachsälen im Parterre. Ihnen werden nicht alle Arten von Aufgaben übertragen.

Da durch den Radldienst nicht die vorgeschriebene Dienstzeit erreicht wird, muß jede 6. Woche ein zusätzlicher Tagdienst (meist Beidienst Parterre) geleistet werden.

Abteilung AM:

Es bestehen zwei wesentliche Unterschiede zur Abteilung VM: Zum einen gab es weniger - nämlich 18 - Touren bei einem wesentlich höheren durchschnittlichen Stand (ca. 35 Personen), d.h. nur ungefähr die Hälfte des durchschnittlichen Personalstandes war in den Tourdienst eingeteilt. Alle diplomierten Pfleger (Kaderpfleger) mit Ausnahme des Therapiepflegers haben in der Regel den Tourdienst. Die Schüler konkurrieren daher um die restlichen allgemein hochgeschätzten Tourplätze. Schüler des 3. und 2. Jahrganges erhalten den Vorrang gegenüber Schülern des 1. Jahrganges. Die Entscheidung über die Diensteinteilung der Schüler des 1. Jahrganges wird für die Vorgesetzten zu einem positiven oder negativen Sanktionspotential.

Der zweite Unterschied zur Abteilung VM bestand darin, daß die in der Tour befindlichen Kaderpfleger (die möglichst gleichmäßig auf alle 6 Dreier-Teams verteilt wurden) keine bestimmte Abfolge von Diensten einhielten, sondern fast immer im Wachsaaalbereich Parterre, gelegentlich auch in der Sperre Parterre und bei Anwesenheit von drei Kaderpflegern auch gelegentlich im Stock Dienst taten. Kaderpfleger im Nachtdienst (durchschnittlich einer) blieben ebenfalls im Parterre. Für die übrigen in der Tour befindlichen Pfleger sind die folgenden 6 Dienste vorgesehen:

Tagdienste:

- Hauptdienst Wachsaal Parterre (HD WS): Örtlich gebunden an den Wachsaal-Bereich (vgl. Abschnitt 1.3, Grundriß Abteilung B), hauptsächlich an den Wachsaal 1
- Hauptdienst Tagraum Parterre (HD TR): Örtlich gebunden an den Tagraum-Bereich
- Sperrdienst Parterre (SP P): Örtlich gebunden an die Küche
- Stockdienst (ST): Örtlich gebunden an den 1. Stock.

Nachtdienste:

- Nachtdienst Wachsaal Parterre (ND WS)
- Nachtdienst Stock (ND ST)

Diese Dienste wurden idealtypisch in folgender Reihenfolge, die einen 6-Dienste-Rhythmus (bzw. 12-Tage-Rhythmus bei Berücksichtigung der freien Tage) bedeutet, durchlaufen:

	Dienststart	Dienstzeit	Dienstort
1	HD WS	Tag	Parterre
2	SP P	Tag	Parterre
3	ND WS	Nacht	Parterre
4	HD TR	Tag	Parterre
5	ST	Tag	Stock
6	ND ST	Nacht	Stock

Auch hier agieren die Dreier-Teams örtlich weit getrennt.

Der Teamcharakter dieser Dreier-Gruppe wird auch noch dadurch relativiert, daß lediglich die diplomierten Pfleger konstant bleiben, die Schüler jedoch von ihren Vorgesetzten wechselnden Gruppen zugeteilt werden.

Bei kurzfristigem Ausfall durch Krankenstand wird der Tourplatz eines Schülers freigehalten und nur vorübergehend besetzt. Bei langfristigem Ausfall ist der Tourplatz ungesichert.

Alle Pfleger, die nicht in der Tour sind, arbeiten im allgemeinen nur im arbeitsintensiven Wachsaalbereich. Zur besseren Verantwortlichkeitskontrolle und Übersichtlichkeit wurden im Zeitraum der Untersuchung fünf verschiedene Dienste im Wachsaalbereich definiert:

Hauptdienst: Unterstützung des Tourenhauptdienstes, örtlich gebunden an Wachsaal 1

Beidienst 1: Örtlich gebunden an Wachsaal 2

Beidienst 2: Örtlich gebunden an Wachsaal 3 und 4

Beidienst 3: Örtlich gebunden an die "Zellen", daneben Spezialaufgaben

Beidienst 4: Spezialaufgaben

Dadurch sind insgesamt 11 Dienste definiert. (6 Tourendienste und 5 zusätzliche Wachsaaldienste).

Im Jahresdurchschnitt standen ca. 11 Pfleger für den Tagdienst zur Verfügung. Wurde die Durchschnittszahl unterschritten, so wurde von einer strikten Einhaltung der Wachsaaldienste abgegangen; wurde die Zahl überschritten, so standen die "überzähligen" Pfleger zur besonderen Verwendung zur Verfügung. Diese Pfleger konnten dann etwa zu Gängen innerhalb der Anstalt (Apotheke) oder zur Begleitung von Patienten in andere Krankenhäuser eingesetzt werden. Eine Verbesserung der Personalbesetzung im Stock oder Tagraum war dagegen in diesem Fall nicht vorgesehen.

Abteilung AF:

Die Situation in Abteilung AF ist weitgehend analog zur Situation in Abteilung AM. 18 Touren bei einem durchschnittlichen Stand von ca. 43 Personen waren zu besetzen. Alle diplomierten Schwestern mit Ausnahme der Therapieschwester und der Lehrschwester haben in der Regel Tourdienst. Von den Schülerinnen werden diejenigen, die sich im 3. und 2. Jahrgang befinden, vorrangig für den Tourdienst eingeteilt, die Schülerinnen des 1. Jahrganges werden regelmäßig ausgetauscht.

Auch hier sind die diplomierten Schwestern möglichst über alle 6 Dreierteams gleich verteilt. (Ein Dreierteam besteht somit in der Regel aus mindestens einer Kaderschwester und zwei Schülerinnen). Im Tagdienst waren daher laut Tourenschema jeweils 2 von ihnen anwesend. Eine von diesen übernahm zusammen mit einer Schülerin den Hauptdienst im Parterre und damit die oberste Aufsicht. Die zweite Kaderschwester hatte die Aufsicht über den 1. Stock, befand sich jedoch häufig im Parterre. Für die übrigen in der Tour befindlichen Schwestern sind folgende Dienste definiert:

- Hauptdienst Parterre (HD P): Örtlich gebunden an die beiden ersten Wachsäle (vgl. Anhang 5.1.3, S.86 , Grundriß Abt. C)
- Beiddienst Parterre (BD P): darunter werden eine Reihe von Spezialaufgaben verstanden
- Stockdienst (ST): Örtlich gebunden an den ersten Stock.

Die Abfolge von Diensten für eine Schwesternschülerin der Tour sieht folgendermaßen aus:

Dienststart		Dienstzeit	Dienstort
1	HD P	Tag	Parterre
2	BD P	Tag	Parterre
3	ND P	Nacht	Parterre
4	BD P	Tag	Parterre
5	ST	Tag	Stock
6	ND ST	Nacht	Stock

Dadurch ist wiederum ein 6-Dienste-Rhythmus bzw. bei Berücksichtigung der freien Tage ein 12-Tage-Rhythmus definiert.

Die in der Tour befindlichen Schwestern verteilen sich daher an einem bestimmten Tag laut Plan folgendermaßen:

Parterre: Eine Krankenschwester und eine Schwesternschülerin im Hauptdienst,
zwei Schwesternschülerinnen im Beiddienst

Stock: Eine Kaderschwester (zeitweilig) und eine Schwesternschülerin.

Der Teamcharakter der Dreier-Gruppe ist damit sowohl durch örtliche Trennung als auch durch wechselnde Besetzung de facto aufgelöst. Bei Ausfall einer Schwester wird eine andere in die Tour aufgenommen.

Alle Schwestern, die nicht in der Tour sind, arbeiten in einem der vorgesehenen Beidienste im Parterre und sind innerhalb dieser den Schwestern in der Tour gleichgesetzt. Im Jahresdurchschnitt waren das ca. 6 Schwestern (vgl. Tabelle 1.4, S.31). Die Beidienste werden täglich von der Oberschwester verteilt. Unter anderem gibt es einen Bade-dienst, einen Waschdienst, einen Zubringerdienst, den Sperrdienst und andere mehr. Wurde die Durchschnittsanwesenheitszahl überschritten, wurden noch mehr Spezialaufgaben definiert. Jedoch gab es auch in diesem Fall keinen eigenen Tag-raumdienst oder zusätzliche Dienste im Stock.

3.2 Organisation, Inhalt und Durchführung pflegerischer Arbeit^{*)}

3.2.1 Versorgungseinheiten

Es wurde bereits eingangs erwähnt, daß die Patienten aller Abteilungen ziemlich rigoros auf bestimmte Areale innerhalb des Abteilungsgebäudes beschränkt werden.

In allen drei Abteilungen gibt es nur drei solcher Areale, die im folgenden als Versorgungseinheiten bezeichnet werden. Einheiten sind es deshalb, weil sie relativ autonom, mit geringer Interaktion untereinander bestehen. Diese Versorgungseinheiten sind: die Wachsäle im Parterre, die Tagräume im Parterre und die Stockräume.

Die Tabelle A.26 gibt die ungefähre Patientenanzahl in jeder Einheit an, sowie die ungefähre Zahl der bei der jeweiligen Durchschnittsbesetzung dort arbeitenden Pfleger bzw. Schwestern.

Tabelle A.26 Die durchschnittliche Besetzung mit Patienten und Pflegepersonal^{*)} in den Versorgungseinheiten der drei Abteilungen.

Versorgungseinheit	Abteilungen					
	VM		AM		AF	
	Patienten	Pflegepersonal	Patienten	Pflegepersonal	Patienten	Pflegepersonal
Wachsäle im Parterre	60 (incl. Pat. im kleinen Tagraum)	4	35	8	45	11
Tagräume im Parterre	15 (Pat. im großen Tagraum, z.T. aus dem St.)	direkt von d. Küche und vom Wachsalaal-Personal mitvers.	35 (zum größten Teil aus dem 1. Stock)	1	30	vom Pflegepersonal der Wachsäle mitversorgt
Stock	60	1	15	1	15	1
außerhalb	10 Haus- und Außenarb.	1 im Sperrdienst	30 Haus- und Außenarb.	1 im Sperrdienst	10 Haus- und Außenarb.	nur temporärer Sperrdienst

^{*)} Dipl. Krankenpflegepersonal, Stationsgehilfen, Schüler(innen) der Ausbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege.

⁺⁾ Dieser Berichtsteil basiert auf den Beobachtungsprotokollen des Jahres 1974

3.2.2 Die zeitliche Strukturierung des typischen Tagdienstes

Durch diverse Kombinationen von Arbeitsort, Arbeitszeit und Arbeitsaufgaben lassen sich verschiedene Dienste unterscheiden, welche die in den Tourdienst eingeteilten Pfleger bzw. Schwestern in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen.

Der Prototyp des Tagdienstes ist der Dienst in den Wachsälen des Parterres (im Hauptdienst oder in einem der Beidienste). Diese Art von Dienst wird in allen Abteilungen am häufigsten absolviert. Nicht in der Tour befindliche Pfleger bzw. Schwestern leisten fast nur Beidienste im Parterre. Für diese Art von Diensten, die wegen der großen Anzahl von pflegebedürftigen und unangepaßten Patienten mit einem höheren Arbeitsanfall und größeren Qualifikationsanforderungen verbunden sind, entsteht daher eine erhebliche Personalkonzentration. Auch die Kontrolle durch die Vorgesetzten ist in diesem Dienst häufiger und genauer als in den anderen Tagdiensten im Tagraum, in der Sperre und im Stock. Aufgrund dieser Charakteristiken erscheint es zweckmäßig, zunächst anhand des Tagdienstes in den Wachsälen des Parterres den typischen Dienstablauf aus der Perspektive des Pflegepersonals zu beschreiben. Im Anschluß werden dann die Besonderheiten der anderen Dienste beschrieben.

Um die Orientierung zu erleichtern, sei zunächst eine Übersicht über die wesentlichsten Phasen des Tagdienstes in den Wachsälen mit den jeweils wichtigsten Tätigkeiten vorangestellt (vgl. Tabelle A.27). Zu den in der folgenden Tabelle angeführten Phasen sind zu jeder einzelnen Phase der typische Zeitraum und das durchschnittlich diese Phase charakterisierende Aktivitätsniveau vermerkt. Das Aktivitätsniveau einer bestimmten Phase ist sowohl eine Funktion des "objektiven" Arbeitsanfalles als auch von normativen Erwartungen. Die Objektivität dieses Arbeitsanfalles besteht vor allem in seiner Objektivierbarkeit, der Ausdruck "objektiv" setzt hier also die Akzeptierung gegebener institutioneller Definitionen und Abläufe voraus.

Aktivitätsniveau und tatsächliche Arbeitsintensität einer Phase müssen nicht vollständig zusammenfallen. Hohes Aktivitätsniveau zeichnet Phasen mit objektiv großem Arbeitsanfall aus, der nur unter weitgehender Ausschöpfung der personellen Ressourcen bewältigt werden kann. Zumeist handelt es sich um routinisierte Tätigkeiten, die mit den Handlungen und Erwartungen anderer Personen bzw. Personengruppen - Ärzte, ablösendes Pflegepersonal, Küchenpersonal, Besucher u.a. - verknüpft und zeitlich terminisiert sind. Von jedem Mitglied des Pflegepersonals wird sowohl von Vorgesetzten als auch von Gleichgestellten während dieser Phasen ein entsprechender Arbeitseinsatz erwartet. Ein offener Bruch mit diesen Erwartungen würde sowohl heftige Sanktionen von Vorgesetzten als auch offene Konflikte mit Kollegen auslösen.

In Phasen mittleren Aktivitätsniveaus ist der Arbeitsanfall deutlich geringer, eine Ausschöpfung der personellen Ressourcen ist nicht notwendig, aber es bestehen deutlich ausgeprägte Erwartungen, vor allem von Seiten der Vorgesetzten und Ärzte, daß Pfleger bzw. Schwestern tätig sein müssen, wobei die Art der Tätigkeit nicht präzise festgelegt ist.

In Phasen niedrigen Aktivitätsniveaus sind keine routinisierten Tätigkeiten vorgesehen und vom Pflegepersonal werden lediglich in bestimmten Ausnahmefällen - bei Ereignissen außerhalb der Routineabläufe - Aktivitäten erwartet.

Die allgemeine Stimmung - Hektik oder Ruhe - paßt sich diesen Niveaus weitgehend an.

Die vergleichsweise Betrachtung des Zeitraums, Inhaltes und Aktivitätsniveaus der einzelnen Phasen zeigt eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den drei Abteilungen. Die Spitzen des Aktivitätsniveaus am Morgen, zu Mittag und am Abend stimmen ebenso überein wie die Perioden relativ niedrigen Aktivitätsniveaus am späten Vormittag und am frühen Nachmittag. Mögliche Faktoren für das durchschnittlich geringere

Aktivitätsniveau von Abteilung AF gegenüber Abteilung AM dürften die höheren personellen Ressourcen bei gleichzeitig geringerer Patientenanzahl verbunden mit einem niedrigeren Versorgungsbedarf sein. Die weitgehende Entsprechung der Abteilungen VM und AM trotz der geringeren personellen Ressourcen, der größeren Patientenanzahl und einem etwas höheren Versorgungsbedarf in Abteilung VM könnte dagegen durch den höheren Kontroll- und Erwartungsdruck in AM - vor allem gegenüber den Schülern - bedingt sein.

In den Schulabteilungen entstehen beträchtliche Probleme der Arbeitsorganisation durch den Umstand, daß die Schüler für ihren theoretischen Unterricht an den Wochentagen von der Abteilung entweder vormittags oder nachmittags abgezogen werden. Das Weggehen der Schüler des zweiten und dritten Jahrgangs um 7.45 Uhr fällt noch in die Phase eines relativ hohen Aktivitätsniveaus. Zu diesem Zeitpunkt sind dann Umgruppierungen des Pflegepersonals notwendig, da die nun abwesenden Schüler zumeist in Tourdienste eingesetzt worden sind, die jetzt neu besetzt werden müssen.

Die Schüler des ersten Jahrgangs dagegen verlassen die Wachsäle noch während des Patienten Mittagessens um 12 Uhr und gehen nach Einnahme ihrer Mittagsmahlzeit um etwa 12.30 zur Schule. Etwa zu diesem Zeitpunkt kommen jedoch die Schüler des zweiten und dritten Jahrganges wieder auf die Abteilung zurück. Die Schüler des ersten Jahrganges kommen dann wieder rechtzeitig vor dem Patientenabendessen zum Dienst auf die Abteilung.

3.2.3 Detaillierte Beschreibung der verschiedenen Phasen des typischen Tagesablaufs

Folgende Aspekte der pflegerischen Arbeit werden für die einzelnen Phasen beschrieben:

Abteilung VM			Abteilung AM			Abteilung AF		
Zeit	Phase	Tätigkeiten	Aktivitätsniveau	Zeit	Phase	Tätigkeiten	Aktivitätsniveau	Aktivitätsniveau
13.30 - 14.45	(12)	a) Keine Routinetätigkeiten b) Besuchszeit ^{*)}	niedrig	11.45 - 12.45	(12)	Mittagessen der Patienten	hoch	
14.45 - 15.15 / 15.30 - 16.00	(13)	Jause der Patienten	niedrig	12.45 - 13.30	(13)	Unbetten, Zubettbringen von Patienten - schichtweises Mittagessen der Pfleger - zweite Spritzen Tour (Arzt)	hoch	
15.15 - 16.30 / 16.30 - 16.00	(14)	Temperatur-, Puls-, Stuhl- und Harnkontrollen	mittel-niedrig	13.30 - 15.00 / 13.30 - 15.30	(14)	a) Keine Routinetätigkeiten b) Besuchszeit ^{*)}	niedrig	
16.00 - 16.30 od. 17.00 - 17.30	(15)	Dritte Medikamentenausgabe (Tournpfleger)	niedrig	15.00 - 15.30 / 15.30 - 16.00	(15)	Jause der Patienten	mittel	
16.30 - 17.00	(16)	Abendessen der Patienten	hoch	15.30 - 17.00 / 16.00 - 17.00	(16)	Abendessen der Patienten	mittel-niedrig	
17.00 - 17.45	(17)	Unbetten, Zusammenräumen	hoch	16.30 - 17.00	(17)	Dritte Medikamentenausgabe (Hauptdienst)	hoch	
17.45 - 18.15	(18)	Keine Routinetätigkeiten	mittel-niedrig	17.00 - 17.30	(18)	Abendessen der Patienten	hoch	
18.15 - 18.30	(19)	Abendübergabe		17.30 - 18.15 / 18.15 - 18.30	(19)	Unbetten, Aufwaschen, Züsammenräumen Abendübergabe	hoch	
					(20)	Abendübergabe		
					(17)	Dritte Medikamentenausgabe (Kaderschvester)		
					(18)	Zubettbringen der Patienten - Saubermachen, Zusammenräumen - Kontrollen	hoch-mittel	
					(19)	Abendübergabe		
					(12)	Unbetten bei Bedarf - Mittagessen der Schwestern	mittel	
					(13)	a) Keine Routinetätigkeiten b) Besuchszeit ^{*)}	niedrig	
					(14)	Jausenvorbereitung und Jause der Patienten	mittel	
					(15)	Temperaturkontrolle, Einnahmen, Abendessen vorbereitungen	mittel-niedrig	
					(16)	Abendessen der Patienten	mittel	
					(17)	Dritte Medikamentenausgabe (Kaderschvester)		
					(18)	Zubettbringen der Patienten - Saubermachen, Zusammenräumen - Kontrollen	hoch-mittel	
					(19)	Abendübergabe		

^{*)} an Dienstagen, Donnerstagen, Samstagen, Sonntagen, Feiertagen

- die in jeder Phase bestehende Arbeitsteilung und Koordination zwischen den innerhalb des Wachsaalbereiches agierenden Pflegern bzw. Schwestern
- die Arbeitsaufgaben jeder Phase und die dafür geforderten Kompetenzen und Kenntnisse
- die tatsächliche Durchführung dieser Aufgaben in ihrer Qualität und Variation, sowie die eventuell auftretenden Schwierigkeiten und Probleme
- die Präferenzen und handlungsleitenden Interessen des Pflegepersonals
- die Relevanz, die - in Form von Kontrollen und Saktionen - den einzelnen Aufgaben von seiten der Chargen und Ärzte beigemessen wird.

Die folgenden Ausführungen beschreiben zunächst beispielhaft und ausführlich das Geschehen in Pflegeabteilung VM. Die anschließenden Beschreibungen der Abteilungen AM und AF sind kürzer gehalten und stellen abteilungsspezifische Abweichungen in den Vordergrund.

3.2.3.1 Abteilung VM

Phase (1) Anmeldung, Morgenübergabe (6.20 - 6.45)

Der Tagdienst des Pflegepersonals beginnt um 6.30 Uhr. Der Großteil der Pfleger ist bereits zehn Minuten früher anwesend. Der Anmeldung beim Oberpfleger bzw. seinem Stellvertreter folgt die Übergabe. Die beiden Nachtdiensthabenden übergeben - zumeist mündlich - folgende Informationen an den Hauptdiensthabenden: "Patientenstand, erhöhte Temperaturen, eventuelle nächtliche Vorfälle mit Konsequenzen, besondere Anweisungen für die Behandlung einzelner Patienten."

Die Verteilung der Pfleger erfolgt nach dem Tourenschema (vgl. Abschnitt 3.2). Sind aufgrund von Urlauben, Krankenständen etc. Umstellungen notwendig, so existieren zum Teil ebenfalls routinisierte Regeln (so gibt es z.B. eine Liste von

Ersatzdiensten für den Hauptdienst). Ansonsten werden Umstellungen weitgehend von den anwesenden Pflegern selbst vorgenommen. Erst eventuelle Konflikte, die sich aus der unterschiedlichen Bevorzugung einzelner Dienste durch das Pflegepersonal ergeben, machen eine Intervention von Chargen notwendig.

In der kurzen Zeit bis zum Patienten-Frühstück finden zu-
meist private Gespräche unter den Pflegern statt, zum Teil
außerhalb des Wachsaalbereichs, zum Teil im ersten Wachsaal.
Begrüßung der Patienten oder Erkundigungen nach ihrem Be-
finden oder Wohlergehen sind die Ausnahme. Bedürfnisan-
sprüche der Patienten werden noch zurückgewiesen. Das Ver-
bleiben im ersten Saal mit den körperlich schwächsten und
oft sehr passiven Patienten und das Meiden der anderen Säle
könnte als eine Abwehrmaßnahme gegen Bedürfnisartikulationen
der aktiveren Patienten der anderen Säle interpretiert werden.

Phase (2) Frühstück der Patienten (6.45 - 7.15)

Signal für den Beginn der eigentlichen Tätigkeit ist das
Hereinfahren des Speisewagens durch einen Hausarbeiter um
etwa 6.45 Uhr. Die Verteilung des Frühstücks erfordert die
Unterscheidung der Diabetiker, die Schwarzkaffee und Weiß-
brot erhalten, von den übrigen Patienten, deren Mahlzeit
sich aus Milchkaffee und Weiß- oder Schwarzbrot zusammen-
setzt. Die Diät der einzelnen Patienten ist an Etiketten am
Bett ablesbar. Es wird unterschieden zwischen normaler Kost
bzw. A-Kost, breiiger Kost bzw. B-Kost, Altersschonkost bzw.
C-Kost einerseits und den Diätkostgruppen wie Diabetiker-Kost,
salzlose Kost, fettlose Kost andererseits. Die Diabetiker
prägen sich dem Pfleger leichter ein als die anderen Patien-
ten mit besonderer Diät, da sie bei jeder Mahlzeit eine ge-
sonderte Kost bekommen. Der Großteil der Frühstücksportionen
kommt in Plastikbechern, die Brotschnitten werden den Patien-
ten stückweise in die Hand oder auf das Bett gegeben. Ein
kleinerer Teil kommt in Blechnäpfen, in denen das Brot in
kleinen Stücken mit der Flüssigkeit vermengt wurde. Diese

Portionen sind für zahnlose Patienten gedacht. Die Definition der in Frage kommenden Patientenpopulation ist nicht einhellig. Patienten, die nicht oder nur mühsam in der Lage sind, selber zu essen, müssen ausgespeist werden, was Geduld und eine gewisse Technik erfordert. Einige andere Patienten müssen aufgesetzt werden, wobei besonders darauf zu achten ist, daß Patienten mit Dekubitus nicht verletzt werden.

Im Unterschied zur sonstigen strikten örtlichen Abgrenzung von Tätigkeitsbereichen einzelner Dienste bzw. Pfleger erfolgt die Organisation des Frühstücksausteilen kooperativer. Der Hauptdienstpfleger betreut Wachsaal 1 zusammen mit Hausarbeitern, die Beiddienstpfleger - das waren bei einer Durchschnittsbesetzung von sechs Personen etwa drei Personen - teilen das Frühstück in den beiden anderen Sälen und im kleinen Tagraum gemeinsam aus. Das Essen der auszuspeisenden Patienten wird vorerst abgestellt, das Ausspeisen auf die Zeit nach der Versorgung der anderen Patienten verschoben. Die Aufteilung der auszuspeisenden Patienten erfolgt wieder nach der Saalzuständigkeit des Pflegepersonals.

Das Frühstück wird sehr zügig ausgeteilt. Die Namen der Patienten werden bereits einige Betten vorher aufgerufen, damit diese sich aufsetzen und in Bereitschaft halten. Die Selbstbedienung durch Patienten wird unterbunden, individuelle Wünsche - Präferenzen für Weiß- oder Schwarzbrot, für Schwarzkaffee statt Milchkaffee - sind den Pflegern zum Teil bekannt und werden auch weitgehend berücksichtigt. Einzelne Pfleger aber stellen sich geäußerten Wünschen gegenüber taub oder wehren sie mit Hinweisen auf Vorschriften oder Gleichheitspostulate ab. Andere Pfleger wiederum beugen strategisch der möglichen Beschmutzung von Patienten vor und geben ihnen keine oder nur wenig Flüssigkeit. Schlafende Patienten werden zum Teil übergangen oder es bemüht sich niemand, sie wachzubekommen. Die Ausspeisung von Patienten erfolgt oft ungeduldig und nachlässig, so daß diese Patienten

Gefahr laufen, unzureichend versorgt zu werden. Patienten, die aufgesetzt werden müßten, versuchen oft mühsam im Liegen ihr Frühstück einzunehmen. Der Gesamtablauf ist eher hektisch und unpersönlich.

Das handlungsleitende Interesse der Pfleger besteht in möglichst rascher und ungestörter Durchführung dieser Aufgaben. Daran hat der von den Vorgesetzten ausgehende Druck, die eigentliche Pflege Tätigkeit zu beginnen, wesentlichen Anteil. Dieser Druck manifestiert sich in Hinweisen auf anstehende Aufgaben und in direkten Aufforderungen zur Eile.

Die emotionale Einstellung des Pflegepersonals gegenüber den Patienten ist ambivalent. Tagesbeginn und die zu erwartenden Belastungen eines 12-Stunden-Dienstes, die Bestimmung des Beginns der eigenen Aktivitäten durch die Organisation der Küche, die Bedürfnisbefriedigung anderer zu einem Zeitpunkt, da die eigenen Schlaf- und Nahrungsbedürfnisse unter Umständen unzureichend befriedigt sind, stellen mögliche Determinanten dieser Ambivalenz dar.

Die verschiedenen situativen Faktoren, welche einer besseren Durchführung dieser Aufgaben entgegenstehen, werden von den meisten Pflegern nicht mehr als bewußt erlebte Schwierigkeiten wahrgenommen, weil sie gelernt haben, sich ihnen anzupassen. Als wichtigster Situationsfaktor ist die zu geringe Personalkapazität angesichts des großen Versorgungsbedarfs zu nennen. Im Versorgungsareal der Wachsäle und des kleinen Tagraums befinden sich an die 60 Patienten. Von diesen sind allein 10 - 20 auszuspeisen, ein erheblicher Teil der Patienten ist in der Lage, sich aufzusetzen. Bei einer Durchschnittsbesetzung von sechs Pflegepersonen stehen drei bis vier Pfleger vor dieser Aufgabe. Daneben spielen veraltete Einrichtungen wie Betten ohne Stützvorrichtungen oder aufwendig zu öffnende Netzbetten eine erschwerende Rolle. Die Schläfrigkeit, geringe Ansprechbarkeit und motorische Unsicherheit mancher Patienten stellen das Pflegepersonal vor zusätzliche Probleme.

Für das Einsammeln des Geschirrs ist der genannte Hausarbeiter zuständig. Da er sowohl unter Druck der Pfleger im Wachsaal, die mit der Pflege Tätigkeit beginnen wollen, als auch des Küchenpersonals, das mit der Abwäsche beginnen will, steht, drängt er die Patienten auf schnelle Beendigung des Frühstücks.

Phase (3) Bettenmachen - Therapie - Spritzentour (Arzt)
(7.15 - 9.00)

Die Periode des Bettenmachens, Reinigens, der Körperpflege und der sogenannten Therapie ist die Periode des größten Aktivitätsniveaus. Dem Hauptdienst stehen in dieser Zeit ein oder zwei Hausarbeiter zur Verfügung, bei voller Personalbesetzung unter Umständen auch ein Pfleger. Die übrigen Pfleger verteilen sich auf die beiden anderen Wachsäle. Bei voller Besetzung sind es zwei Pfleger pro Wachsaal wobei derjenige Pfleger eingerechnet ist, der zunächst die Medikamente verteilt hat. Ein Hausarbeiter steht für das Wegräumen der Schmutzwäsche und zur Ergänzung der Wäschevorräte im Wachsaal zur Verfügung.

Die Arbeitsteilung besteht also lediglich in der Definition von Zuständigkeitsbereichen, innerhalb derer prinzipiell gleichartige Aufgaben zu erfüllen sind. Stehen zwei Pfleger in einem Saal zur Verfügung, teilen sie beim Bettenmachen, Reinigen und Körperpflege den Saal nochmals in zwei Bereiche. Eine Ausnahme bilden schwierige Fälle, in denen sich die Pfleger wechselseitig unterstützen. Auch die Therapie wird zumeist gemeinsam durchgeführt.

Eine gewisse Abhängigkeit der Pfleger voneinander besteht insofern, als nur ein sogenannter Therapiewagen mit Salben, Puder, Verbänden etc. zur Verfügung steht, der zuerst beim Hauptdienst in Wachsaal 1, anschließend erst in den Sälen 2 und 3 verwendet wird. Damit ist der Hauptdiensthabende der einzige, der Umbetten, Reinigen, Körperpflege und Therapie in einem Arbeitsgang durchführen kann, was sowohl für seine Arbeitsorganisation erleichternd als auch für die betroffenen Patienten angenehmer ist.

Die hauptsächlichen Aufgaben dieser Phase bestehen im Neubeziehen der Betten, im Neuankleiden der Patienten, in der Reinigung beschmutzter Patienten und in der Verabreichung der Therapie. Diese Aufgaben erweisen sich im Wachsaal 1, dem Hauptdienstbereich, als besonders aufwendig und schwierig, weil in diesem Saal körperlich schwache, kranke, inkontinente und verwirrte Patienten konzentriert sind. Die Säle 2 und 3 sind diesbezüglich einfacher und etwa gleich einzustufen. Die Durchführung der Therapieverordnungen erfordert größere medizinisch-pflegerische Kompetenzen, Kenntnisse und Erfahrung. Die Verordnungen beinhalten überwiegend Dekubituspflege und Vorbeuge, sowie Behandlung von Wunden und Ausschlägen. Die Durchführung wird durch den oft schlechten Allgemeinzustand der Patienten erschwert.

Die Reinigung beschmutzter Patienten, das Neuankleiden und Bettenbeziehen erfordert neben einigen Kenntnissen vor allem Routine.

Vorwegnehmend ist zu sagen, daß die aufgewendete Gründlichkeit und Sorgfalt und damit die Qualität der Durchführung dieser Tätigkeiten sehr stark schwankt. Im besten Fall werden alle Betten neu überzogen, frische Wäsche vergeben, alle beschmutzten Patienten gebadet und alle vorgeschriebenen Therapieanweisungen tatsächlich durchgeführt. Im schlechtesten Fall werden nur die deutlich sichtbar verschmutzten Betten neu gemacht, die Patienten provisorisch gereinigt und nur die leicht sicht- und kontrollierbaren Therapieanweisungen wie z.B. Verbändeanlegen durchgeführt.

Diese quantitativen und qualitativen Differenzen sind nur zum Teil durch unterschiedliche Kompetenzen der Pfleger bedingt. Hier ist vor allem auf die für die adäquate Durchführung von Therapieanweisungen nicht ausreichende Kompetenz und Kenntnis von Stationsgehilfen ohne Kurs, die erst kurz im Dienst stehen, hinzuweisen. Werden sie Mitglieder einer Tour, so führen sie aus Egalitätsgründen jede Aufgabe eines bestimmten Dienstes, also auch die dem Hauptdienst zufallenden Aufgaben,

vollinhaltlich durch. Aber auch außerhalb der Tour fällt ihnen im Rahmen der Beidienste die Durchführung der Therapie zu, vor allem bei geringer Personalbesetzung. Verschiedene, den Möglichkeiten der Situation anrechenbare Mängel wirken sich auf die Qualität der Durchführung aus. Es wird hier die Annahme einer unterschiedlichen Reaktion einzelner Pfleger auf diese objektivierbaren Umstände getroffen, wodurch Variabilität erklärbar wird. Das zeitweilige Fehlen von Medikamenten im Therapiewagen oder gar im Abteilungsvorrat - was auf eine nicht funktionierende Kommunikation zwischen Pflegern im Saal und Chargen außerhalb zurückzuführen ist - sowie der generelle Mangel an technischen Hilfsmitteln erschweren die Arbeit und haben den Effekt einer Motivationsverminderung. So ist beispielsweise der Zustand der Betten schlechthin als desolat zu bezeichnen, was sowohl eine Dekubitusbehandlung ineffizient macht als auch das tägliche mehrmalige Bettenmachen außerordentlich erschwert. Oder, Patienten mit beginnendem Dekubitus müssen während des Bettenmachens auf mit Plastikschnüren bespannte Gartenstühle gesetzt werden. Das Vorhandensein nur eines Therapiewagens führt zur Mehrarbeit für die Beidienste und nicht selten zur Strategie die Pflege aktuell pflegebedürftiger Patienten so lange hinauszuzögern, bis der Wagen zur Verfügung steht. Personeller Mangel spielt eine wesentliche Rolle. Müssen etwa an einem Badetag ungefähr 60 Patienten in kurzer Zeit gebadet und neu eingekleidet werden, so ist die mehrmalige Verwendung ein und desselben Badewassers für mehrere Patienten oft die einzige Möglichkeit der Bewältigung. Die geringe Kontrollierbarkeit des Handelns von Kollegen ist ein weiterer Faktor. Oft sind Therapieanweisungen an Vortagen offensichtlich nicht durchgeführt worden oder Therapieanweisungen im Therapieordner nicht eingetragen oder nicht ausgestrichen worden.

Die emotionale Besetzung dieser Aufgaben ist sehr unterschiedlich, sowohl was einzelne Tätigkeiten, als auch was einzelne Angehörige des Pflegepersonals betrifft. Sind doch

einerseits sehr unangenehme Tätigkeiten, wie das Reinigen beschmutzter Patienten gefordert, andererseits aber auch Tätigkeiten, bei deren Durchführung Kompetenz und Wissen demonstriert werden kann. Die in diesem Zeitraum besonders hohe Wahrscheinlichkeit der Kontrolle durch die Vorgesetzten, die durch das gleichzeitige Anstehen mehrerer prinzipiell gleichwertiger Aufgaben immer gegebene Möglichkeit der negativen Sanktionierung und die Unsicherheit des Visitenzeitpunktes sind drei Faktoren, welche zur Vorsicht und Eile und eher zu einer negativen Bewertung dieser Aufgaben führen.

Das handlungsleitende Interesse aller Pfleger ist geprägt vom Bestreben nach Unanfechtbarkeit und nach Vermeidung negativer Sanktionen vor und bei der Visite sowie vom Bestreben nach Effizienz. Die Patienten werden in dieser Phase zu Objekten der Arbeit, die mit dirigistischen Anweisungen in gewünschter Richtung manipuliert werden, deren Einwände oder Widerstände zum Teil sehr heftige Reaktionen hervorrufen und denen in dieser Zeit individuelle Bedürfnisse abgesprochen werden.

Das Kontroll- und Sanktionsverhalten der Vorgesetzten ist an sichtbaren Regelverletzungen orientiert, wobei sehr oft eine inadäquate Einschätzung der Situation durch Unkenntnis der Entstehung bestimmter Situationen zugrundeliegt. Aufforderungen und Verweise werden vom Pflegepersonal daher zu- meist als reine Machtdemonstration erlebt. Die verhaltensmäßige Konsequenz aufseiten des Pflegepersonals besteht in einer übermäßigen Betonung kontrollier- und sichtbarer Verrichtungen einerseits und in Vermeidungsverhalten andererseits. So müßten beispielsweise alle körperlichen und psychischen Veränderungen der Patienten dem Hauptdienst gemeldet werden, der sie für die Visite zu notieren hat. Des öfteren - wenn nicht gravierende Fälle betroffen sind - unterbleiben solche Meldungen, um einem allzulangen Aufenthalt von Ärzten und Vorgesetzten bei der Visite vorzubeugen.

In den Zeitraum des intensiven Pflegedienstes fällt auch die Spritzen- und Infusionsvergabe durch einen Arzt unter Assistenz des Stationspflegers. Für die Pfleger ist diese Intervention insofern von Interesse, als die betreffenden Patienten in sauberem Zustand gehalten werden müssen. Eventuell werden Pfleger auch zur Unterstützung herangezogen. Die Bewertung dieser Intervention ist im allgemeinen negativ, da sie nicht gänzlich kontrollierbar ist. Der Arzt erwartet eine besondere Vorbereitung der betroffenen Patienten und berücksichtigt dabei nicht die Arbeitsintensität dieser Phase.

Nur eine geringe Zahl der Patienten der drei Wachsäle verläßt das Bett für den restlichen Tag. Die es verlassen, gesellen sich zu den Patienten des ersten Schlafsaales - welche einen kleinen Tagraum zu ihrer Verfügung haben. Manche Pfleger sind bestrebt, alle "mobilen" Patienten aus ihren Betten zu holen und nicht mehr hineinzulassen und solche, die sitzen können, wenigstens auf Stühle zu setzen, wo sie oftmals angebunden werden. Begründet wird dieses Bestreben mit Dekubitusvorbeugung. Mehr oder weniger offen wird zugegeben, daß dies auch dem Interesse entgegenkommt, reine Betten über den Tag hinweg zu erhalten.

Phase (4) Erste Medikamentenausgabe (Tourenpfleger)
(7.00 - 8.00)

Parallel zum Beginn der morgendlichen Pflege Tätigkeit hat ein Pfleger die Medikamentenverteilung übernommen. Laut Dienstplan wird diese Aufgabe vom Beidienst drei oder zwei übernommen. Er fährt mit einem Medikamentenwagen durch die Säle, ruft die mobilen Patienten auf und begibt sich zu den bettlägerigen. Die Medikationen sind in einer kleinen Kartei vermerkt. Die Medikamente sind größtenteils alphabetisch angeordnet, so daß es nur geringer Übung bedarf, sie zu verabreichen. Es kommt vor, daß die Medikamente falsch zurückgestellt werden und dann nur bei längerem Suchen auffindbar sind. Auch fehlen des öfteren Medikamente, obwohl den Pfl-

gern eine sofortige Ergänzung des Bestandes aufgetragen ist. Beides kann zu Auslassungen bei der Vergabe an die Patienten führen. Auch schwieriger zu verabreichende Medikamente - wie z.B. Ohrentropfen - werden häufig nicht vergeben. Die nicht sehr sorgfältige Handhabung durch das Pflegepersonal könnte auch dadurch beeinflußt sein, daß die Medikationen der meisten Patienten über sehr lange Zeiträume konstant sind, und Auslassungen offenbar keine merklichen Konsequenzen haben. Die meisten Pfleger sind überdies uninformiert über die Indikation und Wirksamkeit der meisten Medikamente. Die genaue Befolgung wird daher oft als irrelevant empfunden. Eine genaue Kontrolle durch Vorgesetzte ist ohnehin beinahe unmöglich.

Die meisten Patienten nehmen gewohnheitsmäßig und ohne Widerstand ihre Medikamente. Nur Neuankömmlinge verbinden damit Erfolgserwartungen. Besonders bei alteingesessenen Patienten, die schon sehr lange gleichbleibende Medikation haben, wird kein sonderlicher Druck ausgeübt, wenn sie die Medikamente einmal verweigern. Es erfolgt lediglich - und das nicht immer - eine Eintragung in die Medikamentenkartei. Bei Neuankömmlingen oder bei Patienten, die "lästig" fallen, können Medikamentenverweigerungen zum Anlaß für Sanktionen genommen werden.

Die Bewertung dieser Tätigkeit ist im allgemeinen positiv. Sie ist leichter als die gleichzeitige Pflege, kann ausgedehnt werden und vermittelt manchen Pflegern das Gefühl einer höher qualifizierten Tätigkeit. Im allgemeinen entwickeln die damit beschäftigten Pfleger keine sonderliche Eile. Manche versuchen sich Arbeit dadurch zu ersparen, daß sie die betroffenen Patienten - soweit sie gehen können - zu sich rufen und nicht zu ihnen hinfahren.

Die Beendigung der Pflege Tätigkeit in engerem Sinn geht in die Phase erweiterter Körperpflege über. Die Arbeitsteilung im Sinne der Aufteilung von Arealen bleibt bestehen, eine wechselseitige Abstimmung der Handlungen ist nur insofern

notwendig, als es bestimmte Geräte nur in geringer Anzahl gibt, so daß sie jeweils nicht allen Pflegern gleichzeitig zur Verfügung stehen. Das gilt gleichermaßen für Rasierapparate, wo von den drei vorhandenen Geräten oft nur eines einsatzfähig ist, Haarbürsten - hier ist zumeist nur eine auffindbar und Nagelscheren, die beide vom Oberpfleger verwahrt werden. Die Durchführung dieser Aufgaben ist zumeist eher oberflächlich, was sowohl mit dem Gerätemangel als auch mit der Gerätequalität zusammenhängt - so kostet etwa eine ordentliche Rasur eines Patienten mit den vorhandenen Geräten erhebliche Zeit und Geduld.

Die Pfleger einer Tour trachten daher oft, diese Arbeiten der Tour des nächsten Tages zuzuschieben. Aus einer solchen Absicht, die von der anderen Tour durchschaut wird, entstehen dann umgehend ebenfalls ähnliche Interessen. Von den Vorgesetzten werden in der Zeit bis zur Visite jedenfalls irgendwelche Aktivitäten erwartet, Untätigkeiten werden mit Anweisungen beantwortet.

Phase (5) Erweiterte Körperpflege, Gabelfrühstück der Pfleger
(9.00 - 9.45)

Die Beendigung der Pflege Tätigkeit bedeutet gleichzeitig die Bereitschaft zur Visite, welche nicht immer zu einem genau vorhersehbaren Zeitpunkt beginnt. Diese Unsicherheit wird für das Pflegepersonal zu einem erheblichen Streß, weil von den Ärzten und Vorgesetzten jedenfalls erwartet wird, daß sich alle Patienten in reinem und gepflegtem Zustand befinden, was jedoch nur für begrenzte Zeiträume sicherzustellen ist. Zumindest ein Teil der Pfleger versucht das eigene Gabelfrühstück noch vor dem Gabelfrühstück der Patienten um 9.45 Uhr einzunehmen. Dabei gesteht man sich informell eine Zeitspanne von einer Viertelstunde bis zu einer halben Stunde zu. Ist die Visite noch nicht erfolgt, ist dies für die außerhalb des Wachsaalbereiches befindlichen Pfleger unangenehm, da sie ihre Pause in der ständigen Erwartung einer Unterbrechung verbringen müssen und ihre Abwesenheit noch dazu von den Chargen negativ sanktioniert wird.

Phase (6) Visite (9.30 - 10.30)

Die Visite erfolgt im Zeitraum zwischen 9.00 und 11.00 Uhr, zumeist jedoch zwischen 9.30 und 10.30 Uhr. Die Visite wird normalerweise vom Hauptdiensthabenden durch alle Säle begleitet. In den einzelnen Sälen können die dort diensthabenden Pfleger zu Informationen herangezogen werden. Für den Hauptdiensthabenden ist es wichtig, Informationen über die einzelnen Patienten zu haben und diese weiterzugeben, sich als kompetent auszuweisen und eine geschickte Selbstpräsentation vorzunehmen. Die meisten der übrigen Pfleger meiden die Visite, es sei denn, sie wollen sich vor Ärzten und Vorgesetzten positiv in Szene setzen. Die Bewertung der Visite ist ebenfalls im allgemeinen negativ, die Willkür des Zeitpunktes sowie die Sanktionsmöglichkeit und Kontrollmöglichkeit durch Vorgesetzte und Ärzte werden als ungünstig empfunden. Außerdem tritt bei der Visite die untergeordnete Position des Pflegers besonders stark zutage. Die Kommunikation findet zur Hauptsache nur zwischen den Ärzten und zwischen den Ärzten und dem Oberpfleger statt. Das leitende Prinzip der Pfleger für die Visite ist daher, sie geschickt und unangreifbar vorzubereiten, sowie ein schnelles Durchgehen der Visite zu erreichen.

Phase (7) Gabelfrühstück der Patienten (9.45 - 10.15)

In den möglichen Visitenzeitraum fällt auch das Gabelfrühstück der Patienten. Es kann zu Kollisionen zwischen Visite und Gabelfrühstück kommen, da die Ärzte die pflegerische Arbeitssituation und Arbeitseinteilung ignorieren und allein ihre eigene Arbeitsorganisation für den Zeitpunkt der Visite ausschlaggebend ist. Die Organisation des Austeilens ist analog dem Frühstück. Hauptdienst plus Hausarbeiter übernehmen den ersten Saal, die übrigen Pfleger kooperieren beim Austeilen in den übrigen Sälen. Gefordert ist wieder die Unterscheidung von Diäten, das Ausspeisen bestimmter Patienten, sowie zusätzlich die Entscheidung über den Bedarf an sogenannten Zubeßen wie z.B. Eiern, die gedacht sind für schwächliche Patienten und "schlechte Esser". Die so definierten Patienten

sind in der Küche auch namentlich angeführt. Allerdings kümmert sich um diese Liste niemand. Gewohnheitsrechte artikulationsfähiger Patienten, Eigendefinitionen von Bedürftigkeit und die Verwendung als Belohnung steuern die Vergabe. Die Kontrolle der Vorgesetzten über diese Verteilung ist gering, wie überhaupt nach Beendigung der Arztvisite der Kontroll- und Sanktionsdruck abnimmt. Das Gabelfrühstück der Patienten steht daher nicht unter derselben Hektik wie das Frühstück. Auch signalisiert das Gabelfrühstück ein deutliches Abnehmen des Aktivitätsniveaus. Übergehen von Patienten, ungenügendes Ausspeisen, Verweigerung möglicher Bedürfnisbefriedigungen kommen jedoch auch bei dieser Mahlzeit vor.

Phase (8) Erweiterte Körperpflege, Zusammenräumen, Eintragungen durch Hauptdienst (10.15 - 11.30)

Die Zeit zwischen 10.15 und 11.30 Uhr ist - vorausgesetzt die Visite hat bereits stattgefunden - eine Phase mittleren bis niedrigen Aktivitätsniveaus. Zwar wird auch in dieser Phase offensichtliches Nichtstun von den Vorgesetzten negativ sanktioniert, aber die Tätigkeiten - Fortsetzung der Körperpflege, Instandhaltung der Geräte, Ergänzung von Medikamenten, Eintragungen in die Karteien und ähnliches - können in aller Ruhe vorgenommen werden. In dieser Zeit bestehen keine Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Pflegern. Ob die angeführten Aufgaben durchgeführt werden, hängt von der Präferenz der Pfleger einerseits und eventuellen Interventionen bzw. Anweisungen der Vorgesetzten andererseits ab. Allgemein ist es eine Zeit des Ausrastens, einer relativ häufigen Abwesenheit aus dem Wachsaalbereich, eine Periode, in der die Beendigung der Pflege Tätigkeit im Vordergrund steht. In dieser Phase werden die Patienten mit von ihnen am Vortag bestellten privaten Konsumgütern versorgt. Die Austeilung ist Sache einer Abteilungshelferin.

Phase (9) Mittagessen der Patienten (11.30 - 12.15)

Das Mittagessen der Patienten fällt in den Zeitraum von 11.30 bis 12.15 Uhr. Die Arbeitsorganisation erfolgt etwas

anders als bei den übrigen Mahlzeiten. Die Speisen werden nicht beginnend vom Hauptdienstsaal durch die übrigen Säle gebracht, sondern von mehreren Hausarbeitern auf Tablettts in die einzelnen Krankensäle getragen. Dadurch kann die übliche Verteilung der Tätigkeitsbereiche aufrechterhalten werden, und jeder Pfleger ist für die Versorgung einer bestimmten Zahl von Patienten in einem bestimmten Saal verantwortlich. Gefordert ist daher eine gewisse Übersicht und Organisationsfähigkeit. Es müssen die Diäten der einzelnen Patienten bekannt sein, es muß über die Bedürftigkeit an Zubußen von Patienten mit schlechter Nahrungsaufnahme entschieden werden, schließlich müssen einige Patienten ausgespeist werden.

Die tatsächliche Durchführung dieser Aufgaben ist bei einer durchschnittlichen oder gar unterdurchschnittlichen Personalbesetzung, bei der 15 oder mehr Patienten auf einen Pfleger entfallen, nicht in vollständigem und befriedigendem Ausmaß gewährleistet. Häufig werden Diäten verwechselt, Patienten, die ausgespeist werden müßten, erhalten kalte Speisen und unzureichende Mengen, gewisse Speisen, die bei mangelnder motorischer Kontrolle zu starker Beschmutzung der Bettwäsche führen, werden eher nur an zuverlässige Patienten vergeben, die Verteilung der Zubußen ist nicht allein von Bedarfskriterien geleitet.

Mitentscheidend für diese Versorgungsmängel sind folgende situative Bedingungen:

Die Überlastung der einzelnen Pfleger, die gleichzeitig die Speisen entgegennehmen müssen und verteilen sowie ausspeisen sollen; die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Gänge; das Verhalten der Hausarbeiter, die oft nicht willens oder in der Lage sind, die einzelnen Diäten zu benennen und die Speisen bei nicht-sofortiger Abnahme irgendwo abstellen - dabei stehen sie ihrerseits unter dem Druck des in der Küche austeilenden Personals; die mangelnde Abstimmung der Qualität des Essens auf die Möglichkeiten einzelner Patienten wie z.B. zahnlose Diabetiker, die von den Pflegern in einer ohnehin hektischen Situation zusätzliche Entscheidungen

verlangt; die mangelnde Klarheit der Zubeßenkriterien und die geringe Anzahl von Nachspeisen.

Das handlungsleitende Interesse der Pfleger ist daher oft weniger an den Bedürfnissen der Patienten, sondern eher an der Aufrechterhaltung einer gewissen Situationsbewältigung orientiert, die zwangsläufig auf dem Prinzip des geringsten Widerstandes aufbaut. Dadurch ergibt sich am ehesten eine Vernachlässigung der artikulationsunfähigen Patienten. Eine Kontrolle der Essensvergabe durch Vorgesetzte findet nicht statt, der Stationspfleger arbeitet zumeist beim Austeilen in der Küche mit.

Phase (10) Zweite Medikamentenausgabe (Tourenpfleger)
(12.15 - 12.45)

Nach dem Mittagessen werden vom zuständigen Pfleger zum zweitenmal Medikamente verteilt, allerdings nur an eine geringe Anzahl von Patienten.

Phase (11) Umbetten (schichtweises Mittagessen der Pfleger)
(12.15 - 13.30)

Von den übrigen Pflegern geht ein Teil zum Mittagessen in das Pflegerzimmer, die restlichen beginnen mit dem Umbetten beschmutzter Patienten. Die Reihenfolge, in der die Pfleger zum Mittagessen gehen, ist des öfteren Gegenstand latenter oder manifester Konflikte. Vor allem dienstältere Pfleger beanspruchen für sich das Recht der Wahl des Zeitpunktes. Manchmal ist auch die Länge der Mittagszeit einzelner Kollegen Anlaß zu Differenzen. Die Mittagspause gilt ebenso wie die vormittägige Gabelfrühstückszeit als Dienstzeit. Es besteht daher weder auf Länge noch auf den genauen Zeitpunkt ein Anspruch. Informell gesteht man sich etwa eine halbe Stunde zu.

Die Arbeitsteilung zwischen den im Saal verbliebenen Pflegern erfolgt wiederum nach bestimmten Bereichen. Die Pfleger versuchen gerade für diese Arbeit Hausarbeiter einzusetzen. Die Qualität der Durchführung schwankt einigermaßen, die aufgewendete Sorgfalt hängt unter anderem davon ab, ob an einem

bestimmten Tag Besuchszeit ist. Kontrollen durch Vorgesetzte sind in dieser Zeit selten.

Phase (12) a. Keine Routinetätigkeiten (13.30 - 14.45)

b. Besuchszeit (13.30 - 15.30)

Der weitere Verlauf des Nachmittags hängt davon ab, ob Besuchstag ist oder nicht. Gibt es keine Besuchszeit, so entsteht eine Periode ohne vorgeschriebene Routinetätigkeiten zwischen 13.30 und 14.45. Die Bewertung dieser Zeit ist entsprechend positiv. Das leitende Prinzip heißt "Ruhe-haben"; die Pfleger ziehen sich zumeist in einen ruhigen Winkel im Wachsaal zurück. Manche plazieren sich so, daß es nur einer geringen Zahl von Patienten möglich ist, sie zu Dienstleistungen zu veranlassen. Es ist dies übrigens auch eine Zeit, in der das Sitzen von Pflegern nicht negativ durch Vorgesetzte sanktioniert wird. Im allgemeinen wird ein besuchsfreier Tag einem Besuchstag vorgezogen. Ist der betreffende Tag ein Besuchstag, ist eine derart offenkundige Ruhepause im Sinne einer günstigen Selbst- und Organisationspräsentation nicht möglich.

Besuchszeiten bedeuten vermehrte Kontrolle, vermehrte Ansprüche, eventuelle Beschwerden, die Notwendigkeit des Situationsmanagements - etwa bei unruhigen Patienten - der Fassadendarbietung sowie einer gründlicheren Vorbereitung. Die Pfleger trachten möglichst unauffällig zu bleiben. Kommt es zu Krisensituationen, etwa durch Unruhe von Patienten, versuchen sie gegenüber den Besuchern ihre Maßnahmen zu legitimieren, indem sie etwa den Geisteskrankenstatus des betreffenden Patienten herausstreichen.

Phase (13) Jause der Patienten (14.45 - 15.15/15.30 - 16.00)

Die Jause der Patienten erfolgt um 14.45 bzw. 15.30 Uhr. Die Arbeitsteilung und Organisation erfolgt analog dem Frühstück und Gabelfrühstück. Die Patienten bekommen Weiß- oder Schwarzbrot sowie Milchkaffee bzw. Schwarzkaffee. Die tatsächliche Durchführung ergibt keine Probleme und infolge des geringen

Zeitdrucks ist die Versorgung einigermaßen befriedigend. Hier spielen unter Umständen die Abwesenheit des Oberpflegers und der Ärzte eine gewisse Rolle. Die Bewertung dieser Phase ist positiver, wenn die Jause die Besuchszeit beendet, als wenn sie der Zeit ohne Routineaufgaben folgt.

Phase (14) Temperatur-, Puls-, Stuhl- und Harnkontrollen
(15.15 - 16.30/16.00 - 16.30)

Im Falle des besuchsfreien Tages folgt eine weitere kurze Zeit ohne Routinetätigkeiten. Sie leitet über zur dritten eigentlichen Aktivitätsperiode des Tages. Diverse Kontrollen sind durchzuführen. Bei allen Patienten mit Temperatur/Pulstabelle müssen entsprechende Messungen durchgeführt werden. Bei Patienten, die in der Stuhlkartei geführt werden, muß der Stuhl eingetragen werden. Die Initiative geht weitgehend vom Hauptdienst aus, der sowohl die Temperatur-Puls-Kontrolle veranlaßt als auch die Informationen für die Stuhlkartei einholt. Erhöhte Temperaturen müssen dem Stationspfleger gemeldet werden. Entsprechende Maßnahmen müssen unternommen werden, wenn ein Patient länger als drei Tage keinen Stuhl hatte.

Die Pfleger kontrollieren bei Patienten, die schon längere Zeit fieberfrei sind, zumeist nur den Puls und tragen einen entsprechenden Temperaturwert ein. Patienten, die schon drei Tage ohne Stuhl sind, wird zumeist Microclist verabreicht. Hier besteht das Problem vor allem in der Zuverlässigkeit der Information. Manche Patienten behaupten, "erst gestern" Stuhl gehabt zu haben, obwohl sie in der Kartei mit minus geführt sind. Die Informationen werden nicht selten strategisch eingetragen, um einer Arbeit zu entkommen. Hier spielen auch die kontinuierlich anwesenden Hausarbeiter eine Rolle, die sehr oft behaupten, daß bestimmte Patienten Stuhl hatten - wenn gerade der kritische Tag erreicht ist.

Warum bestimmte Patienten in dieser Kartei geführt werden, ist ohnehin nicht immer einsichtig. Die Zersplitterung der Patienten in Personen, die auf verschiedenen Karteien für irgendwelche Maßnahmen eingetragen sind, ohne gleichzeitiges

Vorhandensein einer fundierten Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes auf seiten des Pflegepersonals hat oft negativen Einfluß auf die Sorgfalt der Durchführung. Von seiten der Vorgesetzten und Ärzte werden vor allem fehlende Eintragungen negativ sanktioniert, dadurch verschiebt sich das Interesse der Pfleger auf die Vollständigkeit der Eintragungen.

Der Kontrolldruck von außen läßt allerdings ab Mittag stark nach. Die Stationspfleger kontrollieren erst wieder genauer vor der Abend-Übergabe.

Phase (15) Dritte Medikamentenausgabe (Tourenpfleger)
(16.00 - 16.30 oder 17.00 - 17.30)

Phase (16) Abendessen der Patienten (16.30 - 17.00)

Das Abendessen erfolgt um 16.30 Uhr. Vorher oder nachher verteilt der zuständige Pfleger die dritten Medikamente, welche an eine etwa gleichgroße Patientengruppe wie am Morgen vergeben werden. Die erforderlichen Kompetenzen, die Bewertung der Tätigkeit, die Arbeitsorganisation und Durchführung des Abendessens gleichen den übrigen Mahlzeiten mit Ausnahme des Mittagessens.

Phase (17) Umbetten, Zusammenräumen (17.00 - 17.45)

Anschließend an das Abendessen erfolgt ein nochmaliges Umbetten in systematischer Weise, ein Zusammenräumen und eine Vorbereitung der Übergabe. Jeder Pfleger ordnet seinen Zuständigkeitsbereich ohne notwendige Koordination mit Kollegen. Für diese Aufgaben ist - wie am Morgen - eine entsprechende Routine und vor allem eine entsprechende Motivation notwendig. Allgemein trachtet man, diese Tätigkeit schnell zu erledigen, wobei aber an die Genauigkeit größere Anforderungen gestellt werden, da durch die Nachtdienstpfleger eine Kontrolle stattfindet. Im allgemeinen werden wieder verstärkt die Hausarbeiter herangezogen. Diese Tätigkeit endet spätestens um 18 Uhr.

Phase (18) Keine Routinetätigkeiten (17.45 - 18.15)

Phase (19) Abendübergabe (18.15 - 18.30)

Die Übergabe an den Nachtdienst erfolgt zwischen 18.15 und 18.30 Uhr. Die Pfleger des Nachtdienstes gehen mit den Pflegern des Tagdienstes sowie mit dem Stationspfleger durch alle Wachsäle und die beiden Schlafsäle. Die Patienten müssen sich zu dieser Zeit bereits im Bett befinden. Die Nachtdiensthabenden kontrollieren den Patientenstand, lassen sich über freie Betten informieren und erhalten Informationen über die erhöhten Temperaturen und eventuelle kritische Fälle. Die erhöhten Temperaturen und kritischen Vorfälle des Tages sind auch im Hauptdienstbuch festgehalten. Auch teilt man ihnen mit, ob noch ein Bereitschaftsarzt für Infusionen und Injektionen kommen wird oder ob er bereits hier war.

3.2.3.2 Abteilung AM

Phase (1) Anmeldung, Einteilung, Übergabe (6.20 - 6.45)

Während die Pfleger nach Anmeldung beim Oberpfleger im Gang warten, erfolgt eine Besprechung der Hauptverantwortlichen des Nachtdienstes mit den diensthabenden Kaderpflegern und dem Oberpfleger. Anschließend erst wird den Pflegern am Gang die endgültige Diensteinteilung mitgeteilt, die durch Krankenstände, Urlaube, Kündigungen oder die Notwendigkeit der Einschulung neuen Personals mehr oder weniger von der durch den Tourdienst festgelegten Einteilung abweichen kann. Da einzelne Dienste beim Pflegepersonal unterschiedliche Wertschätzung genießen, ist das Ergebnis dieser Umstellung für die Schulpfleger ein Indikator der Einschätzung, die ihnen von Oberpfleger, Stations- und Kaderpflegern zuteil wird. Während alle "Tourenpfleger" außerhalb des Wachsals - im Stock, im Tagraum und in der Sperre - ihren Dienst beginnen, findet für die Wachsaalpfleger die Übergabe statt. Nachtdienst- und Hauptdienstbuch werden in der Spülkammer übergeben, danach bewegt sich der ganze Zug durch die einzelnen

Wachsäle. Dabei werden Neuzugänge, Verlegungen, Abgänge, der Zustand von Krisenpatienten und das Verhalten bekannter Problempatienten besprochen, gelegentlich auch auffällige Ereignisse des Vortags. Das Gespräch wird jedoch nur zwischen dem Nachtdienst-Kaderpfleger, dem Wachsaal-Kaderpfleger und dem Hauptdienst-Schulpfleger an der Spitze des Zuges geführt und den übrigen Pflegern ist es schwer oder gar nicht möglich, diese Informationen aufzunehmen. Eventuelle Fehler, die später aufgrund mangelnder Information begangen werden - etwa daß an nüchtern zu haltende Patienten Frühstück verteilt wird - bieten dann Anlaß für Zurechtweisungen und Rügen.

Deutlicher hörbar werden Patienten besprochen, deren unangepaßtes Verhalten ein Problem für das Pflegepersonal darstellt. Die Vorführung und stereotype Etikettierung verfestigt das von diesen Patienten bestehende Bild und verstärkt die eingefahrene Art des Umgangs mit ihnen.

Phase (2) Bettenmachen, Mobilisieren (6.45 - 7.00)

Noch vor dem Frühstück beginnt das Bettenmachen. Zunächst versucht man - sofern dies nicht schon vom Nachtdienst gemacht wurde - alle Patienten aus ihren Betten zu bringen. Bettlägrige Patienten werden für kurze Zeit in einen Sessel gehoben, Patienten, die außerhalb ihres Bettes sitzen können und untertags nur zur Mittagsruhe ihr Bett aufsuchen, werden an ihren Platz gebracht, z.B. zum sogenannten "Achterklub" im ersten Wachsaal, einer Versammlung von acht Patienten, die zum Großteil an die Bänke gebunden werden. Diese als "Mobilisierung" bezeichneten Maßnahmen sind für viele Patienten die einzige Möglichkeit, das Bett zu verlassen. Vom Arzt angeordnete Maßnahmen zur Mobilisierung einzelner Patienten werden nur in Ausnahmefällen eingehalten, diese Vernachlässigung wird mit Zeitmangel gerechtfertigt. Das Bettenmachen wird - zumeist in Zweiergruppen - zügig durchgeführt und die Patienten werden angehalten, aus dem Weg zu gehen und nicht zu stören.

Eventueller Wäskemangel kann die Arbeit behindern. Soweit die Spielräume der Beiddiensteinteilung gestatten, besteht eine Präferenz für die Arbeit bei den weniger verschmutzten Betten der hinteren Säle. Die Kaderpfleger sind in dieser Zeit nicht im Saal anwesend.

Phase (3) Frühstück (7.00 - 7.30)

Während des Bettenmachens wird der Frühstückswagen in den Wachsaal geschoben. Zuerst wird an alle Patienten, die selbst essen können ausgeteilt, anschließend werden die Auszuspeisenden versorgt. Die Kaderpfleger teilen einzelne Pfleger bestimmten auszuspeisenden Patienten zu. Für diese wird einstweilen das Frühstück auf ihren Nachtkästchen abgestellt. Häufig kommt es vor, daß diese Patienten voll Ungeduld versuchen, das Frühstück alleine einzunehmen und dabei Kaffee in ihre Betten verschütten. Ähnliches passiert zumeist bei den Patienten des "Achterklubs". Die Pfleger, die oft sehr lange mit dem Ausspeisen einzelner Patienten beschäftigt sind, müssen so oft zusehen, wie Mehrarbeit und Unordnung entsteht, ohne daß sie dies kontrollieren können. Die Pfleger, die mit Ausspeisen beschäftigt sind, sind bestrebt, eher schnell essende Patienten zugeteilt zu bekommen. Die Kaderpfleger überwachen und geben Hinweise bei schlechter Nahrungsaufnahme. Sie drängen auch auf schnelle Beendigung dieser Aufgaben.

Phase (4) Fortsetzung Bettenmachen, Körperpflege, Eintragungen
(7.30 - 8.15)

Das Bettenmachen wird fortgesetzt. Zumeist werden die noch unfertigen Betten von Pflegerteams überzogen. Die Kaderpfleger geben Anweisungen zur Säuberung und Einkleidung von Patienten, die zu Fachärzten oder in andere Spitäler gebracht werden müssen und zur Vorbereitung von Infusionen. Steht ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung, erteilen die Kaderpfleger zusätzliche Anweisungen zur Körperpflege der bettlägerigen Patienten - Rasieren, Kämmen, Augenpflege etc. - und teilen einzelne Pfleger dazu ein. Zum Teil fehlt es dabei

an Geräten, es gibt zu wenig Rasierapparate und Kämme. Die Pfleger empfinden die angeordneten Aufgaben zum Teil als überflüssigen Aufwand. Auch besteht die Auffassung, dies seien eher Aufgaben für Hilfskräfte. Für die nicht-bettlägrigen Patienten ist keine regelmäßige Morgentoilette vorgesehen. Sie werden lediglich anlässlich des wöchentlichen allgemeinen Badetages gebadet und neu eingekleidet. Nach dem Ende des Bettenmachens und der Körperpflege nimmt der Arbeitsanfall etwas ab. Die Kaderpfleger, die diese Periode zur Beobachtung und Beurteilung der Schüler benützt haben, verlassen den Wachsaal zu einer ersten Kaffeepause im Oberpflegerzimmer.

Die Schüler haben noch Eintragungen über Stuhl- und Harnausscheidungen und bei bestimmten Patienten über die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu machen. Diese Eintragungen werden in der allgemeinen Turbulenz oft vergessen und dann häufig durch "angenommene" Werte im Laufe des Tages ergänzt. Auf der Basis dieser teilweise unzuverlässigen Eintragungen werden aber sehr oft Handlungen wie Infusionsvergabe oder Einläufe vorgenommen.

Gegen Ende dieser Phase gehen die höheren Schülerjahrgänge zur Schule. Im Wachsaalbereich verbleiben dann nur noch durchschnittlich vier Pfleger. Sie achten vor allem darauf, daß die für die Infusionen und Spritzen vorgesehenen Patienten rein in ihren Betten liegen.

Phase (5) Erste Medikamentenausgabe (Hauptdienst)

(7.30 - 8.15)

Bereits nach dem Frühstück hat der Hauptdienstpfleger begonnen, die ersten Medikamente zu verteilen; allgemein besteht das Interesse, die Medikamente den dienstlichen Anweisungen gemäß zu vergeben, um Injektionen zu vermeiden.

Phase (6) Spritzen und Infusionen (Arzt) (8.00 - 8.15)

Die sogenannte "Spritzentour", die von einem Arzt in Begleitung des Therapiepflegers und der Kaderpfleger absolviert

wird, signalisiert für die übrigen Pfleger das Überschreiten des morgendlichen Aktivitätsgipfels und den Eintritt in eine Phase, in der Ruhepausen legitim sind. Für die Spritzentour müssen die Patienten zum Teil angebunden werden, die Infusionsständer müssen zu den Betten geschoben werden. Die Kaderpfleger kontrollieren diese Vorbereitungen und auch die Kleidung derjenigen Patienten, die zu Ärzten außerhalb der Abteilung gebracht werden.

Phase (7) Spezialaufgaben, Therapie (Hauptdienst und ein Helfer) - Gabelfrühstück der Schulpfleger - "Routinepausen" (8.15 - 10.00)

Dem Hauptdienstpfleger verbleibt noch die eigentliche Therapie, die er mit einem Kollegen gemeinsam an den dafür vorgesehenen Patienten vornimmt. Durchschnittlich sind etwa ein Drittel der Wachsaalpatienten davon betroffen. Diese Aufgaben werden wegen ihres höheren Qualifikationsniveaus vom Pflegepersonal geschätzt, allerdings mit Ausnahme der Dekubitusbehandlung. Zum Teil sind aber die ausführenden Pfleger erst kurz in Ausbildung und daher nicht immer kompetent genug.

Die übrigen Pfleger haben noch Infusionsnadeln zu entfernen, Blutdruckmessungen und Blasenspülungen bei einzelnen Patienten vorzunehmen. Die Arbeitsteilung ist durch die Beiddienstregelung gegeben. Ab etwa 9 Uhr gehen die Pfleger dann schichtweise zur Frühstückspause ins Pflegerzimmer. Die Kaderpfleger treten manchmal gegen eine zu lange Ausdehnung dieser Pausen auf, sind jedoch bis zur Visite - abgesehen von gelegentlichen Kontrollgängen - im Wachsaal nicht mehr zu sehen.

Phase (8) Gabelfrühstück der Patienten (10.00 - 10.30)

Nicht für alle Patienten ist ein Gabelfrühstück vorgesehen: Diabetiker bekommen belegte Brote und Schwarzkaffee, die alten Patienten Milch und Brot. Für die übrigen hat es bereits vorher Tee gegeben. Die Pfleger achten auf die genaue Einhaltung der Diäten.

Phase (9) Wäsche einräumen, Kurven absammeln etc.

(10.30 - 11.30)

Anschließend werden einzelne beschmutzte Patienten umgebettet, die Schmutzwäsche muß in den Wäschesäcken verstaut werden - eine emotional stark negativ besetzte Tätigkeit, die von den Kaderpflegern aus disziplinarischen Gründen oftmals bestimmten Pflegern übertragen wird, ansonsten für ein paar Zigaretten an Patienten-Hausarbeiter abgeschoben werden kann. Frische Wäsche wird vom zuständigen Beidienst-Pfleger in den Kästen verstaut - manche Patienten erhalten erst um diese Zeit Socken oder reine Hosen. Dieser Pfleger hat auch die Aufgabe, den Wäschegehaltbestand zu kontrollieren. Der Wäshedienst kann sehr aufwendig sein und wird daher nicht sehr geschätzt. Die Tabellen mit den diversen Eintragungen werden vom zuständigen Beidienst dem Therapiepfleger gebracht. Zu ihrer Ergänzung müssen verschiedene Rückfragen gehalten werden.

Daraufhin ist eine zweite Periode ohne Routinetätigkeiten und mit geringer Kontrolle bis zur Visite. Die Patienten verhalten sich um diese Zeit meist sehr ruhig.

Phase (10) Zweite Medikamentenausgabe (Hauptdienst)

(11.00 - 11.30)

Vor der Visite werden vom Hauptdienst noch zum zweiten Mal Medikamente verteilt.

Phase (11) Visite (zwischen 11.30 und 12.30)

Die Visite, deren unbestimmter Beginn ein ständiges Ärgernis für die Pfleger ist, wird in der Regel von den Abteilungsärzten, dem Ober- oder Stationspfleger, dem Therapie- und dem Kaderpfleger, sowie dem Hauptdienstpfleger bestritten. Das Mitgehen jüngerer Schulpfleger ist nicht erwünscht. Im Mittelpunkt der Visite stehen Neuzugänge, Patienten mit kritischer Nahrungsaufnahme oder Ausscheidung und vor allem akut kranke Patienten und Sterbende. Entsprechende Anordnungen bezüglich Medikation und Therapie werden getroffen. Weiters wird über die weitere Karriere bestimmter Patienten

- wie Verlegung oder Außenarbeit - befunden und "lästige" Patienten werden zum Wohlverhalten angehalten. Die Visite dauert im Durchschnitt etwa 10 Minuten für die 30-40 Patienten des Wachsaaalbereiches.

Phase (12) Mittagessen der Patienten (11.45 - 12.45)

Zum Mittagessen wird versucht, die Mehrzahl der Patienten an die Tische zu setzen. Das Essen wird von Hausarbeitern in die Säle gebracht, welche die jeweilige Speise durch Ausrufen benennen. Die Pfleger verteilen sich auf die einzelnen Säle, der Hauptdiensthabende versucht eine Einteilung für die auszuspeisenden Patienten zu schaffen. In der tatsächlichen Durchführung entsteht des öfteren ein Chaos, bedingt durch die rasche Aufeinanderfolge der Speisen, welche von den Hausarbeitern irgendwo abgestellt werden, wenn sie nicht sofort entgegengenommen werden, die Ungeduld der Patienten, die sich nehmen, was sie erreichen können, die Überlastung der Pfleger durch das Ausspeisen, das sie andauernd unterbrechen müssen. Eine Verschärfung der Situation entsteht dann noch durch das Weggehen der Schüler des ersten Jahrganges zum theoretischen Unterricht während des Patientenmittagessens. Versuche der Kaderpfleger, die Übersicht zu bewahren und die Situation zu strukturieren, gelingen nicht immer. Das Ergebnis dieser Bedingungen ist, daß viele Patienten unkontrolliert mehrere Mahlzeiten zu sich nehmen, da das Mittagessen für sie das Hauptereignis des Tages ist, während die Problempatienten mit schlechter Nahrungsaufnahme besonders vernachlässigt werden. Die mangelnde Situationskontrolle der Pfleger drückt sich auch darin aus, daß bei der Vergabe von Zubaßen und Nachspeisen vor den Wünschen der anspruchsvollen, artikulationsfähigen Patienten kapituliert wird.

Phase (13) Umbetten, Zubettbringen von Patienten - schichtweises Mittagessen der Pfleger - zweite Spritztour (Arzt) (12.45 - 13.30)

Ab etwa 12.45 Uhr beginnen die im Wachsaaal verbliebenen Pfleger mit dem Umziehen, Reinigen und Zubettbringen der Patienten.

Ist am betreffenden Tag Besuchszeit, so entsteht ein erheblicher Zeitdruck. Bei besonders großem Arbeitsanfall kann es zu Konflikten mit den zu Mittag essenden Pflegern kommen, wenn diese zu lange ausbleiben. Die Besucher werden jedenfalls nicht vor Beendigung dieser Aufgaben eingelassen.

Am Pflegermittagessen nehmen auch die Spitzen der Pflegerhierarchie teil.

An Nichtbesuchstagen werden die Patienten zur Mittagsruhe veranlaßt. Widerspenstige Patienten werden unter Umständen in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt.

In die Zeit zwischen Mittagessen der Patienten und Besuchs- bzw. Ruhezeit fällt auch die zweite Spritzentour des Arztes. Die notwendige Aufmerksamkeit für und eventuelle Unterstützung des Arztes konfligiert für die Pfleger mit der geforderten Eile beim Umbetten.

Phase (14) a. Keine Routinetätigkeiten (13.30 - 15.00)

b. Besuchszeit (13.30 - 15.30)

Die Routinepause bis zur Jause wird an den Besuchstagen nicht so sehr geschätzt wie an den übrigen Tagen. Angesichts der Kontrollmöglichkeiten der Besucher werden einerseits Fassaden des freundlichen Umgangs errichtet, andererseits wird dem Verhalten der Patienten in dieser Phase besondere Aufmerksamkeit geschenkt, um der Entstehung von krisenhaften Situationen möglichst vorbeugen zu können.

Die Besucher ihrerseits haben eine ambivalente Haltung gegenüber dem Personal: einerseits vermuten sie gewisse Vernachlässigungen ihrer Angehörigen, denen sie durch Trinkgelder, Kaffee- und Zigarettenspenden entgegenzutreten versuchen, andererseits würdigen sie die Arbeit der Pfleger mit einer so großen Anzahl "schwieriger" Menschen. Die hauptsächliche Kommunikation und Zuwendung der Besucher gegenüber ihren internierten Angehörigen besteht in der Tendenz zur maßlosen Überfütterung, die eigentlich vom Pflegepersonal kontrolliert werden müßte. Während der Besuchszeit sind die Pfleger ab-

wechselnd im Wachsaal anwesend. Oberpfleger, Stationspfleger und Kaderpfleger machen kurze Kontrollgänge. An besuchsfreien Tagen herrscht bis zur Jause Mittagsruhe, in der die Patienten größtenteils dösen oder schlafen, und die Pfleger sich häufig außerhalb des Wachsaales im Pflegerzimmer aufhalten.

Phase (15) Jause der Patienten (15.00 - 15.30/
15.30 - 16.00)

Zur Jause bemüht man sich, die Patienten wieder wach und aus den Betten zu bekommen, um ihren Nachtschlaf einigermaßen sicherzustellen. Die Jause wird von Hausarbeitern gebracht und zum Teil gleich ausgeteilt.

Phase (16) Umbetten, Temperatur- und Pulskontrolle, Stuhl- und Harneintragungen (15.30 - 17.00/16.00 - 17.00)

Für die aufgrund der Abwesenheit der Schüler des ersten Jahrganges nur in geringer Zahl anwesenden Pfleger beginnt nun die Zeit der Kontrollen von Temperatur und Puls, der Stuhl- und Harnkontrollen, neuerlicher Blasenspülungen und gewisser Reinigungsarbeiten.

Die rangniedrigeren Stationsgehilfen ohne Kurs werden zum Umbetten je nach Bedarf aufgeteilt, die Tourmitglieder erledigen die technisch-instrumentellen Aufgaben. Vom Hauptdienst werden alle Eintragungen auf Vollständigkeit kontrolliert. Temperaturmeldungen müssen an die Kaderpfleger ergehen. Diese sind während dieser Phase überwiegend außerhalb der Wachsäle und erscheinen erst wieder nach dem Abendessen.

Phase (17) Dritte Medikamentenausgabe (Hauptdienst)
(16.30 - 17.00)

Der Hauptdiensthabende beginnt noch vor dem Abendessen mit der dritten Medikamentenausgabe.

Die zurückkehrenden Schüler des ersten Jahrganges holen die Kaffeepause nach und arbeiten erst wieder ab dem Abendessen der Patienten auf der Abteilung mit.

Phase (18) Abendessen der Patienten (17.00 - 17.30)

Während des Abendessens werden von einigen Pflegern oftmals noch nicht beendete Tätigkeiten der vorhergehenden Phase fortgesetzt. Die übrigen Pfleger verteilen das Abendessen ohne genaue Festlegung von Arbeitsteilungen. Die Durchführung erfolgt zügig, es gibt keine sonderlichen Probleme. Die Patienten haben sich dem Effizienzbestreben des Personals beim Verteilen des Abendessens weitgehend angepaßt, so daß dieses Ereignis zumeist konfliktfrei verläuft.

Phase (19) Umbetten, Aufwaschen, Zusammenräumen (17.30 - 18.15)

Danach sind alle Handlungen auf eine ordnungsgemäße Übergabe ausgerichtet. Der Hauptdiensthabende teilt die übrigen Pflegepersonen zu bestimmten Tätigkeiten ein, die nun wieder vermehrt im Patientenbereich anwesenden Kaderpfleger geben kurze Anweisungen. Es gibt eine Unmenge von Arbeiten zu erledigen und je nach Personalbesetzung, Organisiertheit und Güte der Zusammenarbeit gestaltet sich die Durchführung der diversen Aufgaben entweder als zügiges gemeinsames Vorgehen aller Pfleger oder als chaotische Hetzjagd.

Als erstes gilt es, die Patienten zu reinigen, sie zu Bett zu bringen und sie eventuell zu beschränken, damit sie nicht mehr stören. Einige wegen ihres besonders häufigen Einkotens oder Urinierens berüchtigte Patienten werden bis zum Ende dieser Zeit von ihren Betten ferngehalten. Anschließend muß die dritte Spritzentour des Arztes vorbereitet werden, die Infusionsständer werden zu den Betten geschoben. Die Harnflaschen müssen gereinigt und neu verteilt, die Urinsäcke der Katheter-Patienten ausgeleert werden. Danach wird zusammengeräumt, aufgewaschen, gelüftet, die Wäschesäcke müssen in den Keller gebracht werden, was in die Zuständigkeit eines bestimmten Beidienstes fällt. Für die Nachtdienstpfleger werden Stühle aufgestellt. Hauptdienst- und Kaderpfleger führen abschließend nochmals Kontrollen durch.

Phase (20) Übergabe (18.15 - 18.30)

Die Übergabe erfolgt zwischen dem Hauptdienstpfleger und dem Kaderpfleger des Tagdienstes und dem Kaderpfleger des Nachtdienstes. Gemeldet werden: erhöhte Temperaturen, unruhige Patienten, besondere Tagesereignisse wie z.B. Stürze von Patienten, veränderte Medikamentendosen.

3.2.3.3 Abteilung AF

Phase (1) Anmeldung, Morgenübergabe (6.20 - 6.40)

Nach der Anmeldung der Schwestern bei der Oberschwester erfolgt meist pünktlich um 6.30 Uhr die Übergabe. Die Nachtdienst-Kaderschwester und die Kaderschwester im Hauptdienst gehen zusammen mit den anderen Tourmitgliedern durch die Säle. Die übrigen Schwestern schließen sich in der Regel nicht an, einerseits weil die wenigen für ihre Arbeit direkt relevanten Informationen ihnen ohnedies noch mitgeteilt werden, andererseits weil die Information nur an der Spitze des Zuges ausgetauscht wird. Die Informationen selbst beinhalten einerseits allgemeine Hinweise auf Krankheiten, auffälliges bzw. störendes Verhalten der Patienten und auf die Neuzugänge, andererseits spezifische Verhaltensvorschriften für die Tagdienstleistenden - bestimmte Patienten nüchtern zu halten, bestimmte Patienten zu waschen oder zu baden etc.

Phase (2) Frühstückspause der Schwestern - Frühstücksvorbereitung für Patienten (6.40 - 7.00)

In der verbleibenden Zeit bis zum Patienten-Frühstück haben die Schwestern ihrerseits Frühstückspause. Eine Patienten-Hausarbeiterin nimmt auf einer Liste verschiedene Einkaufswünsche der Schwestern auf. Die Kader-Schwester verliest den nicht in der Tour befindlichen Schülerinnen die Dienstenteilung des jeweiligen Tages. Sofern dies nicht schon von den Nachtdienstschwestern geleistet wurde, müssen auch noch einige Schülerinnen letzte Frühstücksvorbereitungen für die Patienten treffen.

Phase (3) Frühstück der Patienten (7.00 - 7.30)

Das Frühstück der Patienten wird von den Schwestern in die Säle und Tagräume gebracht. Die mobilen Patienten wurden bereits vom Nachtdienst einem Aufenthaltsort zugeteilt, die alten Patienten sitzen an einem großen Tisch im ersten Saal. Nur sehr wenige Patienten müssen ausgespeist werden, ihnen gilt besondere Aufmerksamkeit, ebenso körperlich kranken Patienten. Die Schwestern bevorzugen Tätigkeiten, wie die Versorgung solcher Patienten, weil sie ihnen Kompetenzdemonstrationen erlauben und ein gewisses Anwendungsgebiet für ihr angehäuften Schulwissen bieten.

Die nicht mit Ausspeisen beschäftigten Schwestern beginnen bereits während des Patientenfrühstücks den Pflegedienst, denn die Vorgesetzten erwarten, daß zum Zeitpunkt der Visite der Pflegedienst beendet ist, und die Schwestern selbst sind auch daran interessiert- diese unangenehmen Pflichten rasch hinter sich zu bringen.

Phase (4) Bettenmachen, Mobilisieren, Waschen und Baden der Patienten, Stuhlkontrolle (7.30 - 9.30)

Unter den Pflegedienst lassen sich die folgenden Aufgaben subsumieren: das Bettenmachen in den Krankensälen; das Mobilisieren aller Patienten, die nicht bettlägrig sind, was auf ein Zum-Tisch-Setzen der meisten Patienten hinausläuft; das tägliche Baden aller bettlägrigen Patienten bzw. das Waschen derer, die nicht mehr gebadet werden können; die übrige Körperpflege wie Frisieren, Nägelschneiden und Haarewaschen, wozu die Patienten, die dies selber vornehmen können, veranlaßt werden; schließlich die Kontrolle der Stuhlauscheidungen anhand der Stuhlkarte - kein Patient darf länger als zwei Tage ohne Stuhlgang sein, am dritten Tag muß ein stuhlförderndes Mittel verabreicht werden.

Diese Tätigkeiten werden stark arbeitsteilig durchgeführt: so gibt es einen eigenen Badedienst - die betreffende Schwester versorgt alle ins Bad gebrachten Patienten, einen eigenen Waschiedienst für die Versorgung der im Bett bleibenden

Patienten, einen Zubringerdienst, der die Patienten zum Bad bringt und von dort holt und Körperpflege vornimmt usw. Dabei kommt es häufig zu unkoordiniertem Vorgehen, welches den Arbeitsanfall vermehrt. So werden z.B. Patienten oft gebadet oder gewaschen, bevor die Stuhlkontrolle durchgeführt wurde. Patienten, die stuhlfördernde Mittel bekommen, müssen dann unter Umständen ein zweites Mal gewaschen werden.

Die Tätigkeiten dieser Phase sind bei den Schwestern emotional stark negativ besetzt, nicht nur weil diese Arbeit eine "schmutzige" ist und für die in der Schule erworbenen Fähigkeiten keine Anwendungsmöglichkeiten bietet, sondern auch weil während ihrer Durchführung die Kaderschwestern sich in reine Beaufsichtigungs-, Kontroll- und Befehlsrollen begeben. Oft berücksichtigen sie dabei nicht einmal die individuelle Arbeitseinteilung einzelner Schwestern, sondern kommandieren die Schwestern nach ihnen gerade auffallenden Versorgungsaufgaben umher. Dementsprechend sind die Schwestern bestrebt nicht aufzufallen und die unangenehmen Tätigkeiten möglichst rasch zu verrichten.

Es sind in dieser Phase immer genügend Schwestern vorhanden, so daß der in diese Zeit fallende Weggang der höheren Jahrgänge zum theoretischen Unterricht kein Problem darstellt. Die Qualität der Durchführung der Verrichtungen ist deshalb auch zufriedenstellend und weist nur unwesentliche Schwankungen auf.

In diese Periode fällt auch noch die Spritzentour. Ein Arzt, begleitet von Therapie- und Kaderschwester verabreicht bestimmten bettlägerigen Patienten Spritzen und Infusionen. Die für diese Behandlung vorgesehenen mobilen Patienten werden in das Therapiezimmer gerufen. Die Schwestern im Saal sind in diese Tätigkeit nicht involviert, sie müssen die betroffenen Patienten auch nicht besonders vorbereiten.

Phase (5) Erste Medikamentenausgabe (Kaderschwester) -
Therapie (Kaderschwester und Hauptdienst) -
Spritzentour (Arzt) (7.30 - 8.30)

Die Medikamentenausgabe am Morgen wird von einer Kaderschwester ausgeführt. Parallel dazu wird die Therapie von der Schülerin im Hauptdienst durchgeführt. Die betroffenen Patienten und die vorgeschriebene Behandlung sind in einem eigenen Buch festgehalten. Die Schülerinnen schätzen diese Tätigkeit, sie verlangt zumindest medizinisch-pflegerische Kompetenz. Auch ihre Durchführung wird streng kontrolliert. Während dieser, durch ein allgemein hohes Aktivitätsniveau ausgezeichneten Phase werden die Patienten motorisch stark eingeschränkt, zum Teil sogar festgebunden, um eventuelle Störungen auszuschalten. Zu diesem Mittel wird auch untertags des öfteren gegriffen.

Phase (6) Putzen, Wäscheordnen etc. - Herrichten der Jause -
"legitime Ruhepause" (9.30 - 10.30)

Die Zeit bis zur Visite bzw. bis zum Gabelfrühstück der Patienten verbringen die Schülerinnen angewiesen und beaufsichtigt von der Kaderschwester mit verschiedensten, allgemein unbeliebten Tätigkeiten wie Zellstoff schneiden, Kautschuk waschen, Watte wickeln, Wäsche einordnen, Nachtkästchen abwischen etc. Die Einsatzfreudigkeit bei diesen Tätigkeiten gilt bei den Vorgesetzten als Indikator für den Fleiß der einzelnen Schwestern. Es entsteht dadurch die paradoxe Situation, daß sich eine Menge von Schwestern ineffizient - aber nach außen wohlbeschäftigt wirkend - zu schaffen macht, während etwa ein Gespräch mit Patienten als Zeichen von Arbeitscheu gewertet wird. Obwohl die Kaderschwester sich während dieser Zeit des öfteren außerhalb des Wachsaales aufhalten, ist der Kontrolldruck doch weiterhin groß.

Der Beginn der Visite gilt als Signal für den erlaubten Abbruch dieser Beschäftigungen und es setzt eine "legitime Ruhepause" ein, in der von den Schwestern keine Initiative erwartet wird. Diese Zeit wird mit Zeitung lesen, Auflösen

von Kreuzworträtseln, häufigen Rauch- und Kaffeepausen im Schwesternzimmer etc. verbracht. Eine Beschäftigung mit den Patienten wird vermieden, fast nie befindet sich eine Schwester bei den Tagraumpatienten, die weitgehend passiv dahindämmern. Patienten, die aktiv Kontakt suchen, werden zumeist abgewiesen und - wenn ihre Annäherungsversuche drängender werden - als "lästig" definiert und mit einschränkenden Maßnahmen bedroht. In diesem Verhalten der Schwestern offenbart sich ihr Kompetenzdefizit bezüglich "psycho-sozialer" Fähigkeiten. Die starke Akzentuierung der medizinisch-pflegerischen Aspekte von seiten der Vorgesetzten verhindert zudem die Problematisierung dieser Ausbildungsmängel.

Phase (7) Visite (zwischen 9.30 und 10.30)

Die Visite erfolgt dreimal in der Woche als Chefvisite, geleitet vom Primararzt. Daran nimmt das gesamte Pflegepersonal einschließlich der Oberschwester teil. Die restlichen Male wird die Visite vom Oberarzt oder Stationsarzt angeführt. Die Visite dauert im Parterre (für ca. 45 Patienten) 10 - 15 Minuten. Alle Patienten werden angesprochen und nach ihrem Befinden befragt. Den Antworten freilich wird nicht immer zugehört. Eingehender beschäftigt man sich mit Neuankömmlingen, akut Kranken und solchen Patienten, denen es gelingt, sich in den Blickpunkt zu drängen. Die höhergestellten Schwestern lenken die Aufmerksamkeit auch auf Problempatienten und erwarten sich Unterstützung bei disziplinierenden Maßnahmen durch die Ärzte. Die Schwestern sind hauptsächlich durch ihre Hierarchiespitze (Oberschwester und auch Therapie-schwester) vertreten, auch Kaderschwester können sich als kompetent ausweisen. Die Schülerinnen stehen im Hintergrund.

Phase (8) Gabelfrühstück der Patienten (10.30 - 11.00)

Das Gabelfrühstück der Patienten wird von einigen Schwestern vorbereitet und anschließend in den Tagraum und die Wachsäle gebracht. Es ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte im Vergleich zum Frühstück, lediglich ein ruhigerer Ablauf.

Phase (9) Umbetten bei Bedarf - Gabelfrühstück der Schwestern (11.00 - 12.00)

In der verbleibenden Stunde bis zum Mittagessen der Patienten nehmen die Schwestern abwechselnd ihr Gabelfrühstück im Schwesternzimmer ein. Die Periode relativ niedrigen Aktivitätsniveaus setzt sich fort. Es muß lediglich darauf geachtet werden, daß alle bettlägerigen Patienten in reinen Betten liegen.

Phase (10) Mittagessen der Patienten (12.00 - 12.45)

Die Einteilung der verschiedenen Speisen wird in der Küche unter Aufsicht einer Kaderschwester vorgenommen. Die Zuteilung der einzelnen Diäten wird sehr genau gehandhabt. Außerdem wird darauf geachtet, daß alle Patienten ausreichende Mengen essen. Die Mithilfe einzelner Patienten beim Verteilen und Ausspeisen wird geduldet. Die Verteilung der Mahlzeiten wird von den Schwestern nicht ungern vorgenommen. Es gibt dafür genügend Personal, so daß eine Schwester nie mehr als ein bis zwei Patienten ausspeisen muß, und sich daher insbesondere den alten und kranken Patienten ausreichend widmen kann.

Phase (11) Zweite Medikamentenausgabe (Kaderschwester)
(12.45 - 13.15)

Die zweiten Medikamente werden von der Hauptdienst-Schwester und einer Schwesternschülerin im Anschluß an das Mittagessen ausgeteilt.

Phase (12) Umbetten bei Bedarf - Mittagessen der Schwestern
(12.45 - 13.30)

Nach dem Säubern und Trockenlegen der Patienten gehen die übrigen Schwestern schichtweise in das Schwesternzimmer essen, und zwar zuerst die Schülerinnen des ersten Jahrganges, die anschließend zur Schule müssen, anschließend die Kaderschwester und die Schülerinnen der höheren Jahrgänge. Zwei Schwestern müssen jeweils im Saal zurückbleiben. Am Mittagessen im Schwesternzimmer nehmen auch die Oberschwester und die Stationsschwester teil.

Phase (13) a. Keine Routinetätigkeiten (13.30 - 15.00)

b. Besuchszeit (13.30 - 15.30)

Für die Zeit bis zur Jause sind keine Routinetätigkeiten vorgesehen. Die Schwestern ziehen sich weitgehend von den Patienten zurück; es wird jedoch darauf geachtet, daß die Patienten nicht schlafen. Deshalb bleibt auch der dritte Saal versperrt. Ist Besuchszeit, bleiben die Schwestern eher im Saal, verhalten sich aber gegenüber den Besuchern passiv.

Phase (14) Jausenvorbereitung und Jause der Patienten

(15.00 - 15.30/15.30 - 16.00)

Mit der Jause der Patienten steigt das Aktivitätsniveau wieder an.

Phase (15) Temperaturkontrolle, Eintragungen, Abendessen-
vorbereitungen (15.30 - 17.00/16.00 - 17.00)

Diverse Kontrollen und Messungen - Fieber, Ausscheidungen - müssen vorgenommen werden, beschmutzte Patienten werden trockengelegt, Nachtmahlvorbereitungen werden getroffen - zumeist von den Kaderschwestern. In dieser Zeit herrscht eine relativ geringe Personalbesetzung, so daß die verbliebenen Schwestern durch diese Aufgaben kontinuierlich beschäftigt sind. Erst die zurückkommenden Schülerinnen des ersten Jahrganges stellen die vollständige Besetzung wieder her.

Phase (16) Abendessen der Patienten (17.00 - 17.15)

Mit dem Abendessen der Patienten beginnt die zweite längerdauernde Periode relativ reger Aktivität. Das Abendessen der Patienten steht bereits im Zeichen der Ungeduld der Schwestern, die Patienten werden gedrängt, rasch zu essen.

Phase (17) Dritte Medikamentenausgabe (Kaderschwester)(17.30-18.00)

Die dritte Medikamentenausteilung wird im Anschluß an das Abendessen von einer Kaderschwester und der Hauptdienstschülerin vorgenommen.

Phase (18) Zubettbringen der Patienten - Säubern, Zusammenräumen - Kontrollen (17.15 - 18.15)

Die an den Tischen sitzenden Patienten werden zu Bett gebracht, die Patienten des Tagraumes dürfen in ihre Schlafsäle gehen. Vorher werden noch alle Patienten auf das Klosett geführt, wobei die Patienten zur Eile gedrängt werden, da nur ein Klosett für alle Saalpatienten zur Verfügung steht. Das Aufwaschen des Tagraumes und der Säle wird von Patienten-Hausarbeitern besorgt.

Die Kaderschwester stellt durch Kontrolle und Rückversicherung sicher, daß alle Utensilien in Ordnung übergeben werden (Eintragungen im Hauptdienstbuch und Fiebertabellen, Wäschevorrat etc.). Ab etwa 18 Uhr befinden sich die meisten Schwestern bereits im Schwesternzimmer.

Phase (19) Abendübergabe (18.15 - 18.30)

Die Übergabe an die beiden Nachtdienstschwestern im Parterre wird in Anwesenheit aller Schwestern vorgenommen. Beim gemeinsamen Gang durch die Säle wird kontrolliert, ob alle Patienten anwesend sind, die Fenster geschlossen sind, die Gitterbetten versperrt sind u.a.m. Die Schwestern des Nachtdienstes werden auf Neuaufnahmen hingewiesen und über Krisen- und Problempatienten informiert. Den Abschluß bildet der Gang durch die Klasse-Zimmer, wo man sich über das "Gute-Nacht" hinaus noch um etwaige Wünsche der Patienten erkundigt.

3.2.3.4 Vergleichende Gegenüberstellung der drei Abteilungen

3.2.3.4.1 Art der durchgeführten Arbeitsaufgaben und Differenzierung des Pflegepersonals

Bezüglich dieser Aspekte gibt es zwischen den drei Abteilungen keine prinzipiellen qualitativen Unterschiede. Das in den Krankensälen arbeitende Pflegepersonal - mit Ausnahme der Kaderpfleger bzw. -schwestern der Abteilungen AM und AF- verrichtet pflegerische Hilfstätigkeiten wie Bettenmachen und Reinigungsarbeiten einerseits und einfache Pflege- und Versorgungstätigkeiten am Patienten wie Essen ausspeisen, Körperpflege, Therapieanweisungen ausführen und Medikamentenverordnungen durchführen andererseits.

Höher qualifizierte technisch-instrumentelle Tätigkeiten wie das Vorbereiten von Spritzen und Infusionen und das Assistieren bei ihrer Verabreichung oder administrativ organisatorische Tätigkeiten wie Visite assistieren, Eintragungen in Krankengeschichten und Einteilung von Personal vornehmen werden von den positionshöheren Pflegepersonalangehörigen, d.h. von Oberpfleger bzw. -schwester, Stationspfleger bzw. -schwester, in Abteilung AM und AF auch von Therapiepfleger bzw. -schwester und zum Teil von Kaderpflegern bzw. -schwestern durchgeführt.

3.2.3.4.2 Arbeitsteilung und Koordination der Tätigkeiten im Krankensaal

Diesbezüglich bestehen gravierende Unterschiede zwischen Abteilung VM einerseits und den beiden Schulabteilungen andererseits.

Abgesehen von der formellen Hauptverantwortung des Hauptdienstes bestehen in Abteilung VM faktisch nur horizontale Differenzierungen im Sinne einer Einteilung von Zuständig-

keitsbereichen, welche örtlich genau abgegrenzt sind. Innerhalb eines solchen Zuständigkeitsbereiches übernimmt ein Pfleger die Durchführung und Verantwortung für sämtliche definierten Aufgaben. Da alle Pfleger, die den Tourdienst haben, alle Dienstarten nach einem festgelegten Plan absolvieren, besteht zwischen ihnen völlige Egalität. Die wenigen nicht in der Tour befindlichen Pfleger - Personen, die entweder erst kurz im Krankenhaus sind oder nur vorübergehend dort arbeiten wollen - übernehmen bei knapper Personalbesetzung Beiddienste mit voller Verantwortlichkeit und allen Aufgaben. Bei ausreichender Personalbesetzung durch die Tourangehörigen helfen sie im Hauptdienst oder in den Beiddiensten mit, wobei sowohl Formen der Kooperation unter Leitung des Tourpflegers, der teilweisen Kooperation, vor allem bei der Durchführung der Therapie, und der vollständig getrennten Arbeitsweise - wieder am ehesten durch örtliche und nicht durch inhaltliche Aufteilung - vorkommen.

Die notwendigen Koordinationsleistungen zwischen den Pflegern sind minimal und ergeben sich am ehesten durch die gemeinsame Abhängigkeit von knappen Mitteln. Die dirigistischen und kontrollierenden Maßnahmen des Hauptdiensthabenden sind auf ein Minimum beschränkt. Meist bestehen sie nur in einem Nachfragen, ob bestimmte Anordnungen beachtet wurden - vor allem bei noch unroutinierten Kollegen - und in Hinweisen, welche Patienten für bestimmte Verrichtungen wie etwa Infusionen vorbereitet werden müssen.

Diese Art der Arbeitsteilung und Koordination erweist sich als sehr krisenfest, sowohl was die Aufrechterhaltung einer bestimmten Ordnung der Arbeitsabläufe betrifft als auch was die Konflikthaltigkeit der Beziehungen zwischen den Pflegern betrifft, und garantiert, daß sich bestimmte Pfleger für bestimmte Patientengruppen und deren Bedürfnisse als zuständig empfinden. Sie läßt aber nur eine unzureichende gegenseitige Kontrolle zu bzw. erzeugt wechselseitige Indifferenz, das von Vorgesetzten und Ärzten vertretene Postulat der individuellen Zurechenbarkeit von Handlungen und Unterlassungen fördert

individualistische Strategien und Anpassungen auf seiten des Pflegepersonals. Damit werden Grundlagen kooperativen Handelns unterhöhlt. Schließlich läuft diese Art der Arbeitsteilung auf eine suboptimale Ausschöpfung von vorhandenem Wissen und Kompetenzen hinaus.

In den Abteilungen AM und AF gibt es eine Reihe von vertikalen Differenzierungen zwischen den im Wachsaal Arbeitenden. Die einschneidendste ist wohl die zwischen Kaderpflegern bzw. -schwestern einerseits und Schülern bzw. Schülerinnen andererseits. Dieses Verhältnis ist weitgehend ein Anweisungs-, Kontroll- und Sanktionsverhältnis mit starkem Machtgefälle. Eine weitere wichtige Differenzierung besteht zwischen Tourangehörigen und den übrigen, speziell zwischen dem Tourhauptdienst und den übrigen Diensten. Der bzw. die Hauptdiensthabende verrichtet vorwiegend ausgewählte Versorgungstätigkeiten, wie z.B. die Durchführung der Therapieverordnungen, und geht in seinem Anweisungs- und Kontrollverhalten wesentlich weiter als Hauptdiensthabende der Abteilung VM. Schließlich besteht informell eine Differenzierung zwischen den Schülern bzw. Schülerinnen der einzelnen Jahrgänge. Die Arbeitsteilungen sind zum einen Funktionsteilungen, so wenn etwa für bestimmte Beiddienste bestimmte Aufgaben definiert sind. Zum anderen sind es wieder Versuche, die Patienten in mehrere Gruppen zu teilen - am ehesten nach Krankensälen - und Zuständigkeiten festzulegen. Beide Festlegungen sind nicht so umfassend und klar, als daß es nicht durch bestimmte Anweisungen der Kaderpfleger oder des Hauptdienstes zur Überantwortung anderer Aufgaben oder Patientengruppen kommen kann. Damit ist insbesondere auch die Delegation unangenehmer pflegerischer Hilfstätigkeiten gemeint, die vor allem Neueingetretene trifft. Die Autonomie der Arbeitseinteilung wird dadurch innerhalb des ohnehin stark vorbestimmten Ablaufs weiter eingeschränkt. Die Arbeit wird störanfälliger. Die durch diese Unsicherheiten notwendige größere Koordinationsleistung wird zentralisiert, obwohl es natürlich auch unter den Pflegern improvisierte Koordination gibt. Diese

Art der Arbeitsorganisation birgt die Gefahr mangelnder Koordination, und damit von Doppelleistungen oder Auslassungen. In Abteilung AM bei durchschnittlich geringerer Personalbesetzung und höherem Pflege- und Kontrollbedarf der Patienten sind Auflösungen der Organisation und chaotische Entwicklungen damit strukturell angelegt. Andererseits wird dadurch der Zerfall in verschiedene Organisationseinheiten mit mangelnder wechselseitiger Kontrolle unmöglich.

Die stärker ausgeprägten Hierarchisierungen bringen einerseits eine bessere Ausschöpfung des vorhandenen Wissens und der Kompetenzen, andererseits führen sie bei Überschreitung dieser funktional begründeten Autorität zu einem schlechten Arbeitsklima.

Es ist noch darauf hinzuweisen, daß als objektives Erschweren einer besseren Organisation und Koordination der während der Arbeitszeit stattfindende theoretische Unterricht anzusehen ist, der gerade in Zeiten hohen Aktivitätsniveaus am Morgen und zu Mittag Personalumschichtungen notwendig macht.

3. 2. 3. 4. 3 Qualität und Variation der durchgeführten Arbeit

Die Durchführung der von den Vorgesetzten als relevant definierten Arbeitsleistungen des Pflegepersonals erreicht in den Abteilungen AM und AF qualitativ höhere Standards und ist geringeren Schwankungen unterworfen als in Abteilung VM. Sie ist in Abteilung AF tendenziell qualitativ am besten und am stabilsten. Für diese Unterschiede sind folgende Bedingungen ausschlaggebend. Als Hauptfaktor ist das ungleich günstigere Verhältnis von Personalkapazität zu Versorgungsbedarf in den Abteilungen AM und insbesondere AF im Vergleich zu Abteilung VM anzusehen.

Zum zweiten gibt es eine Überlegenheit hinsichtlich materieller Ressourcen in den Schulabteilungen und deren Verfügbarkeit ist besser gesichert.

Neben diesen situativen Möglichkeiten spielt sicherlich das differenziertere Kontrollsystem der Schulabteilungen eine wesentliche Rolle sowie das gegenüber den Schülern bzw. Schülerinnen hohe Sanktionspotential der Pflegepersonalspitzen. Betrachtet man persönlich zuschreibbare Faktoren, so ist zunächst zu bemerken, daß die Spielräume für den Einfluß von spezifischen Interessen der Pfleger in Abteilung VM am größten sind. Die herausgebildeten Interessen sind aber nicht als unabhängig von den oben genannten Faktoren anzusehen, vielmehr läßt sich zwischen der Orientierung an kontrollierbaren und sichtbaren Einrichtungen einerseits, die bei manchen Pflegern zur dominanten überhaupt wird, bei anderen nur nebeneinander besteht und der Art des Kontroll- und Sanktionsverhaltens andererseits ein Zusammenhang herstellen. Die Entstehung einer informellen Kultur im Wachsaal ist nur bei einer starken Trennung zwischen "innen" Arbeitenden und gelegentlich "von außen" Kontrollierenden denkbar.

Aufgrund der umfassenderen Kontrolle sind die Spielräume für spezifische Interessen des Pflegepersonals in AM und AF kleiner, zudem erzeugt die Doppelrolle als Schüler und Arbeitender ein komplexeres Orientierungsmuster.

Am geringsten ist der Einfluß der unterschiedlichen Kompetenzen und des unterschiedlichen Wissens einzuschätzen. Wie bereits angemerkt, ist das Niveau der zu verrichtenden Tätigkeiten durchschnittlich nicht so hoch, als daß eine an hohen pflegerischen-medizinischen Standards ausgerichtete Ausbildung adäquat umgesetzt werden könnte. Vielmehr ist auf den daraus entstehenden Widerspruch hinzuweisen.

3.2.4 Andere Dienstarten

3.2.4.1 Andere Tagdienste

Neben dem Hauptdienst und den diversen Beiddiensten in den Wachsälen Parterre gibt es insgesamt noch drei weitere Arten des Tagdienstes - den Sperrdienst, den Tagraumdienst und den Stockdienst. Stockdienst wurde in allen drei Abteilungen absolviert, Sperrdienst in Abteilung VM und AM, Tagraumdienst nur in Abteilung AM - in Abteilung ist dieser Dienst zwar am Papier vorgesehen, aber tatsächlich nie besetzt. Alle drei Dienste werden üblicherweise mit Mitgliedern der Tour besetzt. Zunächst einige Bemerkungen zum Stockdienst: Laut Tourplan sind dafür in Abteilung VM zwei Personen vorgesehen, die formell in einen Hauptdienst und einen Beiddienst unterteilt sind. Diese Bezeichnung hat wenig Konsequenzen für die faktischen Tätigkeiten und dient lediglich der Bezeichnung eines Hauptverantwortlichen. Im Falle von Personalknappheit wird der Beiddienst-Stock nicht besetzt, sicher immer dann, wenn nicht mehr als fünf Personen anwesend sind, was häufig der Fall ist.

In den beiden anderen Abteilungen ist lediglich ein Tourmitglied für diesen Dienst vorgesehen und auch bei Personalüberschuß im Parterre - etwa an manchen Tagen in Abteilung AF - werden selten zusätzliche Personen zum Stockdienst eingeteilt.

Die zeitliche Strukturierung des Tagesablaufes ist analog der im Parterre dargestellten. Eine Koordination mit den anderen Diensten ist nicht notwendig, es handelt sich um völlig abgetrennte Versorgungseinheiten. Bezüglich der definierten Aufgaben und der erwarteten Durchführung gibt es keine grundsätzlichen Unterschiede zu den Parterrediensten. Die Patienten im Stock befinden sich allerdings in überwiegend gutem körperlichen Zustand. In den Abteilungen AM und AF gibt es fast nie bettlägrige Patienten im Stock, in VM durchschnitt-

lich 5 - 10. Bei Verschlechterung des körperlichen Zustandes erfolgt eine Verlegung ins Parterre.

Weiters gibt es nur wenige inkontinente und keine auszuspeisenden Patienten im Stock. Die Aufgaben reduzieren sich damit auf das Bettenmachen, das zum Teil von Patienten selbst gemacht wird, oder wie in Abteilung VM praktisch zur Gänze von Hausarbeitern, auf das Speisenverteilen, für das analoges gilt, und auf die Durchführung von Therapieverordnungen, von denen allerdings nur wenige Patienten betroffen sind, Medikamentenverteilung und Körperpflege. Überdies sind die Patienten des ersten Stocks häufig anstaltsangepaßte, zum Teil langjährig hospitalisierte Patienten, die keiner intensiven Beaufsichtigung bedürfen. Die tatsächliche Durchführung der definierten Aufgaben ist daher auch weitgehend sichergestellt. Dies führt auch dazu, daß der Kontrolldruck von seiten der Vorgesetzten und Ärzte ungleich geringer ist.

Die Rolle des Sperrdienstes zeichnet sich besonders dadurch aus, daß ihre Ausführung ausschließlich außerhalb des Patientenbereiches stattfindet. Der Aufenthaltsort des Sperrdienstes ist die Küche. Der Sperrdiensthabende ist primär dafür verantwortlich, daß die Mahlzeiten der Patienten, die von der Zentralküche in großen Behältern bei den einzelnen Abteilungen abgeliefert werden, zur vorgesehenen Zeit in der richtigen Aufteilung in die richtigen Versorgungsbereiche gelangen. Er soll weiters eine gewisse Kontrolle über den Ein- und Ausgang der Station behalten - aus dieser Tätigkeit folgt die Bezeichnung Sperrdienst. Definitionsgemäß gibt es daher einen Sperrdienst nur in geschlossenen Abteilungen wie Abteilung VM und in halboffenen Abteilungen wie Abteilung AM. Zu Besuchszeiten hat der Sperrdienst Ein- und Ausgang zu kontrollieren. In diesem Dienst ist die Tagesrhythmik an den Mahlzeiten orientiert. Der Dienst endet abends faktisch nach der Vorbereitung des Patienten-Abendessens. Die in der Küche mitarbeitenden Hausarbeiter sind hauptsächlich mit dem Abwaschen des Geschirrs beschäftigt. Zur Durchführung des Sperrdienstes bedarf es einer gewissen Routine, Organi-

sationsfähigkeit vergrößert den eigenen "Freizeit"-Spielraum.

In Abteilung AM wird außerdem noch ein Tagraumdienst im Parterre besetzt. Auch dieser Dienst ist in seinem Ablauf mit den anderen Diensten in den Wachsälen oder im Stock nur in geringem Ausmaß koordinationsbedürftig, lediglich die Patientenaufteilung bringt eine Interaktion mit sich. Die definierten Aufgaben sind ähnlich wie im Stockdienst, es fällt lediglich das Bettenmachen weg. Es wird aber größere Betonung auf die Aufgabe der Beobachtung der Patienten gelegt. Die Patienten stammen überwiegend aus dem Stock. An Wochenendtagen kommen auch noch Außenarbeiter hinzu. Die Patientenzahl erhöht sich dann von durchschnittlich 35 an Wochentagen auf 60 an Samstagen, Sonn- und Feiertagen. Die Aufgabe einer Beschäftigung mit den Patienten wird von den Vorgesetzten zeitweilig und eher vage angedeutet, zu ihrer Durchführung kommt es aber nicht. Die Möglichkeiten dazu sind aufgrund mangelnder Ausbildung des Personals in dieser Hinsicht und aufgrund des Fehlens von Mitteln ohnehin nicht gegeben. In den Abteilungen VM und AF sind die Tagraumbereiche personell nicht eigens besetzt. In Abteilung VM befinden sich 15 - 20 Patienten im großen Tagraum - zum Teil handelt es sich um Stockpatienten. Ihre Betten in den beiden Schlafsälen werden von Hausarbeitern oder von ihnen selbst gemacht, die Speisen an sie von Hausarbeitern verteilt. In Kontakt mit dem Pflegepersonal kommen sie lediglich bei der Medikamentenvergabe, eventuell auch bei der Durchführung von Therapieanweisungen, und beim 14-tägigen Bad. In Abteilung AF sind ca. 30 Patienten im Tagraumbereich, und zwar sind dies Patienten der rückwärtig gelegenen, untertags zum Teil geschlossenen Wachsäle. Sie kommen mit dem Pflegepersonal routinemäßig in Kontakt bei der Speisenverteilung, bei der Medikamentenausgabe, eventuell bei Therapiemaßnahmen. Bei ihnen hält sich bei geringem Aktivitätsniveau gelegentlich die eine oder andere Schwester auf.

3.2.4.2 Nachtdienste

Die Nachtdienste in Abteilung VM sind mit vier Pflegepersonen - zwei im Parterre, zwei im Stock - absolut besser besetzt als in den Abteilungen AM und AF, wo je drei Personen, davon zwei im Parterre, eine im Stock anwesend sind. Bezogen auf die Patientenzahlen bzw. normierten Betten ergibt sich ein annähernd gleiches Verhältnis in allen drei Abteilungen. Die zeitliche Strukturierung der Nachtdienste ergibt drei hauptsächliche Phasen. Die erste erstreckt sich von der Übergabe um 18.30 Uhr zur Nachtruhe der Patienten, die zweite vom Beginn der Nachtruhe bis zum Beginn der morgendlichen Pflegeaktivitäten, schließlich die dritte bis zur Übergabe um 6.30 Uhr. Die konkrete Dauer dieser Phasen ist sowohl innerhalb der Abteilungen je nach Versorgungsbereich als auch zwischen den Abteilungen unterschiedlich. Der Beginn der allgemeinen Nachtruhe hängt weitgehend davon ab, ob bestimmten Patientengruppen am Abend der Zugang zum Fernsehen offensteht, der Beginn der morgendlichen Pflegeaktivität hängt vom Arbeitsanfall ab. So beginnt beispielsweise die allgemeine Nachtruhe der Patienten des Parterres in Abteilung VM bereits um ca. 19.30 Uhr, wobei die Patienten schon seit 18 Uhr im Bett liegen, die der Stockpatienten erst um etwa 22 Uhr. Dort steht ein Teil der Patienten zum Fernsehen wieder auf. Die morgendliche Pflegeaktivität im Parterre der Abteilung VM beginnt bereits um 4.30 Uhr, weil sehr viele Patienten umgebettet werden müssen, dagegen wartet man mit dem Wecken im Stock bis gegen 6 Uhr.

Welche konkreten Aufgaben werden vom Pflegepersonal erwartet?

In der ersten Phase steht unter Umständen - wenn sie nicht schon im Tagdienst erfolgte - eine Intervention eines Bereitschaftsarztes am Programm. Es müssen daher unter Umständen Infusionen überwacht werden. Weiters müssen Schlaf- und Beruhigungsmedikamente für die Nacht verteilt werden und das Nachtlicht muß angeschaltet werden.

In der zweiten Phase ist lediglich eine allgemeine Kontrolle und Überwachung gefordert. In Abteilung VM wird erwartet, daß sich die Pfleger während dieser Zeit immer in den Sälen aufhalten, in Abteilung AM und AF, daß sie am offenen Eingang zum Patientenbereich sitzen und periodische Kontrollgänge machen.

In der dritten Phase steht ein Umbetten inkontinenter Patienten am Programm, in den Abteilungen AM und AF werden die Patienten zum Teil bereits an die Tische gesetzt. Bei vorbestimmten Patienten müssen Temperaturen gemessen werden. Weiters werden Vorbereitungen zum Frühstück wie Brotschneiden und -aufteilen erwartet. Eintragungen ins Nachtdienstbuch - besondere Vorfälle, erhöhte Temperaturen - und die Informationsweitergabe an den Tagdienst ergänzen die erwarteten Aufgaben.

Zur tatsächlichen Durchführung lassen sich zur Zeit nur in bezug auf Abteilung VM Aussagen machen. Aufgrund der vageren Strukturierung des Ablaufes, bedingt durch das weitgehende Fehlen externer "Auslöser", der geringen Kontrolle bzw. nachträglichen Kontrollierbarkeit und der weitgehenden Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung von materiellen oder personellen Ressourcen und spezifischen Kompetenzen der Pfleger wird das handlungsleitende Interesse des Pflegepersonals zum wesentlichsten Faktor der Qualität und Variation der durchgeführten Tätigkeiten bzw. der getroffenen Entscheidungen. Von diesen Ausführungen ist die morgendliche Versorgungstätigkeit und Vorbereitungstätigkeit auszunehmen. (Hier kommt es allerdings zu einem verstärkten Einsatz von Hausarbeitern.) Dies betrifft vor allem das Ausmaß der vergebenen Schlafmittel - schläfrige und benommene Patienten bilden des Öfteren ein großes Problem für die Tagdienstpfleger, die Zulassung der Patienten zum Fernsehen - hier gibt es sehr unterschiedliche Vorgangsweisen innerhalb des Personals, und schließlich die Einhaltung des Gebotes des dauernden Wachsaalaufenthaltes und des Wachbleibens - hier ist lediglich anzumerken, daß dieses Thema tabuisiert ist.

3.2.4.3 Dienstabfolgen im Rahmen des Tourdienstes: Subjektive Anpassungen und objektive Folgen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf subjektive und objektive Aspekte der vorherrschenden Dienstart, des sogenannten Sechseradls. Personen, die im Sechseradl Dienst tun, gehören Touren an (vgl. dazu Abschnitt 3.2). Die Zugehörigkeit zur Tour stellt für das Pflegepersonal der meisten Abteilungen den Normalfall dar, so auch in Abteilung A, wo es bei einem Durchschnittsstand von etwa 29 Personen 24 Tourplätze gab, lediglich in den Ausbildungsabteilungen ist dies aufgrund des durch die Schüler bzw. Schülerinnen überdurchschnittlichen Personalstandes nicht möglich - hier stehen nur je 18 Tourplätze in den Abteilungen AM und AF für durchschnittlich 35 bzw. 43 Personen zur Verfügung.

Für Mitglieder der Tour ist durch die festgelegte Dienstabfolge ein bestimmter Rhythmus definiert. Der dominante Rhythmus ist ein Sechstagerhythmus, gegeben durch die sich immer wiederholende Folge von Tag- und Nachtdiensten in der Form Tagdienst - frei - Tagdienst - frei - Nachtdienst - Schlaf- tag - frei. Dabei wird der zweite Teil dieser Abfolge infolge des großen Ausmaßes an frei verfügbarer Zeit, die lediglich durch einen Nachtdienst unterbrochen wird, in dem sowohl der Arbeitsanfall gering als auch die Autonomie groß sind, besonders geschätzt. Das ermöglicht eine ziemlich strikte Dichotomisierung der Lebensführung, sowohl im Sinne einer weitgehenden Distanzierung von der Institution als auch im Sinne einer zweiten Berufsausübung.

Dieser dominante Rhythmus wird von einem zweiten überlagert, der durch die Abfolge von Dienstarten in der Abteilung gegeben ist. In Abteilung VM umfaßt diese Abfolge zwölf Dienste, in den Abteilungen AM und AF je sechs Dienste.

Laut Dienstplan hieße das also, daß nach jeweils 24 Tagen bzw. nach jeweils 12 Tagen unter Einbeziehung der freien Tage wieder dieselbe Art von Dienst absolviert wird. De facto gilt dies nur in Abteilung AM, dagegen scheinen in

VM und AF gewisse Dienste zweimal in der Abfolge auf. In Abteilung VM gibt es zwei Nachtdienste im Parterre und zwei Nachtdienste im Stock; in Abteilung AF zwei Beidienste im Parterre. In Abteilung VM zwingt die Personalknappheit des öfteren zu Umbesetzungen. Die einzelnen Dienstarten haben für einzelne Pfleger bzw. Schwestern unterschiedliche Bedeutung, sie werden unterschiedlich bewertet und sind unterschiedlich besetzt. Es ergibt sich daher für bestimmte Gruppen des Personals ein jeweils charakteristisches Muster von Präferenzen, in Abhängigkeit von der typischen Struktur von Interessen und Relevanzen dieser Gruppen. Die folgende Aufstellung enthält eine Einschätzung der wichtigsten zu unterscheidenden Dienstarten in den Dimensionen Arbeitsqualität (Qualifikationserfordernis, Abwechslungsreichtum), Arbeitsbedingungen (Geruch, Lärm, Schmutz), Arbeitsbelastung (körperlich, psychisch - Angepaßtheit der Patienten, Routinisierbarkeit, Fehlermöglichkeiten), und Ausmaß der Autonomie (Kontrolle durch Vorgesetzte und Kollegen, Störanfälligkeit, Disponierbarkeit). Die Einstufung unterscheidet drei Stufen und platziert immer mindestens einen Dienstart in der höchsten und niedrigsten Stufe der jeweiligen Dimension. Weiters ist das Spektrum der als relevant definierten und erwarteten Aufgaben vorausgesetzt. Daraus ergibt sich beispielsweise die geringe Belastung und die geringe Qualität des Tagraumdienstes. Würde hier etwa die Durchführung von qualifizierten Beschäftigungsprogrammen erwartet, würden sich auch die Einschätzungen verändern.

Aus dieser Einschätzung wird eine relativ allgemeine Präferenz für Dienste außerhalb des Wachsaaibereiches verständlich. Weiters wird deutlich, daß der ausschließliche Einsatz von - zumeist höher qualifizierten - Tourmitgliedern in allen Diensten auch außerhalb der Wachsäle Parterre nicht durch höhere Qualifikation und Belastbarkeit rechtfertigbar ist. Vielmehr drückt sich darin einerseits eine Privilegierung dieser Personen aus, basierend auf der überwiegend geringeren Arbeitsbelastung, den besseren Arbeitsbedingungen und der größeren Autonomie der übrigen Dienstarten, andererseits eine

Absicherung der Abteilungsverantwortlichen, welche die Verantwortlichkeit für die einzelnen Versorgungseinheiten lediglich erfahrenerem und als zuverlässig bereits bekanntem Personal übertragen.

Tabelle A.28 Der Zusammenhang zwischen Dienstart und ausgewählten Dimensionen der Arbeit

Dienstart	Arbeitsqualität	Arbeitsbedingungen	Arbeitsbelastung	Autonomie
Hauptdienst im Parterre	hoch	schlecht-mittel ++)	hoch	niedrig
Beidienste im Parterre	mittel-niedrig +)	schlecht	hoch	niedrig
Tagraumdienst im Parterre	niedrig	gut	niedrig	mittel
Sperrdienst	niedrig	gut	mittel	mittel
Stockdienst	mittel	mittel	niedrig-mittel	hoch
Nachtdienst	niedrig	mittel	niedrig	hoch

+) in Abteilung VM eher mittel, in Abteilung AM und AF eher niedrig

++) in Abteilung VM eher schlecht, in Abteilung AM und AF eher mittel.

Abschließend soll noch auf einige objektive Konsequenzen der Dienstorganisation in der Art des Sechseradls eingegangen werden. Dabei stehen zwei Aspekte dieser Dienstorganisation im Vordergrund. Die oben bereits ausgeführte Konzentration von freier Zeit im zweiten Teil des Sechstagerhythmus und die eben besprochene Rotation der Dienstarten sowie die damit zusammenhängende Art der Verteilung des Personals, welche stabile Gruppenzusammensetzungen verhindert, obwohl diese durch den Tourplan definiert sind. Diese beiden Ausgangsbedingungen prägen zunächst die Art und Intensität der sozialen und arbeitsbezogenen Beziehungen innerhalb des Pflegepersonals einerseits und zwischen Pflegepersonal und Patienten andererseits.

Als erste Konsequenz ergibt sich eine hochgradige Diskontinuität beider Beziehungstypen. Der grundsätzliche Zerfall des Pflegepersonals in zwei große Gruppen, die nie miteinander arbeiten, hängt allerdings mit der Art des Radldienstes zusammen (vgl. Abschnitt 3.2) wird aber durch die genannten Aspekte noch verschärft.

Entsprechend entstehen "Kontinuitätsmonopole" bei Ärzten und Oberpflegern bzw. -schwestern einerseits, bei Hausarbeitern und nicht in der Tour befindlichem Pflegepersonal andererseits.

Die Konsequenzen dieser Diskontinuitäten für die Intra-Gruppen-Beziehungen des Pflegepersonals bestehen vor allem in mangelnder Kommunikation über arbeitsbezogene und gruppenspezifische Themen und damit in verstärkter Angewiesenheit auf Information durch Dritte und Manipulierbarkeit durch die Interessen Dritter, was angesichts eines mangelhaften institutionalisierten Informationssystems noch bedeutsamer wird. Weiters in häufigem wechselseitigen Mißtrauen und einer Schwächung der Solidaritätsbasis.

Die Diskontinuität der Beziehungen zu den Patienten führt zu permanentem Informationsmangel über die Patienten - besonders bei stärkerer Fluktuation der Patientenpopulation - jedoch auch bei relativ stabiler Patientenpopulation, die ja auch in der Abteilung des öfteren verlegt wird, und damit zu einer mangelhaften Kontrolle der Versorgung der Patienten, vor allem von besonders betreuungs- und pflegebedürftigen. Auch hier ergibt sich die Gefahr erhöhter Manipulierbarkeit durch die Interessen anderer, vor allem der Hausarbeiter. Die daraus resultierenden Handlungsorientierungen lassen sich als individualistisch - man verläßt sich nicht auf andere, sondern nur auf sich selbst, partikularistisch - man kümmert sich nur um den eigenen Zuständigkeitsbereich und kurzfristig - man ist bemüht, einen bestimmten Dienst gut über die Runden zu bringen - charakterisieren.

4. Die Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses

4.1 Entwicklung der Zugänge, Abgänge und des Patientenstandes seit 1949

TABELLE A.29

Die Entwicklung der Zugänge von Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976¹⁾

Jahr	gesamt (=100%)	davon wurden aufgenommen					
		aus anderen Anstalten		zum 1. Mal		freiwillig	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1949	3714	3422	92,1	2595	69,8		2)
1950	3747	3255	86,9	2)			2)
1951	3772	3546	94,0	2)			2)
1952	4238	4048	95,5	2)			2)
1953	4260	3961	93,0	2901	68,1		2)
1954	3692	3264	88,4	2406	65,2		2)
1955	3917	3407	87,0	2493	63,6		2)
1956	3920	3391	86,5	2482	63,3		2)
1957	4058	3585	88,3	2591	63,8		2)
1958	4157	3610	86,8	2624	63,1		2)
1959	4426	3740	84,5	2752	62,2		2)
1960	4608	3968	86,1	2904	63,0		2)
1961	4468	3653	81,8	2682	60,0		2)
1962	5237	4131	78,9	3173	60,6		2)
1963	5165	3756	72,7	3166	61,3		2)
1964	5456	3868	70,9	3329	61,0		2)
1965	5473	3924	71,7	3215	58,7		2)
1966	5366	3835	71,5	3121	58,2		2)
1967	5445	3924	72,1	3272	60,1		2)
1968	5173	436	8,4	3178	61,4	393	7,6
1969	5294	552	10,4	3306	62,4	412	7,8
1970	5489	693	12,6	3415	62,2	467	8,5
1971	5781	715	12,4	3618	62,6	528	9,1
1972	5631	617	11,0	3579	63,6	573	10,2
1973	5546	623	11,2	3569	64,4	557	10,0
1974	5858	964	16,5	3851	65,7	741	12,6
1975	5748	1503	26,1	3576	62,2	650	11,3
1976	5415	1399	25,9	3253	60,1	646	11,9

- 1) Zusammengestellt aus Unterlagen der anstaltsinternen Statistik
 2) Keine statistischen Unterlagen verfügbar

TABELLE A.30

Die Entwicklung der Zugänge von weiblichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 19761)

Jahr	gesamt (=100%)	davon wurden aufgenommen			
		aus anderen Anstalten abs.	%	zum 1. Mal abs.	freiwillig abs. %
1949	2031	1882	92,7	1454	71,6
1950	1883	1622	86,1	2)	2)
1951	1826	1749	95,8	2)	2)
1952	2073	2012	97,1	2)	2)
1953	2010	1908	94,9	1445	71,9
1954	1732	1606	92,7	1201	69,3
1955	1689	1563	92,5	1135	67,2
1956	1703	1568	92,1	1165	68,4
1957	1821	1677	92,1	1228	67,4
1958	1784	1611	90,3	1188	66,6
1959	1926	1682	87,3	1256	65,2
1960	2089	1811	86,7	1375	65,8
1961	2066	1702	82,4	1298	62,8
1962	2377	1828	76,9	1505	63,3
1963	2399	1691	70,5	1534	63,9
1964	2591	1866	72,0	1694	65,3
1965	2641	1907	72,2	1629	61,7
1966	2725	1929	70,8	1673	61,4
1967	2775	1963	70,7	1738	62,6
1968	2834	190	6,7	1745	61,6
1969	2865	257	9,0	1827	63,8
1970	2952	353	12,0	1860	63,0
1971	3216	357	11,1	2089	65,0
1972	3009	268	8,9	1944	64,6
1973	2991	296	9,9	2038	68,1
1974	3131	526	16,8	2125	67,9
1975	3077	811	26,4	1953	63,5
1976	2931	762	26,0	1847	63,0

TABELLE A.31

Die Entwicklung der Zugänge von männlichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 19761)

Jahr	gesamt (=100%)	davon wurden aufgenommen			
		aus anderen Anstalten abs.	%	zum 1. Mal abs.	freiwillig abs. %
1949	1683	1540	91,5	1140	67,7
1950	1864	1633	87,6	2)	2)
1951	1946	1797	92,3	2)	2)
1952	2165	2036	94,0	2)	2)
1953	2250	2053	91,2	1456	64,7
1954	1960	1658	84,6	1205	61,5
1955	2228	1844	82,8	1358	61,0
1956	2217	1823	82,2	1317	59,4
1957	2237	1908	85,3	1363	60,9
1958	2373	1999	84,2	1436	60,5
1959	2500	2058	82,3	1496	59,8
1960	2519	2157	85,6	1529	60,7
1961	2402	1951	81,2	1374	57,2
1962	2900	2303	79,4	1668	57,5
1963	2766	2065	74,7	1632	59,0
1964	2865	2002	69,9	1635	57,1
1965	2832	2017	71,2	1586	56,0
1966	2641	1906	72,2	1448	54,8
1967	2720	1961	72,1	1534	56,4
1968	2339	246	10,5	1433	61,3
1969	2429	295	12,1	1479	60,9
1970	2537	340	13,4	1555	61,3
1971	2565	358	14,0	1529	59,6
1972	2622	349	13,3	1635	62,4
1973	2555	327	12,8	1531	59,9
1974	2727	438	16,1	1726	63,3
1975	2671	692	25,9	1623	60,8
1976	2484	637	25,6	1406	56,6

- 1) Zusammengestellt aus Unterlagen der anstaltsinternen Statistik
2) Keine statistischen Unterlagen verfügbar

TABELLE A.32

Die Entwicklung der Abgänge von Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976¹⁾

Jahr	gesamt (=100%)	davon entfielen auf							
		"gestorben"		Entlassung in andere Anstalten		"geheilt entlassen"		freiwillig stationierte Patienten	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1949	3476	583	16,8	756	21,7	359	10,3		2)
1950	3725	739	19,8	805	21,6	230	6,2		2)
1951	3412	760	22,3	636	18,6	193	5,7		2)
1952	4293	701	16,3	1053	24,5	155	3,6		2)
1953	4194	660	15,7	1025	24,4	173	4,1		2)
1954	3762	633	16,8	550	14,6	104	2,8		2)
1955	3719	623	16,8	414	11,1	76	2,0		2)
1956	3927	695	17,7	391	10,0	57	1,5		2)
1957	3861	756	19,5	323	8,4	59	1,5		2)
1958	4017	711	17,7	306	7,6	34	0,8		2)
1959	4411	705	16,0	340	7,7	46	1,0		2)
1960	4621	682	14,8	273	5,9		2)		2)
1961	4426	672	15,2	120	2,7	26	0,6		2)
1962	5223	867	16,6	216	4,1	37	0,7		2)
1963	5098	791	15,5	237	4,6	210	4,1		2)
1964	5540	930	16,8	266	4,8	139	2,5		2)
1965	5496	1048	19,1	222	4,0	168	3,1		2)
1966	5452	990	18,2	209	3,8	149	2,7		2)
1967	5413	1060	19,6	193	3,6	147	2,7		2)
1968	5021	1049	20,9	317	6,3	84	1,7	299	6,0
1969	5345	1102	20,6	218	4,1	85	1,6	355	6,6
1970	5522	1203	21,8	240	4,3	36	0,7	442	8,0
1971	5719	1296	22,7	249	4,4	42	0,7	424	7,4
1972	5539	1140	20,6	280	5,1	35	0,6	498	9,0
1973	5570	1076	19,3	268	4,8	18	0,3	514	9,2
1974	5822	1159	19,9	315	5,4	14	0,2	345	5,9
1975	5773	1177	20,4	240	4,2	12	0,2	240	4,2
1976	5356	1148	21,4	302	5,6	9	0,2	259	4,8

1) Zusammengestellt aus Unterlagen der anstaltsinternen Statistik

2) Keine statistischen Unterlagen verfügbar

TABELLE A.33

Die Entwicklung der Abgänge der weiblichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976¹⁾

Jahr	gesamt (=100%)	davon entfielen auf							
		"gestorben"		Entlassung in andere Anstalten	"geheilt entlassen"	freiwillig stationierte Patienten			
		abs.	%	abs.	%	abs.	%		
1949	1929	319	16,5	439	22,8	228	11,8	2)	
1950	1898	407	21,4	443	23,3	156	8,2	2)	
1951	1677	449	26,8	310	18,5	109	6,5	2)	
1952	2014	375	18,6	482	24,7	66	3,4	2)	
1953	2023	383	18,9	410	20,3	76	3,8	2)	
1954	1811	378	20,9	234	12,9	55	3,0	2)	
1955	1606	354	22,0	123	7,7	36	2,2	2)	
1956	1741	410	23,5	187	10,7	38	2,2	2)	
1957	1703	448	26,3	117	6,9	21	1,2	2)	
1958	1745	400	22,9	109	6,2	16	0,9	2)	
1959	1903	423	22,2	190	10,0	24	1,3	2)	
1960	2032	400	19,7	116	5,7	2)		2)	
1961	2044	407	19,9	71	3,5	7	0,3	2)	
1962	2331	546	23,4	58	2,5	10	0,4	2)	
1963	2353	495	21,0	95	4,0	34	1,4	2)	
1964	2698	606	22,5	115	4,3	33	1,2	2)	
1965	2627	666	25,4	61	2,3	57	2,2	2)	
1966	2816	689	24,5	69	2,5	69	2,5	2)	
1967	2741	712	26,0	50	1,8	65	2,4	2)	
1968	2737	712	26,0	139	5,1	53	1,9	233	8,5
1969	2933	741	25,3	101	3,4	54	1,8	284	9,7
1970	3002	824	27,4	99	3,3	25	0,8	319	10,6
1971	3220	920	28,6	119	3,7	35	1,1	338	10,5
1972	3048	779	25,6	112	3,7	33	1,1	412	13,5
1973	2952	733	24,8	83	2,8	16	0,5	433	14,7
1974	3133	758	24,2	166	5,3	9	0,3	237	7,6
1975	3122	801	25,7	116	3,7	10	0,3	96	3,1
1976	2799	783	28,0	167	6,0	-	-	80	2,9

TABELLE A.34

Die Entwicklung der Abgänge der männlichen Patienten am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976¹⁾

Jahr	gesamt (=100%)	davon entfielen auf							
		"gestorben"		Entlassung in andere Anstalten		"geheilt entlassen"		freiwillig stationierte Patienten	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1949	1547	264	17,1	317	20,5	131	8,5		2)
1950	1827	332	18,2	362	19,8	74	4,1		2)
1951	1735	311	17,9	326	18,8	84	4,8		2)
1952	2279	326	14,3	571	25,1	59	2,6		2)
1953	2171	277	12,8	615	28,3	97	4,5		2)
1954	1951	255	13,1	316	16,2	49	2,5		2)
1955	2113	269	12,7	291	13,8	40	1,9		2)
1956	2186	285	13,0	204	9,3	19	0,9		2)
1957	2158	308	14,3	206	9,5	38	1,8		2)
1958	2272	311	13,7	197	8,7	18	0,8		2)
1959	2508	282	11,2	150	6,0	22	0,9		2)
1960	2589	282	10,9	157	6,0	2)			2)
1961	2382	265	11,1	49	2,1	19	0,8		2)
1962	2892	321	11,1	158	5,5	27	0,9		2)
1963	2745	296	10,8	154	5,6	176	6,4		2)
1964	2842	324	11,4	151	5,3	106	3,7		2)
1965	2829	382	13,5	161	5,7	111	3,9		2)
1966	2636	301	11,4	140	5,3	80	3,0		2)
1967	2672	348	13,0	143	5,4	82	3,1		2)
1968	2284	337	14,8	178	7,8	31	1,4	66	2,9
1969	2412	361	15,0	117	4,9	31	1,3	71	2,9
1970	2520	379	15,0	141	5,6	11	0,4	123	4,9
1971	2499	376	15,0	130	5,2	7	0,3	86	3,4
1972	2491	261	14,5	168	6,7	2	0,1	86	3,5
1973	2618	343	13,1	185	7,1	2	0,1	81	3,1
1974	2689	401	14,9	149	5,5	5	0,2	108	4,0
1975	2651	376	14,2	124	4,7	2	0,1	144	5,4
1976	2557	365	14,3	135	5,3	9	0,4	179	7,0

1) Zusammengestellt aus Unterlagen der anstaltsinternen Statistik
2) keine statistischen Unterlagen verfügbar

TABELLE A.35

Die Entwicklung des Standes der Patienten zum Jahresende am Psychiatrischen Krankenhaus zwischen 1949 und 1976¹⁾

Jahr	Stand am Jahresende		
	männl.	weibl.	gesamt
1949	752	1228	1980
1950	789	1213	2002
1951	1000	1362	2362
1952	886	1421	2307
1953	965	1408	2372
1954	974	1329	2303
1955	1089	1412	2501
1956	1120	1374	2494
1957	1199	1492	2691
1958	1300	1532	2832
1959	1292	1555	2847
1960	1222	1572	2794
1961	1242	1594	2836
1962	1250	1640	2890
1963	1271	1686	2957
1964	1294	1579	2873
1965	1297	1593	2890
1966	1302	1502	2804
1967	1350	1536	2886
1968	1405	1633	3038
1969	1422	1575	2997
1970	1439	1525	2964
1971	1505	1521	3026
1972	1636	1482	3118
1973	1573	1521	3094
1974	1611	1519	3130
1975	1631	1474	3105
1976	1608	1520	3128

1) Zusammengestellt aus Unterlagen der anstaltsinternen Statistik

4.2 Alter, Diagnosen und Aufenthaltsdauer der Patienten der einzelnen Abteilungen

TABELLE A.36.1: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationären Patienten, nach Geschlecht

Alter	Männer			Frauen			gesamt		
	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.
-15	3	.3	.3	111	8.3	8.3	114	4.7	4.7
16-25	116	10.5	10.8	44	3.3	11.6	160	6.5	11.2
26-35	146	13.3	24.1	89	6.6	18.2	235	9.6	20.8
36-45	126	11.5	35.5	65	4.8	23.0	191	7.8	28.6
46-55	199	17.2	52.7	167	12.4	35.4	366	14.6	43.2
56-65	173	15.7	68.5	192	14.3	49.7	365	14.9	58.1
66-75	201	18.3	86.7	281	20.9	70.6	482	19.7	77.8
75	146	13.3	100.0	394	29.3	100.0	540	22.1	100.0
	1100	100.0		1343	100.0		2443	100.0	

TABELLE A.36.2: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationären Patienten, nach Abteilungen

Alter	Frauenabteilungen														zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 %	14 %	11 %	15 %	19 %	21 %	24 %	25 %	26 %		
- 45	7	18	29	15	15	12	19	100	10	15	14	17	7	23	
46-65	28	29	31	29	34	32	21	-	28	25	18	43	41	27	
66-	65	53	40	56	51	56	60	-	62	60	68	40	52	50	
N=	100 58	100 83	100 85	100 181	100 89	100 101	100 100	100 127	100 85	100 99	100 130	100 86	100 119	100 1343	

Alter	M ä n n e r a b t e i l u n g e n												zus. %
	2	4	6	13	13a	16	18	22	8	20	23		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
-45	48	41	23	34	42	30	73	31	29	12	46	36	
46-65	36	31	27	31	48	32	21	31	54	33	46	33	
66-	16	28	50	35	10	38	6	38	17	55	8	31	
N=	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	25	111	116	128	61	172	139	87	90	145	26	1100	

TABELLE A.36.3: Altersverteilung der am 31.12.1974 stationierten Patienten der untersuchten Abteilungen

Abteilungen									
Alter	VM			AM			AF		
	absolut	%	kum. %	absolut	%	kum. %	absolut	%	kum. %
16-25	4	2.8	2.8	7	6.3	6.3	2	2.3	2.3
26-35	8	5.5	8.3	20	18.2	24.3	12	13.8	16.1
36-45	6	4.1	12.4	19	17.1	41.4	11	12.6	28.7
46-55	19	13.1	25.5	22	19.8	61.3	12	13.8	42.5
56-65	29	20.0	45.5	12	10.8	72.1	15	17.2	59.8
66-75	43	29.7	75.2	19	17.1	89.2	11	12.6	72.4
über 75	36	24.8	100.0	12	10.8	100.0	24	27.6	100.0
	N=145	100.0%		N=111	100.0%		N=87	100.0%	

TABELLE A.37.1: Altersverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht

Alter	Männer			Frauen			gesamt		
	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.
-15	1	.3	.3	1	.5	.5	2	.3	.3
16-25	43	10.9	11.1	13	6.1	6.6	56	9.2	9.5
26-35	100	25.3	36.4	28	13.2	19.8	128	21.0	30.5
36-45	75	18.9	55.3	36	17.0	36.8	111	18.3	48.8
46-55	86	21.7	77.0	48	22.6	59.4	134	22.0	70.8
46-65	41	10.4	84.4	26	12.3	71.7	67	11.0	81.8
66-75	36	9.1	96.5	47	22.2	93.9	83	13.7	95.5
75	14	3.5	100.0	13	6.1	100.0	27	4.4	100.0
insges.	396	100.0		212	100.0		608	100.0	

TABELLE A.37.2: Altersverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen

Alter	Frauenabteilungen													zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 ^{+))} %	14 %	11 ^{+))} %	15 ^{+))} %	19 ^{+))} %	21 ^{+))} %	24 ^{+))} %	25 ^{+))} %	26 ^{+))} %	
-45	22	42	47	36		45								37
46-65	35	21	39	30		35								35
66-	43	35	14	34		20								28
N=	100	100	100	100		100								100
	23	26	57	47	12	20	10	3	4	6	2	1	1	212

Alter	Männerabteilungen											zus. %
	2 ^{+))} %	4 %	6 %	13 %	13a %	16 ^{+))} %	18 ^{+))} %	22 %	8 %	20 ^{+))} %	23 ^{+))} %	
-45		49	58	65	59			64	59			55
46-65		36	33	27	31			12	36			32
66-		15	9	8	10			24	5			13
N=		100	100	100	100			100	100			100
	12	160	45	75	29	9	8	17	22	10	9	396

+) wegen zu geringen N keine Prozentanteile berechnet

TABELLE A.37.3: Altersverteilung der am 31.12.1974
beurlaubten Patienten der unter-
suchten Abteilungen

Alter	Abteilungen						
	VM ⁺)	AM			AF		
		absolut	%	kum. %	absolut	%	kum. %
16-25		13	8.1	8.1	4	7.0	7.0
26-35		37	23.1	31.2	9	15.8	22.8
36-45		28	17.5	48.7	14	24.6	47.4
46-55		37	23.1	71.9	18	31.6	78.9
56-65		21	13.1	85.0	4	7.0	85.0
66-75		16	10.0	95.0	7	12.3	96.2
über 75		8	5.0	100.0	1	1.8	100.0
		N=160	100.0%		N=57	100.0%	

+) wegen zu geringen N wird Abteilung VM in der
Urlauber-Tabelle nicht ausgewiesen

TABELLE A.38.1: Diagnosenverteilung aller am 31.12.1974 stationierten Patienten

Diagnose ⁺⁾	Männer		Frauen		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Diverse Störungen	39	3.5	37	2.8	76	3.1
Schwachsinnszustände	254	23.1	246	18.3	500	20.5
Psych. Störungen nach Gehirnverletzungen	8	.7	3	.2	11	.5
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	8	.7	3	.2	11	.5
Psych. Störungen bei Körperkrankheiten	224	20.4	436	32.5	660	27.0
Alkoholismus	6	.5	5	.4	11	.5
(andere) Süchte	137	12.5	46	3.4	183	7.5
Psych. Störungen bei anderen Vergiftungen	4	.4	1	.1	5	.2
Epilepsie	6	.5	1	.1	7	.3
Schizophrenie	30	2.7	20	1.5	50	2.0
Manisch-depressiver Formenkreis	342	31.1	432	32.2	774	31.7
Psychopathien	13	1.2	77	5.7	90	3.7
Abnorme Reaktionen	2	.2	7	.5	9	.4
Ungeklärte psychiatr. Fälle	13	1.2	30	2.2	43	1.8
	22	2.0	2	.1	24	.9
N	1100	100.0	1343	100.0	2443	100.0

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.38.2: Diagnosenverteilung der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Abteilungen

wichtigste Diagnosen +)	F r a u e n a b t e i l u n g e n															zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 %	14 %	11 %	15 %	19 %	21 %	24 %	25 %	26 %			
Schwachsinn- zustände	4	17	9	7	10	11	4	95	12	18	5	5	24	18		
Psychische Störungen des höh. Lebens- alters	33	36	23	33	28	36	48	-	48	33	55	17	32	33		
Schizophrenie	28	35	46	41	27	40	21	1	29	35	22	64	38	32		
Manisch-depr. Formenkreis	19	1	10	8	3	3	14	1	4	7	5	4	3	6		
Sonstige	16	11	12	11	32	10	13	3	7	7	13	10	3	11		
N=	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	58	83	85	181	89	101	100	127	85	99	130	86	119	1343		

wichtigste Diagnosen +)	M ä n n e r a b t e i l u n g e n												zus. %
	2 %	4 %	6 %	13 %	13a %	16 %	18 %	22 %	8 %	20 %	23 %		
Schwachsinns- zustände	4	1	9	1	-	50	85	17	2	10	19	23	
Psychische Störungen des höh. Lebens- alters	4	18	44	30	5	13	2	25	13	35	4	20	
Schizophrenie	-	2	3	-	-	2	-	14	64	39	12	13	
Manisch-depr. Formenkreis	72	67	32	52	90	24	7	16	4	8	42	31	
Sonstige	20	12	12	17	5	11	6	28	17	8	23	13	
N=	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	25	111	116	128	61	172	139	87	90	145	26	1100	

+) Die Diagnoseinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.38.3: Diagnosenverteilung der am 31.12.1974 stationierten Patienten in den untersuchten Abteilungen

Diagnose ⁺⁾	A b t e i l u n g e n					
	VM		AM		AF	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Diverse Störungen	4	2.8			3	3.4
Schwachsinnszustände	15	10.3	1	.9	8	9.2
Psych.Störungen nach Gehirnverletzungen	1	.7				
Psych.Störungen des höheren Lebensalters	50	34.5	20	18.0	20	23.0
Psych.Störungen bei Körperkrankheiten	2	1.4			1	1.1
Alkoholismus	56	38.6	2	1.8	1	1.1
(andere) Süchte						
Psych.Störungen bei anderen Vergiftungen						
Epilepsie	6	4.1			1	1.1
Schizophrenie	11	7.6	74	66.7	40	46.0
Manisch-depressiver Formenkreis			5	4.5	9	10.3
Psychopathien			1	.9	1	1.1
Abnorme Reaktionen					3	3.4
Ungeklärte psychiatr. Fälle			8	7.2		
insgesamt	N=145	100.0%	N=111	100.0%	N=87	100.0%

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.39.1: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht

Diagnose +)	Männer		Frauen		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Diverse Störungen	6	1.5	5	2.4	11	1.8
Schwachsinnszustände	21	5.3	23	10.8	44	7.2
Psych. Störungen nach Gehirnverletzungen	4	1.0	1	.5	5	.8
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	33	8.3	19	9.0	52	8.6
Psych. Störungen bei Körperkrankheiten	-	-	3	1.4	3	.5
Alkoholismus	15	3.8	8	3.8	23	3.8
(andere) Süchte	1	.3	-	-	1	.1
Psych. Störungen bei anderen Vergiftungen	1	.3	2	.9	3	.4
Epilepsie	7	1.8	1	.5	8	1.3
Schizophrenie	269	67.9	114	53.8	383	63.0
Manisch-depressiver Formenkreis	15	3.8	22	10.4	37	6.0
Psychopathien	1	.3	5	2.4	6	1.0
Abnorme Reaktionen	7	1.8	9	4.2	16	2.6
Ungeklärte psychiatr. Fälle	16	4.0	-	-	16	2.6
insgesamt	396	100.0	212	100.0	608	100.0

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.39.2: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen

wichtigste Diagnosen ⁺	F r a u e n a b t e i l u n g e n													zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 ⁺⁺ %	14 %	11 ⁺⁺ %	15 ⁺⁺ %	19 ⁺⁺ %	21 ⁺⁺ %	24 ⁺⁺ %	25 ⁺⁺ %	26 ⁺⁺ %	
Psychische Störungen des höh. Lebensalters	13	-	2	19	5									9
Schizophrenie	26	54	70	57	65									54
Manisch-depr. Formenkreis	43	4	5	11	5									10
Sonstige	18	42	23	13	25									27
N=	100	100	100	100	100									100
	23	26	57	47	12	20	10	3	4	6	2	1	1	

wichtigste Diagnosen ⁺	M ä n n e r a b t e i l u n g e n													zus. %
	2 ⁺⁺ %	4 %	6 %	13 %	13 %	16 ⁺⁺ %	18 ⁺⁺ %	22 %	8 %	20 ⁺⁺ %	23 ⁺⁺ %			
Psychische Störungen des höh. Lebensalters		8	13	7	7			12	9					8
Schizophrenie		75	60	88	90			47	18					68
Sonstige		17	27	95	3			41	73					24
N=	100	100	100	100	100			100	100					100
	12	160	45	75	29	9	8	17	22	10	9			396

+) Die Diagnoseverteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird, Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

++) wegen zu geringen N wird Abteilung VM in der Urlaubertabelle nicht ausgewiesen.

TABELLE A.39.3: Diagnoseverteilung der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten in den untersuchten Abteilungen

Abteilungen

Diagnose ^{*)}	VM++)	AM		AF	
		absolut	%	absolut	%
Diverse Störungen		1	.6	4	7.0
Schwachsinnszustände					
Psych. Störungen nach					
Gehirnverletzungen		1	.6		
Psych. Störungen des					
höheren Lebensalters		13	8.1	1	1.6
Psych. Störungen bei					
Körperkrankheiten				1	1.8
Alkoholismus				1	1.8
(andere) Süchte					
Psych. Störungen bei					
anderen Vergiftungen				1	1.8
Epilepsie		1	.6		
Schizophrenie		120	75.0	40	70.2
Manisch-depressiver					
Formenkreis		9	5.6	3	5.3
Psychopathien				2	3.5
Abnorme Reaktionen		1	.6	4	7.0
Ungeklärte psychiatr.					
Fälle		14	8.7		
		N=160	100.0%	N=57	100.0%

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

++) wegen zu geringen N wird Abteilung VM in der Urlaubertabelle nicht ausgewiesen.

TABELLE A.40.1: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Geschlecht

Zeitspanne +)	Männer		Frauen		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	kum.
-1M	67	6.1	74	5.5	141	5.8
1M	72	6.5	113	8.4	185	13.5
2M	45	4.1	73	5.4	118	18.2
3M	36	3.3	58	4.3	94	22.0
4-6M	48	4.4	113	8.4	161	28.6
7-12M	72	6.5	113	8.4	185	36.2
1-2J	91	8.3	148	11.0	239	46.0
2-3J	67	6.1	99	7.4	166	52.8
3-5J	91	8.3	126	9.4	217	61.7
5-10J	161	14.6	177	13.2	338	75.5
10-15J	121	11.0	80	6.0	201	83.7
15-20J	95	8.6	49	3.6	144	89.6
20J	134	12.2	120	8.9	254	100.0
insgesamt	1100	100.0	1343	100.0	2443	100.0

+) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30.4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1 Monat = 15 Tage

1 Monat = 15-45 Tage usw.

1-2 Jahre = 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

TABELLE A.40.2: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten, nach Abteilungszugehörigkeit

Zeitspanne ^{†)}	F r a u e n a b t e i l u n g e n													zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 %	14 %	11 %	15 %	19 %	21 %	24 %	25 %	26 %	
- 3M	21	21	34	29	27	19	57	1	9	5	46	19	15	24
4-12M	26	11	15	22	13	18	21	5	13	13	22	33	10	17
1- 5J	9	35	25	20	33	19	15	41	43	36	25	22	26	28
5J-	44	33	26	29	27	44	7	53	35	46	7	26	49	32
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	58	83	85	181	89	101	100	127	85	99	130	86	119	1343

Zeitspanne ^{†)}	M ä n n e r a b t e i l u n g e n												zus. %
	2 %	4 %	6 %	13 %	13a %	16 %	18 %	22 %	8 %	20 %	23 %		
- 3M	24	12	22	33	-	6	-	42	75	10	23	20	
4-12M	-	10	16	16	3	8	-	15	13	17	16	11	
1- 5J	8	33	34	23	26	18	7	16	9	41	16	23	
5J-	68	45	28	28	71	68	93	27	3	32	45	46	
N=	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	25	111	116	128	61	172	139	87	90	145	26	1100	

†) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monate = 30,4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

- 1 Monate = 15 Tage
- 1 Monat = 15-45 Tage usw.
- 1-2 Jahre = 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

TABELLE A.40.3: Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 stationierten Patienten in den untersuchten Abteilungen

Zeitspanne ^{*)}	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	absolut	%	kum.%	absolut	%	kum.%	absolut	%	kum.%
- 1 Monat	1	.7	.7	3	2.7	2.7	8	9.2	9.2
1 Monat	5	3.4	4.1	4	3.6	6.3	11	12.6	21.8
2 Monate	4	2.8	6.9	5	4.5	10.8	6	6.9	28.7
3 Monate	4	2.8	9.7	1	.9	11.7	5	5.7	34.4
4-6 Monate	8	5.5	15.2	4	3.6	15.3	7	8.0	42.4
7-12 Monate	16	11.0	26.2	8	7.2	22.5	6	6.9	49.3
1-2 Jahre	27	18.6	44.8	13	11.7	34.2	8	9.2	58.5
2-3 Jahre	16	11.0	55.8	11	9.9	44.1	3	3.4	61.9
3-5 Jahre	16	11.0	66.8	12	10.8	54.9	11	12.6	74.5
5-10 Jahre	25	17.3	84.1	21	18.9	73.8	15	17.2	91.8
10-15 Jahre	10	6.9	91.0	14	12.6	86.4	3	3.4	95.2
15-20 Jahre	7	4.8	95.8	5	4.5	90.9	2	2.3	97.5
20 Jahre	6	4.1	100.0	10	9.0	100.0	2	2.3	100.0
	N=145	100.0%		N=111	100.0%		N=87	100.0%	

^{*)} Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30.4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

- 1 Monat = 15 Tage
- 1 Monat = 15-45 Tage usw.
- 1-2 Jahre = 12.5 Monate - 24.5 Monate etc.

TABELLE A.41.1: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Geschlecht

Zeitspanne +)	Männer		Frauen		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	kum.
-1M	-	-	1	.5	1	.1
1M	12	3.0	18	8.5	30	4.9
2M	16	4.0	27	12.8	43	7.0
3M	22	5.6	19	9.0	41	6.8
4-6M	51	12.9	42	19.8	93	15.3
7-12M	50	12.6	31	14.7	81	13.3
1-2J	53	13.4	23	10.9	76	12.5
2-3J	50	12.6	13	6.2	63	10.4
3-5J	49	12.4	8	3.8	57	9.4
5-10J	61	15.4	16	7.6	77	12.7
10-15J	16	4.0	4	1.9	20	3.3
15-20J	6	1.5	1	.5	7	1.2
20J	10	2.5	8	3.8	18	3.0
insgesamt	396	100.0	211	100.0	607	100.0
k.A.	-	-	1	-	1	-

+) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30.4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1 Monat = 15 Tage

1 Monat = 15-45 Tage bzw.

1-2 Jahre = 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

TABELLE A.41.2: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten, nach Abteilungen

Zeitspanne ⁺⁾	F r a u e n a b t e i l u n g e n												zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 ⁺⁺⁾ %	14 %	11 ⁺⁺⁾ %	15 ⁺⁺⁾ %	19 ⁺⁺⁾ %	21 ⁺⁺⁾ %	24 ⁺⁺⁾ %	25 ⁺⁺⁾ %	26 ⁺⁺⁾ %
- 3M	43	27	26	38	30								31
4- 6M	26	27	40	43	35								35
1- 5J	13	34	25	17	10								21
5J-	18	12	9	2	25								13
	100	100	100	100	100								100
N=	23	26	57	47	12	20	10	3	4	6	2	1	212

Zeitspanne ⁺⁾	M ä n n e r a b t e i l u n g e n												zus. %
	2 ⁺⁺⁾ %	4 %	6 %	13 %	13a %	16 ⁺⁺⁾ %	18 ⁺⁺⁾ %	22 %	8 %	20 ⁺⁺⁾ %	23 ⁺⁺⁾ %		
- 3M	8	4	21	-			29	46					12
4-12M	24	20	40	7			59	14					26
1- 5J	47	51	31	21			6	23					38
5J-	21	25	8	72			6	17					24
	100	100	100	100			100	100					100
N=	12	160	45	75	29	9	8	17	22	10	9		396

+) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monate = 30,4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1 Monat = 15 Tage

1 Monat = 15-45 Tage bzw.

1-2 Jahre = 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

++) wegen zu geringen N keine Prozentanteile berechnet

TABELLE A.41.3: Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der am 31.12.1974 beurlaubten Patienten in den untersuchten Abteilungen

Zeitspanne ^{+))}	Abteilungen						
	VM ⁺⁺⁾	AM			AF		
		absolut	%	kum.%	absolut	%	kum.%
- 1 Monat		2	1,2	1,2	4	7,0	7,0
1 Monat		3	1,9	3,1	4	7,0	14,0
2 Monate		8	5,0	8,1	7	12,3	26,3
3 Monate		13	8,1	16,2	13	22,8	49,1
4-6 Monate		25	15,6	31,9	10	17,5	66,7
7-12 Monate		20	12,5	44,4	7	12,3	78,9
1-2 Jahre		26	16,2	60,6	3	5,3	84,2
2-3 Jahre		29	18,1	78,7	4	7,0	91,2
3-5 Jahre		25	15,6	94,4	5	8,8	100,0
5-10 Jahre		5	3,1	97,5			
10-15 Jahre		1	,6	98,1			
15-20 Jahre		3	1,9	100,0			
20 Jahre							
		N=160	100,0%		N=57	100,0%	

+) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30,4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1 Monat = 15 Tage
 1 Monat = 15-45 Tage usw.
 1-2 Jahre 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

++) wegen zu geringen N wird Abteilung VM in der Urlaubertabelle nicht ausgewiesen

Abteilungspatienten		Abteilungen											
		VM				AM				AF			
Diagnose	Aufent- Alter halts- in dauer in Jahren Jahren	nach		nach Auf-		nach		nach Auf-		nach		nach Auf-	
		Alter		enthaltss-		Alter		enthaltss-		Alter		enthaltss-	
		nach	nach	dauer,	dauer,	nach	nach	dauer,	dauer,	nach	nach	dauer,	dauer,
		Diagnose	Diagnose	Alter u.	Alter u.	Diagnose	Diagnose	Alter u.	Alter u.	Diagnose	Diagnose	Alter u.	Alter u.
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
	- 1											2	2.3
	1- 5			1	0.7							1	1.1
	5-10			4	2.8							0	0.0
	10-			4	2.8							1	1.7
	bis 46			9	6.2							4	4.5
	- 1											2	2.3
	1- 5			1	0.7							0	0.0
	5-10			1	0.7							0	0.0
	10-			2	1.4							0	0.0
	46-55			4	2.8							2	2.3
	- 1											1	1.1
	1- 5			1	0.7							0	0.0
	5-10			0	0.0							1	1.1
	10-			1	0.7							0	0.0
	über 65			2	1.4							2	2.3
	Schwachsinnzustände ...			15	10.4							8	9.1
	- 1			1	0.7			3	2.7			1	1.1
	1- 5			3	2.1			1	0.9			2	2.3
	5-10			1	0.7			0	0.0			0	0.0
	10-			0	0.0								
	bis 46			5	3.5			4	3.6			3	3.4
	- 1							3	2.7			0	0.0
	1- 5			14	9.7			4	3.6			0	0.0
	5-10			2	1.4			1	0.9			1	1.1
	10-			1	0.7								
	46-65			20	13.8			8	7.2			1	1.1
	- 1							0	0.0			7	8.0
	1- 5			11	7.6			8	7.2			8	9.1
	5-10			3	2.1			0	0.0			1	1.1
	10-			2	1.4								
	über 65			25	17.2			8	7.2			16	18.3
	Psychische Störungen des höheren Lebensalters ...			50	34.5			20	18.0			20	22.9
	- 1			1	0.7								
	1- 5			1	0.7								
	5-10			1	0.7								
	10-												
	-46			3	2.1								
	- 1												
	1- 5			14	9.7								
	5-10			13	9.0								
	10-			2	1.4								
	46-65			29	20.0								
	- 1												
	1- 5			6	4.1								
	5-10			10	7.0								
	10-			8	5.5								
	65-												
	Alkoholismus ...			24	16.6								
				56	38.7								

		Abteilungen											
		VM				AM				AF			
Diagnose	Alter in Jahren	Aufenthaltsdauer in Jahren		nach Alter		nach Aufenthaltsdauer, Alter u.		nach Alter		nach Aufenthaltsdauer, Alter u.		nach Alter	
		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Manisch depressiver Formenkreis	- 1											3	3.4
	1- 5											0	0.0
	5-10												
	10-												
	bis 46											3	3.4
	- 1											0	0.0
	1- 5											1	1.1
	5-10												
	10-												
	46-65											1	1.1
	- 1											4	4.5
	1- 5											1	1.1
	5-10												
	10-												
	über 65											5	5.7
	Sonstige Diagnosen...											9	10.3
Schizophrenie...	- 1			2	1.4			8	7.2			7	8.0
	1- 5			1	0.7			8	7.2			3	3.4
	5-10			1	0.7			12	10.8			4	4.5
	10-							11	9.9			1	1.1
	bis 46			4	2.8			39	35.1			15	17.2
	- 1							3	2.7			5	5.7
	1- 5							6	5.4			2	2.3
	5-10			1	0.7			4	3.6			5	5.7
	10-			2	1.4			12	10.8			3	3.4
	46-65			3	2.1			25	22.5			15	17.2
	- 1											4	4.5
	1- 5			1	0.7			4	3.6			2	2.3
	5-10			1	0.7			2	1.8			2	2.3
	10-			2	1.4			4	3.6			2	2.3
	über 65			4	2.8			10	9.0			10	11.4
	Sonstige Diagnosen...			11	7.6			74	66.6			40	45.9
Sonstige Diagnosen...		13	8.9			17	15.3			10	11.5		
		N= 145	N= 100	N= 145	N= 100	N= 145	N= 100	N= 111	N= 100	N= 111	N= 100	N= 87	N= 100

Urlauberpatienten

		Abteilungen											
		VM				AM				AF			
Diagnose	Alter in Jahren	Aufenthaltsdauer in Jahren		nach Alter		nach Aufenthaltsdauer, Alter u.		nach Alter		nach Aufenthaltsdauer, Alter u.		nach Alter	
		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose		nach Diagnose	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Schizophrenie...	- 1							24	15.0			15	26.3
	1- 5							33	29.6			5	8.7
	5-10							8	5.0			1	1.7
	10-							4	2.5				
	bis 46							69	43.1			21	36.8
	- 1							7	4.3			8	14.0
	1- 5							22	13.7			4	7.0
	5-10							10	6.2			3	5.2
	10-							3	1.8				
	46-65							42	26.2			15	26.3
	- 1							2	1.2			4	7.0
	1- 5							5	3.1				
	5-10							1	0.6				
	10-							1	0.6				
	über 65							9	5.6			4	7.0
	Sonstige Diagnosen...							120	75.0			40	70.0
Sonstige Diagnosen								40	25.0			30.0	
		N= 160	N= 100	N= 160	N= 100	N= 160	N= 100	N= 160	N= 100	N= 57	N= 100	N= 57	N= 100

TABELLE A.43.1: Die Altersverteilung aller im Laufe des Jahres 1974
im Psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten

Alter	Männer			Frauen			gesamt		
	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.	absolut	%	kum.
-15	18	.7	.7	37	1.2	1.2	55	.9	.9
16-25	397	14.8	15.5	246	8.0	9.1	643	11.1	12.0
26-35	511	19.0	34.5	459	14.8	24.0	970	16.8	28.8
36-45	470	17.5	52.0	293	9.5	33.5	763	13.2	42.0
46-55	448	16.7	68.7	458	14.8	48.3	906	15.7	57.7
56-65	255	9.5	78.2	324	10.5	58.7	579	10.0	67.7
66-75	295	11.0	89.2	469	15.2	73.9	764	13.2	80.9
75	290	10.8	100.0	807	26.1	100.0	1097	19.0	100.0
insges.	2684	100.0		3093	100.0		5777	100.0	

TABELLE A.43.2: Die Altersverteilung der im Laufe des Jahres
1974 in untersuchten Abteilungen aufgenommenen
Patienten

Alters- verteilung	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	absolut	%	kum.%	absolut	%	kum.%	absolut	%	kum.%
16-25	4	3.3	3.3	26	16.2	16.2	36	11.4	11.4
26-35	5	4.1	7.4	36	22.5	38.7	66	21.0	32.4
36-45	6	4.9	12.3	26	16.2	55.0	63	20.0	52.4
46-55	22	18.0	30.3	21	13.1	68.1	63	20.0	72.4
56-65	24	19.7	50.0	8	5.0	73.1	33	10.5	82.9
66-75	29	23.8	73.8	23	14.4	87.5	26	8.3	91.1
über 75	32	26.2	100.0	20	12.5	100.0	28	8.9	100.0
insges.	N=122	100.0%		N=160	100.0%		N=315	100.0%	

TABELLE A.44.1: Die Diagnoseverteilung aller im Laufe des Jahres 1974 aufgenommenen Patienten

Diagnose ⁺	Männer		Frauen		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diverse Störungen	121	4.5	86	2.8	207	3.6
Schwachsinnzustände	49	1.8	138	4.5	187	3.2
Psych.Störungen n. Gehirnverletzungen	21	.8	6	.2	27	.5
Psych.Störungen des höheren Lebensalters	445	16.6	988	31.9	1433	24.8
Psych.Störungen bei Körperkrankheiten	21	.8	20	.6	41	.7
Alkoholismus	1049	39.1	296	9.6	1345	23.3
(andere) Süchte	83	3.1	11	.4	94	1.6
Psych.Störungen bei anderen Vergiftungen	76	2.8	34	1.1	110	1.9
Epilepsie	25	.9	61	2.0	86	1.5
Schizophrenie	293	10.9	636	20.6	929	16.0
Manisch-depressiver Formenkreis	37	1.4	302	9.8	339	5.9
Psychopathien	88	3.3	100	3.2	188	3.3
Abnorme Reaktionen	309	11.5	400	12.9	709	12.3
Ungeklärte psychiatr. Fälle	67	2.5	15	.5	82	1.4
insgesamt	2684	100.0	3093	100.0	5777	100.0

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.44.2: Die Diagnoseverteilung der im Laufe des Jahres 1974 in untersuchten Abteilungen aufgenommenen Patienten

Diagnose ^{*)}	Abteilungen					
	VM		AM"		AF	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Diverse Störungen	1	.8	6	3.7	6	1.9
Schwachsinnzustände	5	4.1			23	7.3
Psych. Störungen nach Gehirnverletzungen	1	.8				
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	46	37.6	31	19.4	31	9.8
Psych. Störungen bei Körperkrankheiten	2	1.6			1	.3
Alkoholismus	58	47.5	1	.6	29	9.2
(andere) Süchte					1	.3
Psych. Störungen bei anderen Vergiftungen					5	1.6
Epilepsie	1	.8	2	1.2	5	1.6
Schizophrenie	6	4.9	74	46.2	125	39.7
Manisch-depressiver Formenkreis	1	.8	4	2.5	35	11.1
Psychopathien			1	.6	21	6.7
Abnorme Reaktionen	1	.8	3	1.9	33	10.5
Ungeklärte psychiatr. Fälle			38	23.7		
	N=122	100.0%	N=160	100.0%	N=315	100.0%

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.45: Dominante Typen von im Laufe des Jahres 1974 aufgenommenen Patienten der drei untersuchten Abteilungen nach Diagnose und Alter

Diagnosen ⁺⁾	Alter in Jahren	Abteilungen					
		VM		AM		AF	
		nach Alter und Diagnose		nach Alter und Diagnose		nach Alter und Diagnose	
		nach Diagnose abs. %	nach Alter und Diagnose abs. %	nach Diagnose abs. %	nach Alter und Diagnose abs. %	nach Diagnose abs. %	nach Alter und Diagnose abs. %
Schwachsinnszustände	16-45 46-65 65-					20 6.4 2 .6 1 .3 <u>23 7.3</u>	
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	16-45 46-65 über 65		4 3.3 <u>42 34.4</u>		4 2.6 <u>27 16.9</u>	3 1.0 <u>28 8.8</u>	
		46 37.7		31 19.5		31 9.8	
Alkoholismus	16-45 46-65 über 65		7 5.8 35 28.7 <u>16 13.1</u>			17 5.4 12 3.9 <u>29 9.2</u>	
Schizophrenie	16-45 46-65 über 65			55 34.4 15 9.4 <u>4 2.5</u> <u>74 46.2</u>		68 21.5 43 13.7 <u>14 4.5</u> <u>125 39.7</u>	
Manisch-depressiver Formenkreis	16-45 46-65 über 65					13 4.1 14 4.4 <u>8 2.6</u> <u>35 11.1</u>	
Psychopathien	16-45 46-65 65-					16 5.0 4 1.3 <u>1 .3</u> <u>21 6.7</u>	
Abnorme Reaktionen	16-45 46-65 über 65					19 6.1 12 3.8 <u>2 .6</u> <u>33 10.5</u>	
Sonstige Diagnosen		18 14.8		55 34.4		18 5.7	
insgesamt		N= 122 100	N= 122 100	N= 150 100	N= 160 100	N= 315 100	N= 135 100

⁺⁾ Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.46.1: Der Status aller im Laufe des Jahres 1974
im Psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen
Patienten am Jahresende

Status	Männer		Frauen		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
noch im Kranken- haus	560	21.0	686	22.5	1246	21.8
Transferiert in anderes Kranken- haus	113	4.2	80	2.6	193	3.4
Entwichen-vermißt	40	1.5	23	.8	63	1.1
Verstorben	280	10.5	562	18.4	842	14.7
Entlassen	1680	62.9	1698	55.7	3378	59.0
insgesamt	2673	100.0	3049	100.0	5722	100.0
k.A.	11		44			

TABELLE A.46.2: Der Status der im Laufe des Jahres 1974
in untersuchten Abteilungen aufgenommenen
Patienten am Jahresende

Status	Abteilungen					
	VM		AM		AF	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
noch in der Abteilung	48	39.3	26	16.2	44	14.0
auf Urlaub	7	5.7	52	32.5	37	11.7
verlegt in andere Abteilungen	8	6.6	5	3.1	1	0.3
Transferiert in an- deres Krankenhaus			13	8.1	5	1.6
Entwichen - vermißt	2	1.6	2	1.2	2	0.6
Verstorben	24	19.7	18	11.2	14	4.4
Entlassen	26	21.3	43	26.9	212	67.3
fehlende Angaben	7	5.7	1	0.6		
insgesamt	N=122	100.0	N=160	100.0	N=315	100.0

TABELLE A.47.1: Die Abgangsarten der im Jahre 1974 abgegangenen Patienten

Abgangsart	Männer		Frauen		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
transferiert in anderes Krankenhaus	158	6.1	171	5.6	329	5.8
entwichen, vermißt	61	2.4	30	1.0	91	1.6
verstorben	417	16.1	766	25.0	1183	20.9
entlassen	1959	75.0	2099	68.5	4058	71.7
insgesamt	2595	100.0	3066	100.0	5661	100.0

TABELLE A.47.2: Die Abgangsarten der im Jahre 1974 abgegangenen Patienten der untersuchten Abteilungen

Abgangsart	Abteilungen					
	VM		AM		AF	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
verlegt in andere Abteilung	11	9.1	13	7.2	1	0.3
transferiert in anderes Krankenhaus	7	5.8	18	9.9	10	3.1
entwichen, vermißt	3	2.5	4	2.2	2	0.6
verstorben	47	38.8	36	19.9	24	7.4
entlassen	45	37.2	109	60.2	285	87.7
fehlende Angaben	8	6.6	1	0.6	3	0.9
insgesamt	N=121 100.0%		N=181 100.0%		N=335 100.0%	

TABELLE A.48.1: Die Aufenthaltsdauer aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten

Zeitspanne ⁺⁾	Männer		Frauen		gesamt	
	abs.	% kum.	abs.	% kum.	abs.	% kum.
- 1M	1104	56.7	803	38.8	1907	47.5
1M	382	19.6	599	29.0	981	24.4
2M	105	5.4	107	5.2	212	5.3
3M	86	4.4	134	6.5	220	5.5
4- 6M	109	5.6	216	10.4	325	8.1
7-12M	80	4.1	128	6.2	208	5.2
1- 2J	38	2.0	52	2.5	90	2.2
2- 3J	14	.7	9	.4	23	.6
3- 5J	13	.7	5	.2	18	.5
5-10J	3	.2	9	.4	12	.3
10-15J	1	.1	2	.1	3	.0
15-20J	1	.1	-	-	1	.0
20J	11	.6	3	.1	14	.3
insgesamt	1947	100.0	2067	100.0	4014	100.0
k.A.	12		32			

⁺⁾ Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30.4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw.ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1Monat = 15 Tage
1Monat = 15-45 Tage bzw.
1-2Jahre = 12,5 Monate =24,5 Monate etc.

TABELLE A.48.2: Die Aufenthaltsdauer der im Jahre 1974 entlassenen Patienten nach Abteilungen

Zeitspanne +)	F r a u e n a b t e i l u n g e n												zus. %
	3 %	5 %	9 %	10 %	12 %	14 %	11 %	15 %	19 %	21 %	24 %	25 %	26 %
-1M	62	24	28	23	37	41	52	13	13	8	44	25	9
1M-3M	24	22	39	31	37	44	44	38	37	38	47	56	9
4M-	14	54	33	46	26	15	4	49	50	54	9	19	82
N=	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
k.A.	157	55	273	210	169	107	540	16	16	13	262	238	11
													2067
													32

Zeitspanne +)	M ä n n e r a b t e i l u n g e n												zus. %
	2 %	4 %	6 %	13 %	13a %	16 %	18 %	22 %	8 %	20 %	23 %		
-1M	99	11	27	28	13a ++	16 ++	18 ++	22	54	9	56		57
1M-3M	1	23	33	36				60	42	38	26		29
4M-	-	66	40	36				20	4	53	18		14
N=	100	100	100	100				100	100	100	100		100
k.A.	508	109	75	138	1	8	1	149	781	45	132		1947
													12

+) Differenz zwischen Eintrittsdatum in das Krankenhaus und 31.12.1974. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat = 30.4 Tage und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab, die Kategorien sind daher folgenderweise zu lesen:

-1 Monat = 15 Tage

1 Monat = 15-45 Tage bzw.

1-2 Jahre = 12,5 Monate = 24,5 Monate etc.

++) wegen zu geringen N keine Prozentanteile berechnet

TABELLE A.48.3: Die Aufenthaltsdauer aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten der untersuchten Abteilungen

Zeitspanne ^{*)}	Abteilungen								
	VM			AM			AF		
	absolut	%	kum. %	absolut	%	kum. %	absolut	%	kum. %
- 1 Monat	4	8.9	8.9	12	11.0	11.0	75	27.5	27.5
1 Monat	6	13.3	22.2	5	4.6	15.6	64	23.4	50.9
2 Monate	5	11.1	33.3	3	2.8	18.3	12	4.4	55.3
3 Monate	6	13.3	46.7	17	15.6	33.9	30	11.0	66.3
4-6 Monate	10	22.2	68.9	15	13.8	47.7	53	19.4	85.7
7-12 Monate	9	20.0	88.9	33	30.3	78.0	20	7.3	93.0
1-2 Jahre	2	4.4	93.3	10	9.2	87.2	10	3.7	96.7
2-3 Jahre	3	6.7	100.0	6	5.5	92.7	4	1.5	98.2
3-5 Jahre				6	5.5	98.2			
5-10 Jahre							4	1.5	99.6
10-15 Jahre				1	0.9	99.1			
15-20 Jahre									
20 Jahre				1	0.9	100.0	1	0.4	100.0
insges.	N=45	100.0%		N=109	100.0%		N=273	100.0%	
keine Angaben							12		

^{*)} Differenz zwischen Eintrittsdatum ins Krankenhaus und Entlassungsdatum. Der verwendete Algorithmus definiert 1 Monat mit 30.4 Tagen und rundet zwischen einzelnen Monaten auf bzw. ab.

TABELLE A.49.1: Die Diagnoseverteilungen aller im Jahre 1974 entlassenen Patienten

Diagnose ⁺⁾	Männer		Frauen		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diverse Störungen	49	2.5	48	2.3	97	2.4
Schwachsinnzustände	34	1.7	126	6.0	160	3.9
Psych.Störungen n. Gehirnverletzungen	15	.8	-	-	15	.4
Psych.Störungen d. höheren Lebensalters	150	7.7	231	11.0	381	9.4
Psych. Störungen bei Körperkrankheiten	9	.5	6	.3	15	.4
Alkoholismus	912	46.6	281	13.4	1193	29.4
(andere) Süchte	67	3.4	10	.5	77	1.9
Psych.Störungen bei and. Vergiftungen	65	3.3	33	1.6	98	2.4
Epilepsie	22	1.1	51	2.4	73	1.8
Schizophrenie	213	10.9	569	27.1	782	19.3
Manisch-depress. Formenkreis	26	1.3	270	12.9	296	7.3
Psychopathien	80	4.1	97	4.6	177	4.4
Abnorme Reaktionen	286	14.6	366	17.4	652	16.0
Ungeklärte psych. Fälle	31	1.6	11	.5	42	1.0
insgesamt	1959	100.0	2099	100.0	4058	100.0

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.49.2: Die Diagnoseverteilung der 1974 entlassenen Patienten der untersuchten Abteilungen

Diagnose +)	Abteilungen		
	VM	AM	AF
Diverse Störungen		3.7	2.6
Schwachsinn- zustände	2.2		10.6
Psych.Störungen n. Gehirnverletzungen	2.2		
Psych.Störungen d. höheren Lebensalt.	24.4	10.1	4.8
Psych.Störungen b. Körperkrankheiten	2.2		
Alkoholismus	62.2		9.9
(andere) Süchte			0.4
Psych.Störungen b. and. Vergiftungen			1.1
Epilepsie		1.8	1.1
Schizophrenie	2.2	58.7	41.0
Manisch-depressiver Formenkreis		4.6	12.1
Psychopathien		0.9	5.9
Abnorme Reaktionen	4.4	3.7	10.6
Ungeklärte psych. Fälle		16.5	
	100% N=45	100% N=109	100% N=273

+) Die Diagnoseeinteilung stellt eine verkürzte Form des Würzburger Schemas dar, auf dessen Basis im Krankenhaus diagnostiziert wird. Zur Zuordnung der hier verwendeten Einteilung zum Würzburger Schema vgl. ÜBERSICHT A.1.

TABELLE A.50: Dominante Typen von im Jahre 1974 entlassenen Patienten der drei untersuchten Abteilungen nach Diagnose, Alter und Aufenthaltsdauer

Abteilungen

Diagnose	Alter in Jahren	Aufent- haltsdauer in Jahren bzw. in Monaten	VM			AM			AF					
			nach Alter	nach Alter und	nach Auf- enthalt- dauer, Alter u.	nach Alter	nach Alter und	nach Auf- enthalt- dauer, Alter u.	nach Alter	nach Alter und	nach Auf- enthalt- dauer, Alter u.			
			Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose	Diagnose		
			abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %
Schwach- sinnszustände	bis 35	- 3M.												17 6.0
		4-12M.												2 0.7
		1- 5J.												2 0.7
		5J.-												0 0.0
														21 7.4
	36-65	- 3M.												6 2.1
		4-12M.												0 0.0
		1- 5J.												2 0.7
		5J.-												1 0.4
														9 3.2
über 65	- 3M.												1 0.4	
	4-12M.												0 0.0	
	1- 5J.												0 0.0	
	5J.-												0 0.0	
													1 0.4	
													31 10.9	
psychische Störungen des höheren Lebensalters	bis 35	- 3M.			-			-			-			
		4-12M.			-			-			-			
		1- 5J.			-			-			-			
		5J.-			-			-			-			
	36-65	- 3M.			0			0			0			
		4-12M.			1 2.2			0			0			
		1- 5J.			1 2.2			1 0.9			1 0.9			
		5J.-			-			-			-			
					2 4.4			1 0.9						
über 65	- 3M.			5 11.1			6 5.5			6 5.5				
	4-12M.			4 8.9			3 2.8			3 2.8				
	1- 5J.			0			1 0.9			1 0.9				
	5J.-			-			-			-				
				9 20.0			10 9.2							
			11 24.4			11 10.1							14 4.9	
Alkoholismus	bis 35	- 3M.			2 4.4									8 2.8
		4-12M.			0									0
		1- 5J.			0									0
		5J.-			-									-
					2 4.4									8 2.8
	36-65	- 3M.			10 22.2									14 4.9
		4-12M.			10 22.2									5 1.8
		1- 5J.			1 2.2									1 0.4
		5J.-			-									-
					21 46.7									20 7.0
über 65	- 3M.			2 4.4									-	
	4-12M.			1 2.2									-	
	1- 5J.			2 4.4									-	
	5J.-			-									-	
				5 11.1									-	
			28 62.2										28 9.8	

Abteilungen

Diagnose	Aufenthaltsdauer in Jahren bzw. in Monaten	VM			AM			AF		
		Alter in Jahren	nach Alter und Diagnose	nach Auf- enthalts- dauer, Alter u. Diagnose	nach Alter und Diagnose	nach Auf- enthalts- dauer, Alter u. Diagnose	nach Alter und Diagnose	nach Auf- enthalts- dauer, Alter u. Diagnose		
abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %			
Schizophrenie	- 3M.					8	7.3		21	7.4
	4-12M.					13	11.9		8	2.8
	1- 5J.					9	8.3		1	0.4
	5J.-					1	0.9		0	
	bis 35					31	28.4		30	10.5
	- 3M.					3	2.8		39	13.3
	4-12M.					16	14.7		32	11.2
	1- 5J.					9	8.3		3	1.1
	5J.-					1	0.9		2	0.7
	35-65					29	26.6		75	26.3
Manisch-depressiver Formenkreis	- 3M.					3	2.8		5	1.8
	4-12M.					0			7	2.5
	1- 5J.					1	0.9		0	
	5J.-					0			1	0.4
	über 65					4	3.7		13	4.6
						64	58.7		118	41.4
	- 3M.								5	1.8
	4-12M.								1	0.4
	1- 5J.								1	0.4
	5J.-								-	
abnorme Reaktionen	bis 35								7	2.5
	- 3M.								12	4.2
	4-12M.								6	2.1
	1- 5J.								1	0.4
	5J.-								-	
	35-65								19	6.7
	- 3M.								4	1.4
	4-12M.								1	0.4
	1- 5J.								2	0.7
	5J.-								-	
sonstige Diagnosen	über 65								7	2.5
									33	11.6
	- 3M.								17	6.0
	4-12M.								0	
	1- 5J.								-	
	5J.-								-	
	bis 35								17	6.0
	- 3M.								11	3.9
	4-12M.								1	0.4
	1- 5J.								-	
5J.-								-		
	35-65								12	4.2
	- 3M.								-	
	4-12M.								-	
	1- 5J.								-	
	5J.-								-	
	über 65								-	
									-	
									-	
									-	
									-	
		N= 45 100			N= 109 100			N= 285 100		

ÜBERSICHT A.1

Gegenüberstellung des Würzburger Diagnoseschemas mit der im Bericht verwendeten verkürzten Version

Krankheitsformen nach dem Würzburger Schema	Verkürzte Berichtsversion
1. Angeborene und früherworbene Schwachsinnszustände: a) ohne nachweisbare Ursache b) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen c) Kretinismus	Schwachsinnszustände
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterungen und Gehirnquetschung): a) akute traumatische Psychosen b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesens- veränderungen usw.)	Psych. Störungen und Gehirnverletzungen
3. Progressive Paralyse	diverse Störungen
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes	diverse Störungen
5. Encephalitis epidemica	diverse Störungen
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters: a) arteriosklerot. Formen (einschließlich der genuinen Hypertonie b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder) c) senile Formen d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.)	Psych. Störungen des höheren Lebensalters
7. Huntingtonsche Chorea	diverse Störungen
8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, Multiple Sklerose usw.)	diverse Störungen
9. Psychische Störungen bei: a) Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor) b) Erkrankung innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankung der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Urämie, Eklampsie, Anämien usw.) c) Basedow, Myxoedem, Tetanie u.a. endokrine Erkrankg. d) Symptomatische Psychosen in Puerperium, Laktation	Psych. Störungen bei Körperkrankheiten
10. Alkoholismus: a) Rauschzustände b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.) c) Delirium tremens u. Halluzinose d) Korsakowsche Psychose (Polioenzephalitis haemorrhg.)	Alkoholismus
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)	andere Süchte
12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen (Schlaf- mittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff)	Psych. Störungen bei Vergiftungen

Krankheitsformen nach dem Würzburger Schema	- Verkürzte Berichtsversion
13a. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache 13b. Symptomatische Epilepsie (soweit nicht in anderen Gruppen)	Epilepsie
14. Schizophrener Formenkreis	Schizophrenie
15. Manisch-depressiver Formenkreis: a) manische und depressive Phasen b) hyperthyme, dystyme, zylothyme Konstitution	Manisch-depressiver Formenkreis
16. Psychopathische Persönlichkeiten	Psychopathien
17. Abnorme Reaktionen: a) paranoische Reaktionen u. Entwicklungen (Querulantenwahn u.ä.) b) depressive Reaktionen (außer 15a) c) Hastreaktionen d) Rentenneurose e) andere psychogene Reaktionen f) induziertes Irresein	abnorme Reaktionen
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)	diverse Störungen
19. Ungeklärte psychiatrische Fälle	Ungeklärte psychiatr. Fälle
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen	diverse Störungen
21. Nichtnervenkrank u. frei von psychisch. Abweichungen	diverse Störungen

4.3 Pflegebedürftigkeit der Patienten der einzelnen Abteilungen nach ausgewählten Behinderungen

TABELLE A.51: Pflegebedürftigkeit der Patienten der einzelnen Abteilungen nach ausgewählten Behinderungen

Behinderung	M ä n n e r a b t e i l u n g e n										zus.
	2	4	6	8	13	13a	16	18	20	22	
Bettlägrigkeit	12%	36%	36%	34%	56%	23%	15%	58%	32%	47%	35.5%
Inkontinenz	12%	30%	36%	-	25%	12%	8%	58%	22%	17	23.5%
Auszuspeisen	12%	29%	36%	6%	17%	12%	5%	44%	12%	17	18.9%

Behinderung	F r a u e n a b t e i l u n g e n													zus.
	3	5	9	10	12	14	11	15	19	21	24	25	26	
Bettlägrigkeit	19%	23%	7%	18%	15%	18%	33%	45%	33%	45%	37%	6%	7%	24.2%
Inkontinenz	19%	29%	14%	50%	40%	33%	15%	52%	33%	40%	54%	13%	24%	34.2%
Auszuspeisen	19%	14%	14%	19%	15%	18%	15%	59%	33%	45%	43%	6%	14%	25.6%

LITERATURVERZEICHNIS

- ALLARDT, E., A Welfare Model for Selecting Indicators of National Development; in: Policy Sciences, 1973(4), 63-74
- BARTON, R., Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern; in: A. FINZEN (Hrsg.) Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, München, Piper, 1974, 11-79
- BAUER, C., H. HAUSA, H. KUZMICS, B. SCHMEIKAL, Soziale Indikatoren zur Lebensqualität. Ein Überblick über Entwicklung und Problemstellung, Wien, Institut für Höhere Studien, Forschungsbericht, 1973
- BAUER, M., G. BOSCH, G. HOFER, H.W. JANZ, K.P. KISKER, H. KRÜGER, P. PETERSEN, M. PFLANZ, H. RICHARTZ, H.K. ROSE, Psychiatrie - Eine Einführung, Stuttgart, Thieme, 1973
- BEAUVOIR, S. de, Das Alter, Reinbek bei Hamburg, 1977
- BERICHT ÜBER DIE LAGER DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND, Bonn, Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, mit Anhang Drucksache 7/4201, 1975
- CHRISTIANSEN, U., J. MÜNSTERMANN, Psychisch Kranke und psychiatrische Versorgung - Meinungen und Erfahrungen der Bevölkerung in Düsseldorf, Essen und Köln; in: Psychiatrische Praxis, 1976 (3), 3-15
- COHEN, S., L. TAYLOR, Psychological Survival. The Experience of Long-Term Imprisonment, Harmondsworth/Middlesex, Penguin Books, 1972
- DEPPE, H.-U., Zum 'Objekt' der Medizin; in: Das Argument 50/3, 1969, 284-98
- DÖRNER, K., Der psychisch Kranke in der Industriegesellschaft; in: O. DÖHNER (Hrsg.) Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1973, 82-96
- DÖRNER, K., Gesellschaftlicher Nutzen und Schaden des Krankheitsbegriffs; in: K. DÖRNER, Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/Main, Campus, 1975a, 47-58
- DÖRNER, K., Entstehung und Wirkung psychiatrischer Diagnosen; in: K. DÖRNER, Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/Main, Campus, 1975b, 137-149
- ENNIS, B.J., R.D. EMERY, The Rights of Mental Patients, New York, Avon Books, 1978
- "ENQUETE-BERICHT" (siehe oben: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland)
- ERIKSON, E.H., Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1971
- ETZIONI, A., Basic Human Needs and Inauthenticity; in: American Sociological Review, 1968(33), 870-885
- FINZEN, A., E. KLUGE, Die Mißachtung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrischer Krankenhauspatienten; in: Psychiatrische Praxis 1974(1), 130-132
- FISCHER, F., Irrenhäuser - Kranke klagen an, München, 1969
- FORSTER, R., J. M. PELIKAN, Psychische Störungen: Karriereprozeß und Versorgungssystem. Drei Beiträge zur Soziologie der Psychiatrie, Forschungsmemorandum Nr. 124, Wien, Institut für Höhere Studien, 1977

- 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, 1977a, 31-63
- FORSTER, R., J. M. PELIKAN, Krankheit als Karriereprozeß - Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen; in: ÖZS, 1977b (2), H.3/4, 29-42
- FORSTER, R., J. M. PELIKAN, Fortschreibung oder Strukturreform ? Ein Beitrag zur Reformdiskussion der psychiatrischen Versorgung in Österreich; in: Soziale Sicherheit, 1978 (31), 61-68
- FORSTER, R., J. M. PELIKAN, Menschliche Bedürfnisse und totale Institution - am Beispiel eines psychiatrischen Großkrankenhauses; in: HEINRICH, K., U. MÜLLER (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie, Weinheim-Basel, Beltz, 1979 (im Druck)
- FOUDRAINE, J., Wer ist aus Holz ? Neue Wege der Psychiatrie, München, Piper, 1973
- FREIDSON, E., Dominanz der Experten, München/Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg, 1975
- GARFINKEL, H., Bedingungen für den Erfolg von Degradierungszeremonien, in: Gruppendynamik, 1974 (5), 77-83
- GERHARDT, U., Krankenhauskarriere und Existenzbelastung; in: Zeitschrift für Soziologie, 1976 (5), 215-236
- GOFFMAN, E., Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, New York, Doubleday, 1961; dt.: Frankfurt, Suhrkamp, 1972
- HÄFNER, H., W. BÖKER, Geistesgestörte Gewalttäter; in: Der Nervenarzt 43 (1972), 285-291
- HEMPRICH, R.D., K.P. KISKER, Die "Herren der Klinik" und die Patienten. Erfahrungen aus der teilnehmend versteckten Beobachtung einer psychiatrischen Station; in: Der Nervenarzt, 1968 (39), 433-441
- HONDRICH, K. O., Subjektive Indikatoren der Lebensqualität; in: ZAPF, W. (Hrsg.), Soziale Indikatoren. Konzepte und Forschungsansätze 2, Frankfurt/New York, Herder & Herder, 1974, 157-166
- JAECKEL, M., S. WIESER, Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart, Thieme, 1970
- KATSCHNIG, H., Leitlinien für eine sektorierte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung, in: Der Aufbau, 1974, 234-238
- KATSCHNIG, H. (Hrsg.), Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause, München/Wien/Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1977
- KATSCHNIG, H., I. GRUMILLER, R. STROBL, Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs, Teil 1: Inzidenz, Teil 2: Prävalenz, Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1975
- KAYSER, H., H. KRÜGER, W. MÄVERS, P. PETERSEN, M. ROHDE, H.-K. ROSE, A. VELTIN, V. ZUMPE, Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft, Stuttgart, Thieme, 1973
- KNISEY, A.C., W.B. POMEROY, C.E. MARTIN, Sexual behavior in the human male, Philadelphia/London, 1948 (dt. 1954)

- KOESTER, H., Möglichkeiten und Grenzen der Freizügigkeit in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine statistische Auswertung über Zwischenfälle im Psychiatrischen Krankenhaus; in: Der Nervenarzt, 1969 (40), 421-429
- KOFLER, W., Ida H. - Eine Krankengeschichte, Berlin, Wagenbach, 1978
- KRETZ, H., Sozialpsychiatrische Einrichtungen mit oder ohne Trennung der Geschlechter ? in: Der Nervenarzt, 1969 (40), 176-183
- KRIEGER, M.H., Social Indicators and the Life Cycle; in: Socio-Economic Science Planning Journal, 1972 (6), 305-317
- KRÜGER, H., Therapeutische Gemeinschaft, in: KISKER, K.P., J.E. MEYER, C. MÜLLER, E. STRÖMGREN (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis, Bd. 3, Heidelberg, Springer, 1975, 711-742
- KUNZE, H., Bürgerrechte psychiatrischer Patienten in den USA - Medizinische und verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung; in: Psychiatrische Praxis, 1976 (3), 77-86
- KUNZE, H., Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten ? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch-psychischer Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland; in: Der Nervenarzt, 1977 (48), 83-88
- KUNZE, H., M. KUNZE-TURMANN, Ansatz zur Evaluation der soziotherapeutischen Orientierung von Nervenkrankenhäusern; in: Psychiatrische Praxis, 1975 (2), 101-109
- LEVINE, S. & N.A. SCOTCH, Social Stress, Chicago, Aldine, 1970
- MASLOW, A.W., Motivation and Personality, New York/ Evanston/ London, Harper & Row, 1954
- MICKA, E., Empirische Vergleichsstudie von englischen und österreichischen psychiatrischen Krankenhäusern in Bezug auf ihre "Offenheitsstruktur", soziologische Diplomarbeit, Wien, 1970
- OFFE, C., Politische Herrschaft und Klassenstrukturen. Zur Analyse spätkapitalistischer Gesellschaftssysteme; in: KRESS, G., D. SENGHAAS (Hrsg.), Politikwissenschaft - Eine Einführung in ihre Probleme, Frankfurt/Main, Fischer-Taschenbuch Verlag, 1972, 135-164
- PARSONS, T., The Social System, New York, Free Press, 1951
- PELIKAN, J.M., F. LEITNER, Probleme, Symptome und kritische Punkte der Krankenpflegeausbildung, Forschungsbericht, Wien, Institut für Höhere Studien, 1974
- PELIKAN, J. M., F. LEITNER, R. FORSTER, Analyse von Daten über Krankenhäuser und Angehörige der Krankenpflegefachdienste in Österreich, Forschungsbericht, 2 Bd., Wien, Institut für Höhere Studien, 1974
- PERROW, C., Hospitals: Technology, Structure and Goals; in: MARCH, J.G. (Hrsg.), Handbook of Organizations, Chicago, Rand McNally, 1965, 910-971
- PÖRKSEN, N., Kommunale Psychiatrie - Das Mannheimer Modell, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1974

- RASPE, H.-H., Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten, in: BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München/Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg, 1976a, 1-23
- RASPE, H.-H., Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten, in: BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München/Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg, 1976b, 49-70
- REDLICH, F.C., D.X. FREEDMAN, The Theory and Practice of Psychiatry, New York/London, Basic Books, 1966 (dt. 1974)
- REINHARDT-SCHNADT, H., Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Eine Übersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen; in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1973 (25), 336-349
- ROHDE, J.J., Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin, Stuttgart, Enke, 1962
- ROHDE, J. J., Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution; in: DÖHNER, O. (Hrsg.), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1973, 13-35
- ROHDE, J.J., Der Patient im sozialen System des Krankenhauses; in: RITTER-RÖHR, D. (Hrsg.), Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1975, 167-210
- ROSE, K.H., M. BAUER, Regionalisierte Psychiatrie als Möglichkeit zur Überwindung der Schranke zwischen Universitäts- und Landeskrankenhaus-Psychiatrie, in: Psychiatrische Praxis 1975 (2), 233-243
- RUNDE, P., Die soziale Situation der psychisch Behinderten und ihrer Rehabilitation, München, Goldmann, 1971
- SCHEFF, T., Das Etikett "Geisteskrankheit" - Soziale Interaktion und psychische Störung, Frankfurt/Main, Fischer, 1973
- SIEGRIST, J., Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten: Ein Beitrag zur Wissenssoziologie im medizinischen Bereich; in: Zeitschrift für Soziologie, 1972 (1), 271-280
- SIEGRIST, J., Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten; in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 1977 (2), H. 3/4, 6-15
- SIEGRIST, J., Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern, Stuttgart, Enke, 1978
- SPITZER, S.P., N.K. DENZIN, The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance, New York, McGraw-Hill, 1968
- STANGL, I., Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1976
- STUMME, W., Zur Relevanz eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas; in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1973 (25), 386-402
- STUMME, W., Faszination und Relevanz der Vorurteilsforschung; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), 4-10
- SYKES, G.M., The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison, Princeton/N.Y., Princeton University Press, 1959

- TROSCHKE, J.v., Das Kind als Patient im Krankenhaus, München/
Basel, 1974
- VERNON, J., Inside the Black Room: Studies in Sensory
Deprivation, Harmondsworth/Middlesex, Penguin, 1965
- WEISS, H., Materialien für eine soziale Psychiatrie, unver-
öffentlichte Dissertation, Innsbruck, 1975
- WING, J.K., G.W. BROWN, Institutionalism and Schizophrenia,
London, Cambridge University Press, 1970
- ZWISCHENBERICHT DER SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION zur Erarbeitung
der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesre-
publik Deutschland ("Zwischenbericht"), Bonn, Deutscher
Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/1124, 1973

