

Universitätsbibliothek Wien

II

1,050.265



DIPLOMARBEIT

zur Erlangung d. akadem. Grades

Magister phil.

~~rer. nat.~~

Begutachter: *Dr. Dr. Gittler*

D56

DIE SOZIALE SITUATION VON GEISTESKRANKEN IN
EINER PSYCHIATRISCHEN GROSSANSTALT

(Teilnehmende Beobachtung im psychiatrischen Kranken-
haus der Stadt Wien Baumgartner Höhe)

SPONSION AM: 17. Dez. 1981

DIPLOMARBEIT
zur
Erlangung des Magistergrades
an der
Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät
der
Universität Wien

eingereicht von
Karl Schwediauer
Wien, Juni 1981



INHALT

	Seite
Einleitung	I - IV
1. Historische Entwicklung der Anstaltspsychiatrie im Wiener Raum	1
1.1. Die Anfänge	1
1.2. Die Zentralisierung der Irren	2
1.3. Reformen im 19. Jhd.: Vom Verwahrungslager zur bürokratisch organisierten Anstalts- psychiatrie	4
1.4. Psychiatrische Wissenschaft als Legiti- mationssystem	6
1.5. Die psychiatrische Anstalt am Steinhof	7
1.5.1. Architektur und bürokratische Organisation..	7
1.5.2. Die Entwicklung bis zum 2. Weltkrieg	9
1.5.3. Überfüllung vom Beginn bis zur Gegenwart ..	10
1.5.4. Strukturelle Veränderungen durch die Entdeckung der Psychopharmaka	11
1.5.5. Die Änderung der rechtlichen Lage	12
1.5.6. Der Steinhof heute	13
1.6. Zusammenfassung	14
2. Der Weg in die psychiatrische Anstalt	15
2.1. Theoretische Überlegungen	15
2.2. Die Karriere zum Geisteskranken	15
2.2.1. Robert K.-Eine Karriere zum Geisteskranken.	16
2.2.2. Interpretation und Schlußfolgerung	19
2.3. Die Zwangseinweisung - Gesetz und soziale Realität	20
2.3.1. Die gesetzliche Lage: Selbst- und Fremdgefährdung	21
2.3.2. Die soziale Realität	22
2.3.3. Legitimation der Zwangseinweisung durch die Definition zur gefährlichen Person	24



	Seite
2.4. Die Polizei als Zwangseinweiser	25
2.4.1. Der Ablauf von Zwangseinweisungen	25
2.4.2. Die Definitionsmacht der Polizei	27
2.4.3. Zwangseinweisung als Degradierungsritual ..	28
2.5. Geisteskrankheit - Etikett für Normenbrecher.	29
2.5.1. Die Verletzung von Verhaltensregeln	29
2.5.2. Die Situationsabhängigkeit der Regelverletzung	30
2.5.3. Schlußfolgerungen	31
2.6. Die freiwillige Aufnahme	32
2.6.1. Der letzte Ausweg aus einer ausweglosen Situation	32
2.6.2. Freiwillige Aufnahme als Lebens- strategie "offener Personen"	35
2.6.3. Schlußfolgerungen	37
2.7. Zusammenfassung	38
2.7.1. Geisteskrankheit und soziale Schicht	39
3. Das Leben auf der Station	40
3.1. Der Tagesablauf	41
3.1.1. Zeitliche Strukturierung - erzwungene Untätigkeit	42
3.1.2. Essen	44
3.1.3. Körperpflege	45
3.1.4. Dienstübernahme	45
3.1.5. Nachtdienst	46
3.2. Der Patient - Objekt des Personals	47
3.2.1. Bürokratische Organisation als Ursache	47
3.2.2. Einübung der "Distanz zum Patienten" in der Sozialisation zum Pfleger	49
3.2.3. Symbole zur Aufrechterhaltung der Distanz..	51
3.2.4. Strategien zur Aufrechterhaltung der Dis- tanz und deren Rechtfertigung	52
3.2.5. Der Patient - Austragungsobjekt von Pflegerkonflikten	54
3.2.6. Exkurs: Geschlechtsspezifisches Pflegerverhalten	55
3.3. Neuaufnahme - Zerstörung des Selbst	57

3.4. Psychische Krankheit - Ausdruck der Unangepaßtheit	59
3.4.1. Die Definition abweichenden Verhaltens als psychische Krankheit	60
3.4.2. Soziale Anpassung als Behandlungsziel	61
3.5. Die Medikamente	63
3.5.1. Medikamente als "geistige Zwangsjacke"	63
3.5.2. Patientenstrategien zur Medikamenten- beschaffung und Einnahmeverweigerung	65
3.6. Das geschlossens Netzbett	67
3.6.1. Die Legitimation durch das Gesetz	67
3.6.2. Die Definition abweichenden Verhaltens als Selbst- oder Fremdgefährdung	67
3.6.3. "Institutioneller Problemlöser" für auffällige Patienten	69
3.6.4. "Gefährlichkeit" als Ergebnis einer Rollenübernahme	70
3.7. Arbeit - Ausdruck der Normalität	71
3.8. Patienten untereinander - Hierarchie und Solidarität	74
3.8.1. Patientensprache - Symbol der Gruppenidentität	74
3.8.2. Patientenhierarchie	75
3.8.3. Solidarität	79
3.8.4. Zusammenfassung	80
3.9. Das Schwesternzimmer - verbotener Raum	81
3.10. Schlußfolgerungen	83
4. Strukturen im Patientenalltag	85
4.1. Theoretische Überlegungen: Mikroanalyse von Machtstrukturen	86
4.2. Die Krankengeschichte	88
4.2.1. Ohnmacht gegenüber der eigenen Geschichte..	89
4.2.2. Diagnostische Etikettierung und Behandlungsgrundlage	91
4.2.3. Schlußfolgerungen	92

	Seite
4.3. Die Gerichtskommission	93
4.3.1. Die gesetzliche Lage	93
4.3.2. Erfahrungen eines Anhalterichters	94
4.3.3. Ein Fallbericht	95
4.3.4. Degradierungsstrategien der Gerichtskommission	97
4.4. Die Visite	98
4.4.1. Das Pflegepersonal als Vermittlerinstanz ..	99
4.4.2. Die Primarvisite	101
4.4.3. Strategien zur Aufrechterhaltung des Macht - Ohnmachtverhältnisses zwischen Personal und Patienten	102
4.4.4. Unbeschränkte Entscheidungsmacht des Arztes	104
4.4.5. Zusammenfassung	105
4.5. Die Gruppentherapie	106
4.5.1. Stärkung des Selbst	106
4.5.2. Illusion der Selbstbestimmung	107
4.5.3. Der Therapeut als "neutrales Element"	108
4.5.4. Isolierte Therapie	109
4.6. Das Patientenparlament	110
4.6.1. Gemilderte Machtverhältnisse	110
4.6.2. Die Einstellung des Personals als Faktor der Bedürfnisbefriedigung	111
4.6.3. "Mittelschichtsprache" als Sprachnorm	112
4.7. Schlußüberlegungen	113
5. Die Stigmatisierung des Geisteskranken	115
5.1. Die Stigmatisierung durch den "Normalbürger"	115
5.2. Die Stigmatisierung durch die psychiatrische Anstalt	116
5.2.1. Stigmatisierung durch öffentliche Institutionen	117
5.2.2. Stigmatisierung durch erzwungene Anpassung in der Anstalt	118
5.2.3. Schlußfolgerungen	119

	Seite
6. Zusammenfassende Überlegungen	120
6.1. Der Weg in die psychiatrische Anstalt	120
6.2. Das Leben in der Anstalt	121
6.3. Schluß	123

Damals wie heute glaube ich, daß jede Gruppe von Menschen - Gefangene, Primitive, Piloten oder Patienten - ein eigenes Leben entwickelt, welches vernünftig und normal erscheint, sobald man es aus der Nähe betrachtet.

Ervin Goffman

EINLEITUNG

Die vorliegende Untersuchung versucht die soziale Situation von Geisteskranken in einer psychiatrischen Großanstalt aufzuzeigen.

Von April 1980 bis Mai 1981 untersuchte ich mittels teilnehmender Beobachtung das Leben der psychisch Kranken im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe, das als psychiatrische Anstalt am Steinhof oder kurz als "der Steinhof" umgangssprachlich besser bekannt ist.

Aus diesem Grund halte ich auch in meinen Darstellungen an dieser Bezeichnung fest, obwohl die psychiatrischen Anstalten Österreichs anfang der sechziger Jahre den Status eines Krankenhauses zuerkannt bekamen, was einige rechtliche Verbesserungen für die Patienten mit sich brachte.

Die Ergebnisse dieser Studie sind nur beschränkt auf die Situation anderer psychiatrischer Anstalten verallgemeinerbar, da die besonderen historischen Bedingungen und die großstädtische Situation von Wien berücksichtigt werden müssen.

Das erste Kapitel stellt deshalb die wichtigsten geschichtlichen Randbedingungen skizzenhaft dar, um die derzeitige Lage der Geisteskranken am Steinhof besser verstehen zu können.



Diese Untersuchung kann als Erweiterung einer bereits vorliegenden Studie über die psychiatrische Anstalt am Steinhof gesehen werden, die sich mit der Patientenversorgung und der Einstellung des Pflegepersonals befaßt (Forster u. Pelikan, 1978 a).

Mein Erkenntnisinteresse lag dagegen in erster Linie darin, das Leben in der psychiatrischen Anstalt aus der Perspektive der Patienten zu schildern.

Es war meine Intention, den Patienten als Menschen zu Wort kommen zu lassen, ihn als Subjekt darzustellen, das in einer totalen Institution Überlebensstrategien entwickelt, der als "Akteur" in einem sozialen System auftritt, in dem er mehr oder weniger fähig ist, mit den dort auferlegten Zwängen fertigzuwerden.

Im Gegensatz zum herrschenden medizinischen Krankheitsmodell, das den Patienten von vornherein in eine passive Objektrolle zwingt und ihn als unberechenbaren und gefährlichen Irren abstempelt, erscheint er hier im Sinne der verstehenden Soziologie als handelndes Subjekt, als Mensch mit Ängsten, Problemen und Bedürfnissen, dessen Leben aus seiner Perspektive heraus als durchaus normal und vernünftig zu verstehen ist.

Die Kontaktnahme

Den ersten Kontakt mit den Patienten am Steinhof nahm ich im April 1980 auf, als ich in einem der zwei bestehenden Kommunikationszentren zu arbeiten begann. Dort lernte ich einige Patienten näher kennen, die mir ihre Lage in langen und intensiven Gesprächen schilderten.

Während dieser Zeit beschloß ich, selber einige Zeit auf einer Station zu arbeiten, um die Situation aus eigenen Beobachtungen kennenzulernen.

Im Juni des vergangenen Jahres bewarb ich mich bei der Gemeinde Wien um eine Stelle als Stationsgehilfe. Dabei kam mir der Umstand zugute, daß die Anstalt unter grossem Personalmangel leidet und ich daher nach einem kurzen Aufnahmegespräch mit dem Vorsteher des Pflegepersonals aufgenommen wurde.

Es schien mir wichtig, die normale Aufnahme-prozedur mit etlichen bürokratischen Hürden zu durchlaufen, ohne meine Absicht einer soziologischen Untersuchung preiszugeben, da mir dadurch der Zugang zu wichtigen Informationen verwehrt gewesen wäre. So wurde ich vom Pflegepersonal als "einer der ihren" behandelt und konnte gleichzeitig am eigenen Leib spüren, wie man zum Pfleger sozialisiert wird.

Ich arbeitete im Sommer 1980 sechs Wochen lang als Stationsgehilfe, wovon ich die ersten zwei Wochen mit einigen anderen Neuanfängern in einem "Musterpavillon" in die Grundbegriffe der pflegerischen Arbeit eingeschult wurde.

Die restlichen vier Wochen war ich dann auf "meinem" Pavillon, einer Männerstation mit etwa 40 Patienten tätig.

Die Stellung eines Stationsgehilfen ist die einer Hilfskraft, die das diplomierte Pflegepersonal in Routine-tätigkeiten wie Bettenmachen und Essenausteilen zu unterstützen hat. Für diese Tätigkeit ist keine medizinische oder pflegerische Vorbildung notwendig und wird auch kaum von jemanden mitgebracht.

Durch den drückenden Personalmangel, insbesondere an diplomiertem Personal, verrichten jedoch Stationsgehilfen in der Regel die gleiche Arbeit wie Diplompfleger oder -schwestern mit einer mehrjährigen Fachausbildung.

So mußte auch ich Medikamente austeilen und allein Nachtdienste versehen, obwohl mir jede fachliche Voraussetzung dazu fehlte.

Nach meiner Tätigkeit als Stationsgehilfe begann ich im Herbst vorigen Jahres wieder als Betreuer im Kommunikationszentrum zu arbeiten, wo ich durch intensive Gespräche mit Patienten den Großteil meiner Beobachtungen verifizieren konnte.

Der methodische Zugang

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, in der Tradition der verstehenden Soziologie die Lebenswelt der Geisteskranken in einer psychiatrischen Anstalt darzustellen.

Geleitet vom Grundkonzept des symbolischen Interaktionismus legte ich mein Hauptaugenmerk auf die soziale Situation und den daran Beteiligten (vgl. Falk u. Steinert, 1973).

Ich versuchte durch Beobachtungen und Interviews festzustellen, wer die jeweilige soziale Situation definiert, welches Alltagswissen hinter den jeweiligen Handlungen steht und welche Strategien von den Beteiligten verfolgt werden, um die soziale Situation zu ihrem Vorteil zu beeinflussen.

Die einzig gangbare Methode, die Lebenswelt der Patienten in diesem Sinne kennenzulernen, scheint mir die unstrukturierte teilnehmende Beobachtung (vgl. Blumer, 1973, S.101 ff).

Sie ermöglichte mir einen unverfälschten Zugang in die Welt der Patienten. Durch direkten und intensiven Kontakt mit ihnen gelang es mir, mich in ihre Lage zu versetzen, ihre Perspektive zu übernehmen und damit ihre Lebenswelt verstehen zu lernen.

1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER ANSTALTSPSYCHIATRIE IM WIENER RAUM

Die Stellung des Geisteskranken in der Gesellschaft war nicht immer dieselbe, sie hat sich im Laufe der Geschichte gewandelt.

Um die gegenwärtige Situation der psychiatrischen Anstalt am Steinhof verstehen zu können, ist es notwendig, ihr geschichtliches Gewordensein zu kennen.

Die heutige Struktur der Anstalt läßt sich als ein menschliches Konstrukt verstehen, indem sich Handlungsabläufe im Laufe der Geschichte zu Institutionen verfestigt haben (vgl. Berger u. Luckmann, 1980, S.56 ff).

1.1. Die Anfänge

Die ersten Ansätze zur spitalsmäßigen Unterbringung von Geisteskranken fanden sich schon zu Beginn des 17. Jhd., als das Wiener Bürgerspital reformiert wurde.

Im Jahre 1611 kam ein Polizeierlaß heraus, "wonach herumstreifende Irre und Epileptiker, sofern sie nicht Simulanten waren, ins Bürgerspital abzugeben waren." (Huber, 1932, S.20).

Freilich war der Begriff der Geisteskrankheit noch ein sehr undifferenzierter. Unter einem Epileptiker wird "ein hinfallendes Mensch" verstanden, die manisch Kranken sind "jene Unglücklichen, welche sich und anderen schaden wollen (und) durch kein Zureden zur Vernunft kommen." (a.a.O., S.21).

Die Isolierung der Irren wird damit begründet, daß von dem schrecklichen Anblick auch Gesunde anfällig werden könnten.

Die Behandlungsmethoden der Geisteskranken zu dieser Zeit unterscheiden sich nicht sehr von den allgemein üblichen Methoden in der Medizin.

Vor allem der Aderlaß war ein oft angewandtes Mittel, der vorzugsweise bei manisch Kranken durchgeführt wurde. Als Schlafmittel wurden größere Mengen von Opiaten gegeben, gegen die Epilepsie wurde eine Kampfermischung gefunden.

Van Swieten, der von Maria Theresia zum Direktor des österreichischen Medizinalwesens ernannt worden war, kritisierte bereits diese Methoden, da er erkannte, daß es durch den Aderlaß sehr oft zu Todesfällen kam. Sattdessen schlug er nicht weniger gefährliche Gewaltkuren vor.

"Gegen die Manie wie gegen die Melancholie sei ein vorzügliches Mittel ein längeres Untertauchen in Wasser! ... Man nehme den Kranken ja nicht zu früh heraus und lasse ihn am besten so lange unter Wasser, bis man den 'Psalm miserere' gebetet habe." (a.a.O., S. 22-23).

Solche und ähnliche Gewaltkuren waren noch bis in die Mitte des 19. Jhd. durchaus übliche Behandlungsmethoden.

Diesen ersten Versuchen einer Kontrolle der Geisteskranken kann aber keinesfalls gesellschaftliches Gewicht beigemessen werden.

Es wurde kaum zwischen Geisteskranken und den übrigen Armen unterschieden. Sie alle waren zum größten Teil in Klöstern untergebracht, bzw. gehörten überhaupt noch wie selbstverständlich als "Dorfnarren" oder "Dorftrotteln" zur Gemeinschaft.

1.2. Die Zentralisierung der Irren

Das gesellschaftliche Sichtbarwerden der Irren ist untrennbar mit der Entwicklung des Kapitalismus verbunden.

Erst die bürgerlichen Forderungen nach ökonomischer und politischer Freiheit schaffte das Bedürfnis

nach einer relativen Freisetzung verfügbarer Massen, wobei die Irren durch ihre "Unbrauchbarkeit" als gesellschaftliche Gruppe sichtbar wurden.

"... mit der Expansion des gesellschaftlichen Kriteriums der freien Arbeitsvertragsfähigkeit und der Leistungseffizienz (wurden) die Irren mit dem Stigma der sozialen Unbrauchbarkeit behaftet, es wurde auch das Irrationale, Unberechenbare, Störende der Irren in dem Maß als gefährlich und nach Sicherheit verlangend sichtbar, wie die Gesellschaftsordnung administrativ und ökonomisch rational, rechenhaft und empfindlich gegen Störungen sich organisierte." (Dörner, 1969, S.197).

Zuerst wurde dieser gesellschaftliche Umbruch in medizinischen Reformtendenzen in Wien durch Joseph II. sichtbar.

In den Jahren 1781-83, als er die Leibeigenschaft aufhob, kam er im Zuge der Sekularisierung von 700 Klöstern dem Brauch der Wiener Kapuziner auf die Spur, wahnsinnig gewordene Klosterbrüder nach erfolgloser Teufelsaustreibung auf Lebzeiten in unterirdischen Verliesen verschwinden zu lassen.

Als Joseph II. 1784 das Wiener Hauptspital bauen ließ, wurde diesem der Irrenturm angegliedert und damit gewissermaßen zum ersten Mal eine psychiatrische Abteilung innerhalb eines allgemeinen Krankenhauses geschaffen.

Mit der Errichtung des Irrenturms wird ein Prozeß der Zentralisierung der Geisteskranken eingeleitet.

Unter dem Gesichtspunkt der Kontrolle, möglichst viele Irre auf einen möglichst kleinen Raum, werden die verstreuten Lager aufgelöst und stattdessen Zentrallager geschaffen.

Diese erste Phase der Anstaltspsychiatrie dauerte bis in die Mitte des 19. Jhd. an.

1.3. Reformen im 19. Jhd.: Vom Verwahrungslager zur bürokratisch organisierten Anstaltspsychiatrie

Die einschneidende Veränderung von den reinen Verwahrungslagern zum Modell für die bürokratisch organisierte Anstaltspsychiatrie setzte zuerst in Frankreich mit der französischen Revolution ein.

Pinel, der selber Beamter war, verstand Freiheit nur als administrativ organisierte und reformierte dementsprechend die psychiatrischen Anstalten.

Die innere polizeiliche Ordnung und die Behandlung stehen in unmittelbarem Zusammenhang. "Eine bis auf die Minute invariable Ordnung des Tagesablaufs wird administriert. Eine große Zahl von Wärtern muß ständig im Einsatz sein, um den Patienten auch ohne Worte zu demonstrieren, daß sein Toben, seine Gewalttätigkeit und sein Widerstand keine Erfolgsaussichten haben..." (a.a.O., S.160).

Die souveräne Übermacht der Administration mit ihren ärztlich kontrollierten Strafmöglichkeiten steht im Vordergrund.

Gleichzeitig entsteht in England in den ersten vier Jahrzehnten des 19. Jhd. das sogenannte "Non-Restraint System", das für die gesamte europäische Psychiatrie im 19. und 20. Jhd. bestimmend werden sollte.

Das Prinzip dieses Systems ist die Verbindung von größtmöglicher Freiheit und effektiver Überwachung. Der unruhige Patient sollte sich austoben können und damit zu einem inneren Ausgleich kommen, die Polsterzelle ersetzte zunehmend alle früheren Zwangsinstrumente.

Damit wird das klassisch liberale Modell der uneingeschränkten Freiheit auch in der Psychiatrie wirksam. An die Stelle des Zwangs tritt die Organisation. Für alle Einzelheiten werden Regeln erlassen, Register geführt und Statistiken ausgearbeitet. Der Zwang ist unsichtbar

geworden, er etabliert sich im hygienischen Reglement und in der sozialen Organisation (vgl. a.a.O., S.112 f).

Im deutschen Raum könnendiese Ideen erst viel später Fuß fassen.

Die große Wende kam erst 1848 mit der revolutionären Bewegung, die auslösende Funktion hatte.

Jetter erklärt die Verspätung im Donauraum mit der "Loyalität der Irrenärzte als Staatsdiener gegenüber den geheiligten Dynastien und dem monarchischen Prinzip" (Jetter, 1971, S.196), sie konnten daher den liberalen englischen und französischen Ideen nur ablehnend gegenüberstehen.

Mit der Errichtung der Landesirrenanstalt in Wien im Jahre 1853 gelang der endgültige Durchbruch zum englischen und französischen Modell.

Es wurde die Erkenntnis berücksichtigt, daß Irrsinnige als Kranke zu betrachten und auch als solche zu behandeln sind.

Die Kritik an den untragbaren Raumverhältnissen des Irrenturms führten zur Errichtung der Landesirrenanstalt. Im Jahre 1864 ist durch ein Gesetz die Verwaltung des Irrenfonds an die Landesvertretung übergegangen. Für die Irrenpflege war ab jetzt der Landtag maßgebend, der sofort eine Anzahl von Reformen einleitete. Es wurde die Auflassung des Irrenturms beschlossen und für die dortigen Kranken ein Spitalsgebäude in Klosterneuburg angekauft.

In der zweiten Hälfte des 19. Jhd. wird mit Hilfe der Sozialgesetzgebung eine Integration der Arbeiterklasse in den bürgerlichen Staat erreicht. Gleichzeitig verschwinden jene Teile der Bevölkerung, die sich am wenigsten artikulieren und organisieren können, in Irrenhäusern und Gefängnissen. Die Anstalten überfüllen sich.

Die Umwandlung der bloßen Verwahrungslager in Heilanstalten, wo heilbare Geisteskranke wieder dem kapitalistischen Verwertungsprozeß zurückgegeben werden sollen, wird zur gesellschaftlichen Notwendigkeit.

Man differenziert vorerst zwischen Pflegeanstalten, die reine Verwahrungslager bleiben (zu denen auch die Siechenanstalten und Armenhäuser zu zählen sind) und Heilanstalten, in denen nur heilbare Kranke aufgenommen werden. Nach dem Gesetz von 1864 fällt die Versorgung der heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken den Ländern, die Verpflegung der unheilbar harmlosen Geisteskranken jedoch den Gemeinden zu.

1.4. Psychiatrische Wissenschaft als Legitimationssystem

Zur gleichen Zeit wird die Psychiatrie zu einer anerkannten Wissenschaft im Sinne der herrschenden naturwissenschaftlich positivistischen Orientierung.

Die Zwangsmaßnahmen in den Anstalten werden allmählich abgeschafft, an deren Stelle tritt die Arbeitstherapie nach dem Vorbild des "Non-Restraint System". Entsprechend der Etablierung des gesellschaftlichen Wertes der Arbeit erkennt man auch in der Psychiatrie "die heilsame Wirkung der geregelten Tätigkeit" als wesentliches Mittel der Reintegration von geistig Kranken.

In der Theorie setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, daß die Trennung in heilbare und unheilbare Kranke problematisch ist, außerdem werden auch Hirn- und Nervenkrankheiten zunehmend zum Bereich der psychischen Erkrankungen gezählt.

In der Anstaltspsychiatrie wirkte sich das so aus, daß man dazu überging, die Heil- und Pflegeanstalten unter eine gemeinsame organisatorische Leitung zu stellen.

Die bisherige Differenzierung in Heilbare und Unheilbare wurde durch die bis heute üblichen Begriffe des akuten und chronischen Krankseins ersetzt.

Das neue Modell der Anstaltspsychiatrie ist eine Kolonie, die aus einer Heil- und Pflegeanstalt besteht und in der außerdem durch einen integrierten Landwirtschaftsbetrieb und verschiedene Handwerksberufe genügend Möglichkeit für die Betätigung der Kranken gewährleistet ist.

Diese Veränderungen in der Psychiatrie entsprangen ökonomischen Notwendigkeiten.

Durch die zunehmende Verelendung im Zuge der Industrialisierung kam es zu untragbaren Überfüllungen der Anstalten. Eine bloße Verwahrung der rasch steigenden Zahl von Kranken wurde unmöglich. Es mußte versucht werden, einen Teil wieder als produktive Arbeitskräfte der Gesellschaft zurückzugeben.

Die Zusammenlegung der Heil- und Pflegeanstalten unter eine gemeinsame organisatorische Leitung brachte wesentliche Ersparnisse im personellen Bereich. Durch die Arbeitstherapie war es möglich, die Versorgung der Anstalt durch unbezahlte Arbeit zu entlasten (vgl. Weiss, 1978, S.50 f).

1.5. Die psychiatrische Anstalt am Steinhof

1.5.1. Architektur und bürokratische Organisation

Die bauliche Struktur und die bürokratische Organisation hat wesentlichen Einfluß auf menschliches Handeln und bestimmt bis heute die Situation der Geisteskranken am Steinhof entscheidend.

Im Jahre 1898 wurde einem Antrag stattgegeben, daß zukünftig die Versorgung auch der unheilbar Geisteskranken durch das Land getragen wird und "daß in Hinkunft jede öffentliche Irrenanstalt in Niederösterreich aus einer Heilanstalt, aus einer Pflegeanstalt und aus einer Kolonie zu bestehen habe." (Gerenyi, 1907, S.7).

Auf grund dieses Antrags wurde 1902 die Errichtung einer Heil- und Pflegeanstalt und eines Sanatoriums für vermögende Kranke mit zusammen 2000 Betten als Ersatz für die aufgelassene Irrenanstalt Wien genehmigt. Es sollte auf lange Zeit hinaus eine Zentralisierung der Geisteskranken in einer einzigen Anstalt vorgenommen werden, um die Verwaltungskosten zu verringern.

Diese "Landes- Heil- und Pflegēanstalt für Geistes- und Nervenranke am Steinhof" wurde als damals größte psychiatrische Anstalt Europas im Jahre 1907 eröffnet.

Sie wurde nach den damals modernsten Richtlinien als eine Kolonie aus einer Gruppe von einfach gebauten Pavillons "im Stile von Landhäusern" gebaut. Für die Arbeitstherapie war ein eigener landwirtschaftlicher Betrieb und eine Gärtnerei, sowie ein Werkstättenhaus mit einer Anzahl von Werkstätten wie Schlosserei, Tischlerei, Buchdruckerei u.a. vorgesehen.

Da man von vornherein mit einer Erhöhung der Krankenzahl rechnete, wurde die Anstalt so gebaut, daß man bei einem Stand von 2200 Betten einen Überbelag bis zu 3000 Kranke ohne Beeinträchtigung des hygienischen Zustandes zulassen konnte.

Die Errichtung eines Sanatoriums für wohlhabende Kranke, das räumlich vom übrigen Komplex getrennt war, wurde mit "der Bedachtnahme auf die Anschauungen der vermögenden Bevölkerungskreise, welche gewiß nicht dazu zu bewegen wären, ihre Angehörigen gegen Bezahlung einer höheren Verpflegungsgebühr in einer Anstalt unterzubringen, in welcher sie mit den auf öffentliche Kosten Verpflegten ständig in Verkehr stehen." (a.a.O., S.8) begründet.

Den damals schon geäußerten Bedenken an der effektiven Leitung eines solch riesigen Komplexes wurde durch eine "besondere Organisation des ärztlichen Dienstes" begegnet. Die Leitung aller drei Anstalten (Heil-, Pflegeanstalt und Sanatorium) wurde einem Direktor übertragen, der gleichzeitig als Chefarzt fungierte. Ihm waren vier Primärärzte, zwei für die Heilanstalt (Männer- und Frauenabteilung), einer für die Pflegeanstalt und einer für das Sanatorium direkt unterstellt, denen dann wieder Abteilungsärzte für die einzelnen Pavillons zugeteilt wurden.

Durch die Einführung mehrerer hierarchischer Ebenen meinte man, den "ärztlichen Vorständen die Übersicht über die einzelnen Kranken jederzeit zu ermöglichen, ... so kann eine Irrenanstalt... so ziemlich ins Unge- messene ausgedehnt werden."(a.a.O., S.8)

Die organisation der psychiatrischen Anstalt am Steinhof mit 18 Ärzten und über 100 Verwaltungsbeamten (vgl. Schlöss, 1907, S.28-36) kommt dem bürokratischen Idealtypus Max Webers sehr nahe (Weber, 1976, S.551-556).

Man erkannte zwar den Vorteil einer bürokratischen Organisation für die effiziente Leitung solch riesiger Anstalten, sah aber nicht, daß der Patient damit zum "Krankenmaterial" entmenschlicht wurde. Gerade diese Problematik strukturiert bis heute noch wesentlich den Alltag des Patienten auf der Station (vgl. Kap. 3.2.).

1.5.2. Die Entwicklung bis zum 2. Weltkrieg

Die Entwicklung der Anstalt verläuft bis zum Beginn des ersten Weltkrieges mit einer kontinuierlichen Erhöhung des Patientenstandes ziemlich ruhig. Die plötzliche Einberufung zur Kriegsdienstleistung der Mehrzahl der Ärzte, Pfleger und Beamten verschlechtert die Lage

schlagartig. Die Versorgung wurde fast ausschließlich von weiblichen Hilfskräften übernommen, die damals in großer Zahl aufgenommen wurden.

Eine feindliche Hungerblockade verursachte zwischen 1916 und 1918 ein großes Massensterben, wobei der Patientenstand von knapp 4000 bis auf 2290 sank.

Die Anstalt litt während der Kriegsjahre an kollossaler Überfüllung, da sie von Flüchtlingen aus Galizien überschwemmt wurde.

Die erste einschneidende Veränderung im organisatorischen Bereich erfolgte 1921 mit der Schaffung eines eigenen Bundeslandes Wien. Die Anstalten Steinhof und Ybbs kamen zum Land Wien. Die Angestellten aller Kategorien mußten in das Gehaltsschema der städtischen Angestellten eingereiht werden.

Eine der ersten Verfügungen der neuen Oberleitung war die Auflassung des Sanatoriums aus Kostengründen. Der ganze Komplex wurde in eine Lungenheilstätte umgewandelt und blieb mit der psychiatrischen Anstalt nurmehr durch die technische Betriebsleitung verbunden.

Im selben Jahr wurde auch eine Trinkerheilstätte eingerichtet, um die steigenden Alkoholikerzahlen institutionell unter Kontrolle zu bringen.

1.5.3. Überfüllung vom Beginn bis zur Gegenwart

Die Geschichte der Anstalt am Steinhof ist durch ständige Überfüllung geprägt.

Von 1908-16 stieg der Patientenstand von 2181 auf 4056, nach der Hungerblockade erhöhte sich der Stand von 2009 Ende 1919 bis zum Maximum von 4275 Anstaltsinsassen im Jahr 1939.

Im Jahre 1940 wurden im Zuge der faschistischen Endlösung nicht weniger als 3200 Geisteskranke euthanasiert (alle

Zahlen aus Podhajsky, 1959, S.347). Die dadurch freigewordenen Pavillons wurden nicht zur besseren Unterbringung, sondern zur Verlegung fremder Institute in die Anstalt verwendet.

Über die Situation der Geisteskranken im 3. Reich liegt wenig schriftliches Material vor. Einen guten Einblick in den psychiatrischen Alltag im Nationalsozialismus gibt Blasius (Blasius, 1980, S.155 ff).

Ab 1945 war man durch das enorme Ansteigen der Einweisungen bestrebt, die verlorengegangenen Pavillons wieder zurückzugewinnen.

Diese Zunahme der Einweisungen war in erster Linie auf den starken Zuwachs von Alterspsychosen und Alkoholikern zurückzuführen, was die damalige Nachkriegssituation widerspiegelt. Denn die Ursachen hierfür sind vor allem "in den gedrängten Wohnverhältnissen, in der Vereinsamung alter Leute und in der Ermangelung von Geistessiechenanstalten in den Altersheimen zu suchen." (Podhajsky, 1959, S.347).

1.5.4. Strukturelle Veränderungen durch die Entdeckung der Psychopharmaka

Anfang der fünfziger Jahre löst die Entdeckung der Psychopharmaka eine entscheidende und bis in die Gegenwart reichende strukturelle Veränderung der Anstaltspsychiatrie aus.

Zum ersten Mal gelingt es, unter Einsatz dieser Medikamente die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für einen Großteil der Patienten entscheidend zu senken. Allerdings gingen die Aufnahmeziffern ebenfalls rapid in die Höhe. Viele früh entlassene Patienten kamen bald wieder in die Anstalt zurück.

Für die Arzt - Patienten Beziehung bedeutete es den endgültigen Durchbruch des körpermedizinischen Therapiemodells, das sich schon in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts durch die Entdeckung der Malaria-therapie (1917) und der Elektroschocktherapie (1937) durchzusetzen begann.

Der Arzt verabreicht auf grund einer Diagnose dem Kranken das entsprechende Medikament. Die Diagnose wird aufgrund der Krankengeschichte gestellt (vgl. Kap. 4.2.2.). Der Kontakt zwischen Arzt und Patient wird damit auf ein Minimum an Zeit reduziert (vgl. Kap. 4.4.).

Der Lärm, das Toben und das Schreien der Patienten auf der Station wird von einer nahezu unheimlichen Stille abgelöst. Man erkennt die dämpfende Wirkung der Psychopharmaka und setzt sie dementsprechend ein (vgl. Kap. 3.5.1.).

Weiss macht diese Phase der Entwicklung für die Herausbildung von zwei verschiedenen Patientengruppen verantwortlich. Eine, die relativ kurze Zeit in Anstaltsbehandlung bleibt, jedoch oft und bald wieder eingewiesen wird ("Drehtürpsychiatrie"). Eine zweite, die sehr lang in der Anstalt bleibt und meist auch hier stirbt (vgl. Weiss, 1978, S.55).

1.5.5. Die Änderung der rechtlichen Lage

Zu Beginn der sechziger Jahre wird im Zuge einer allgemeinen Reform die psychiatrische Anstalt in den Status eines Krankenhauses gehoben, was gewisse rechtliche Konsequenzen mit sich brachte.

Der psychiatrische Patient erhält den Rechtssatus eines Kranken, wodurch die Krankenkasse in den ersten sechs Wochen des Aufenthalts zahlungspflichtig wird.

Dadurch wurde ebenfalls eine Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer erreicht. In der Statistik zeigt sich eine deutliche Erhöhung der Entlassungen während der ersten sechs Wochen.

Trotzdem stieg der Patientenstand bis Ende 1976 kontinuierlich auf über 3100, was nur durch die hohe Wieder- einweisungsrate erklärbar ist (zur Entwicklung des Patientenstandes von 1949-76 vgl. Forster u. Pelikan, 1978a, Bd.2, S.310). Die Überfüllung der psychiatrischen Anstalt am Steinhof ist bis zur Gegenwart aktuell geblieben.

1.5.6. Der Steinhof heute

Die gegenwärtige Struktur der Anstalt ist im wesentlichen das Produkt der Entwicklung der vergangenen dreißig Jahre.

Erst in den letzten Jahren zeigen sich Ansätze einer institutionellen Veränderung, die als Antwort auf die allgemeine Psychiatriekritik und sozialpsychiatrische Forderungen zu verstehen ist (vgl. Weiss, 1978, S.55).

Die neueren sozialpsychiatrischen Tendenzen zielen auf eine schrittweise Wiedereingliederung des psychisch Kranken in die Gesellschaft der "Normalen".

Für die Praxis bedeutet das dezentrale, gemeindenahere Versorgung bzw. eine Normalisierung der Lebensverhältnisse in psychiatrischen Krankenhäusern (vgl. Zielplan, 1979, S.53-67).

Im Zuge dieser Forderungen wurde am Steinhof in zwei Pavillons die Geschlechtertrennung aufgehoben und zwei Kommunikationszentren eingerichtet, in denen die Patienten in einer Art Kaffeehausatmosphäre einen Freiraum zur Selbstbestimmung bekommen sollen.

Diese Einrichtungen kommen derzeit aber nur einer Minder-
heit von Patienten zugute. Für die Mehrzahl bedeutet
psychisch krank Sein Eingeschlossensein, dem eintönig
täglich sich wiederholenden Stationsalltag ausgeliefert
sein (vgl. Kap. 3.1.).

1.6. Zusammenfassung

Die Darstellung der historischen Entwicklung sollte
verdeutlichen, daß die gegenwärtige Struktur der psy-
chiatrischen Anstalt als Produkt eines geschichtlichen
Entwicklungsprozesses zu verstehen ist.

Zusammenfassend sollen die wichtigsten historisch ge-
wordenen Strukturelemente genannt werden, die den gegen-
wärtigen Stationsalltag bestimmen:

- ~~- die unüberschaubare bürokratische Organisation~~
- die Überfüllung und materielle Unterausstattung der
Stationen (vgl. Forster u. Pelikan, 1978 a, Bd.1, S.21ff)
- das Vorherrschen des körpermedizinischen Therapie-
modells
- die überholten rechtlichen Grundlagen, die den Kranken
noch immer als gefährlich und daher zu Verwahrenden
definieren.

Wie sich diese historischen Randbedingungen auf die
gegenwärtige Situation der Geisteskranken auswirken,
soll in den folgenden Kapiteln im Detail sichtbar werden.

2. DER WEG IN DIE PSYCHIATRISCHE ANSTALT

2.1. Theoretische Überlegungen

Die Aufnahme in die psychiatrische Anstalt ist ein entscheidender Wendepunkt im Leben eines Menschen, weil er dadurch zu einem Geisteskranken "gemacht" wird. Erst durch die Einweisung wird ihm die soziale Rolle des Geisteskranken zugeschrieben (vgl. Kap. 5.2.).

"Geisteskrankheit ist anscheinend ein Zustand, der Menschen befällt, die in eine Heilanstalt gehören, aber bevor sie dorthin gelangen, ist beinahe alles, was sie tun, normal." (Elaine u. Cumming, zitiert in Goffman, 1972, S.128).

Soziologisch sind daher unter Geisteskranke jene Menschen zu verstehen, die durch die Einweisung in eine psychiatrische Anstalt eine Änderung ihres sozialen Schicksals erfahren (vgl. a.a.O., S.128).

Was führt dazu, daß jemand in die psychiatrische Anstalt aufgenommen wird?

Um das zu erfahren, muß man nach den persönlichen Lebensumständen innerhalb der persönlichen Entwicklung eines Menschen fragen.

Psychische Krankheit ist soziologisch als ein Karriereprozeß aufzufassen, indem personen- und situationsspezifische Entstehungsbedingungen maßgebend sind (vgl. Forster u. Pelikan, 1977 a, S.29).

2.2. Die Karriere zum Geisteskranken

Die folgende Darstellung einer Karriere zeigt, welche Verkettung von Lebensumständen in die Psychiatrie führen können.

Es ist mir sehr selten gelungen, die persönliche Geschichte von Patienten zu erfahren. Sie reden sehr ungern über ihr Schicksal, das ja ein Schicksal des Scheiterns ist (vgl. Goffman, 1972, S.70 f).

Es bedarf einer nahezu freundschaftlichen Beziehung zu einem Patienten, um etwas über sein Leben zu erfahren.

2.2.1. Robert K. - Eine Karriere zum Geisteskranken

Robert erzählte mir in mehreren langen Zusammenkünften aus seinem Leben. Unser freundschaftlicher Kontakt reichte über die psychiatrische Anstalt hinaus.

Robert schildert, wie es zur ersten Einweisung kam:

"Mein Vater ist Hilfsarbeiter, er hat früher am Volkstheater in der Werkstatt gearbeitet, derzeit ist er am Münzamt. Meine Mutter war Bedienerin, sie ist 1978 plötzlich an Gehirnschlag gestorben.

Wir haben es nicht gut gehabt. Meine Eltern sind von der Arbeit heimgekommen, haben dann schnell etwas gekocht für uns und sind dann wieder in die Firma, wo meine Mutter gearbeitet hat, aufräumen gegangen. Der Chef hat zu meiner Mutter gesagt 'wenn's was dazuverdienen wollen, kommen's am abend aufräumen. Auf Sie ist Verlaß, Sie machen das ordentlich'. Da sind sie meist erst gegen Mitternacht nach Haus' gekommen.

Ich habe Koch gelernt und bin gleich nachher zum Bundesheer gegangen. Mein Chef wollte mich nachher sofort wieder einstellen, ich bin aber ins Sacher gegangen, wo ich ein halbes Jahr war. - Beim Bundesheer hab' ich auch meine Freundin kennengelernt. - Danach bin ich in ein anderes Restaurant. Der dortige Kellner hat mich in das Wiener Nachtleben eingeführt. - Das ganze war irgendwie durch den Beruf bedingt, man arbeitet bis in die Nacht hinein und treibt sich dann in den Bars herum.

Einmal hat mich mein Vater mit 12 000 S aus einer Bar ausgelöst. Ich habe die ganze Runde ausgehalten und hab' dann nicht mehr zahlen können. Ein anderes Mal bin ich mit 9 000 S nach Hamburg gefahren und hab' von dort angerufen 'bitte holt's mich von da'. Mein Vater hat mich mit meinem Onkel dann geholt. Der war ziemlich sauer damals.

Man sieht die Barbesitzer, die eleganten Burschen, und möchte dann auch so sein. Dann haut man halt auf den Tisch und spielt den großen Herrn. - Dabei ist mir immer wieder das Geld ausgegangen. Einmal hab' ich sogar eine wertvolle Halskette von meiner Mutter versetzt, nur um zu Geld zu kommen.

Nach einem Jahr hat mir der Chef gesagt, daß ich gehen kann. Gleichzeitig hat mich meine Freundin verlassen.

Das ist mir dann zuviel geworden. Ich hab' mich angesoffen und wollte mich umbringen. Ich hab' nicht mehr aus können! - Die Ratte ist ein ängstliches Tier, Sie läuft vor dem Menschen davon. Wenn du sie aber im Keller in ein Eck treibst, wenn sie nicht mehr aus kann, springt sie dich an und beißt dich. - Genauso ist es bei den Menschen. Wenn sie eine Situation nicht mehr packen (bewältigen), drehn sie durch, sie machen eine Kurzschlußhandlung."

Die Krankengeschichte gibt diese Biographie in sehr verkürzter Form wieder. Dabei geht es vor allem um den Nachweis der Selbst- oder Fremdgefährlichkeit (vgl. Kap. 2.3.3.), wie die Notiz zur ersten Einweisung zeigt: Robert K. (22 Jahre) lernt beim Bundesheer ein Mädchen kennen, die ihn wegen des Trinkens verläßt. Er wird von seiner Familie verstoßen, weil er sie enttäuscht hat. Er begeht einen Selbstmordversuch. Diagnose - Selbstgefährdung.

Robert berichtet, wie es zu den weiteren Einweisungen kam:

"Wie ich dann wieder hinausgekommen bin, war ich ganz alleine. - Nach Hause konnte ich nicht mehr gehen. - Ich hab' ja eine Wohnung im 10. Bezirk, aber Geld hab' ich keines gehabt. Das hab' ich auch nicht lange ausgehalten. Ich hab' bei der Polizei angerufen und gesagt 'ich bring mich um!'. Dann hab' ich meinen Messersatz auf dem Tisch ausgebreitet (als Koch hat man ja sowas), damit sie mir das auch glauben. So bin ich wieder heraufgekommen.

Wie ich wieder hinausgekommen bin, bin ich zum psychohygienischen Dienst gegangen. Die Adresse hab' ich von der Ärztin vom Steinhof bekommen. - Die Therapeutin dort hat immer nur gesagt 'mhm, ja ja, aha', sonst nichts. Sie hat mir wieder einen Termin für Montag gegeben, ich bin aber nicht mehr hingegangen.

Am Mittwoch bin ich dann aufs Arbeitsamt. Ich war für halb Acht bestellt, der Beamte war um halb Zwölf immer noch nicht da. Da hab' ich eine Mordswut bekommen, bin auf den Steinhof gefahren, hab' im Wirtshaus (gegenüber der Anstalt) drei Vierteln und einen G'spritzten getrunken und bin dann freiwillig zur Aufnahme."

In der Krankengeschichte steht dazu die kurze Eintragung: K. ist völlig allein, er würde eine feste therapeutische Beziehung brauchen. Es wird eine Heimhilfe für ihn angefordert, die Kontakt zu ihm haben soll.

Robert erzählt, wie er seine Zukunft sieht:

"Ich bleib' jetzt solange da (in der Anstalt), bis ich im 13. oder 14. Bezirk eine Wohnung bekomm'. Meine Freunde im 10. gehen mir schon auf den Wecker. Außerdem schauen mich die Nachbarn schon schief an, weil schon zweimal die Polizei bei mir war. Ich will dorthin, wo mich keiner kennt!"

Eine Arbeit brauch' ich auch, aber es ist fast hoffnungslos. Überall verlangen sie ein polizeiliches Führungszeugnis. Ich habe eine Vorstrafe und in den letzten zwei Jahren hab' ich nicht mehr gearbeitet. - Die werden mich fragen, wo ich solange war. Sie kommen drauf, daß ich am Steinhof war, dann schmeißen sie mich erst recht hinaus. Das ist mir schon fünfmal passiert jetzt. - Außerdem halt' ich die Arbeitsanforderungen sowieso nicht lange aus. Wenn ich meine Rente bekomm' ist sie in zwei oder drei Tagen versoffen."

2.2.2. Interpretation und Schlußfolgerung

Robert führt nach seinen Worten ein ganz normales Leben, bis er, durch seinen Beruf bedingt, in die Kreise des Wiener Nachtlebens stößt. Er beginnt zu trinken, macht sich durch kleinere Diebstähle straffällig und wird durch seinen Lebenswandel von seiner Familie verstoßen.

Zum entscheidenden Wendepunkt in seinem Leben kommt es durch die Verkettung von zwei unglücklichen Ereignissen. Er wird gekündigt, gleichzeitig verläßt ihn seine Freundin. Dies treibt ihn zum ersten Selbstmordversuch, er kommt das erste Mal in die Anstalt. Dadurch wird er von seiner Umgebung zum Geisteskranken gestempelt, nach seiner Entlassung ist er allein. Seine Belastungsfähigkeit ist dadurch stark in Mitleidenschaft gezogen, er bewältigt normale Arbeitsanforderungen nicht mehr und kommt freiwillig auf den Steinhof.

Mit jeder neuen Aufnahme verdichtet sich seine Lebenssituation immer mehr zu einem Teufelskreis, aus dem es kaum mehr einen Ausweg gibt.

Er hat keine Freunde, bekommt keine Arbeit und flüchtet immer mehr in den Alkohol. Seine einzigen Sozialkontakte hat er in der Anstalt, sie wird immer häufiger Zufluchtsort vor einem unbewältigbaren Alltag.

Die Karriere Roberts scheint ein typisches Schicksal zu sein, wie auch die Geschichte von Ida H. zeigt (Kofler, 1978).

Für viele bedeutet der erste Aufenthalt in der Psychiatrie den Ausschluß aus der Gesellschaft (vgl. Kap. 5.2.). Sehr oft landen sie dann wieder in der Anstalt, die zur letzten Zufluchtsstätte wird.

Ein Teufelskreis, der sich zu einem nahezu unentrinnbaren Schicksal verdichtet.

Im folgenden ist für uns vor allem jener entscheidende Wendepunkt in der Karriere interessant, wo der Betroffene durch die Aufnahme in die psychiatrische Anstalt öffentlich mit dem Stigma Geisteskrankheit behaftet wird, wo er für "jedermann" zum Geisteskranken wird (vgl. Kap. 5.2.).

Dementsprechend steht in den folgenden Darstellungen die aktuelle Situation, die zur Aufnahme führt, im Vordergrund.

Das Material stammt aus Krankengeschichten, zu denen ich während meiner Tätigkeit als Stationsgehilfe Zugang hatte, und aus persönlichen Gesprächen mit Patienten.

2.3. Die Zwangseinweisung - Gesetz und soziale Realität

Soziale Wirklichkeit ist keine objektiv vorgegebene Welt, sondern sie ist "gemachte" Wirklichkeit. Je nach der Position und den Interessen einer gesellschaftlichen Gruppe existieren verschiedene Wirklichkeiten und werden soziale Situationen verschieden definiert.

Bei der aktuellen Situation, die zur Zwangseinweisung führt, stoßen zwei sich widersprechende Wirklichkeiten aufeinander, die Interpretation der Polizei und die Sicht des Betroffenen selber, wie in diesem Abschnitt zum Ausdruck kommt.

Am Steinhof sind etwa 90% aller Patienten zwangsweise eingeliefert, was auch dem gesamtösterreichischen Anteil entspricht.

Es scheint plausibel, daß dafür die gesetzliche Regelung eine wesentliche Rolle spielt. In Österreich ist die Zwangseinweisung Sache der Polizei bzw. der Amtsärzte. In England z.B., wo sie nur von Sozialarbeitern durchgeführt wird, liegt der Anteil etwa bei 16% (Zahlen aus Weiss, 1977, S.48). Die Polizei als Zwangseinweiser ist daher wesentlich für diesen hohen Anteil verantwortlich zu machen (vgl. Kap. 2.4.2.).

2.3.1. Die gesetzliche Lage: Selbst- und Fremdgefährdung

Die zwangsweise Aufnahme von Geisteskranken ist im österreichischen Krankenanstaltengesetz (KAG) folgendermaßen geregelt:

"(1) In einer Krankenanstalt für Geisteskranke dürfen zwangsweise nur solche Personen aufgenommen werden, für die eine Bescheinigung (Parere) beigebracht wird, wonach anzunehmen ist, daß die aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet. Eine solche Bescheinigung muß vom Amtsarzt der für den Aufenthaltsort der aufzunehmenden Person zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde ausgestellt sein. Sie darf nicht älter als eine Woche sein.

(2) Einer Bescheinigung im Sinne des Abs. 1 bedarf es nicht, wenn Personen von einem Gericht eingewiesen oder

von einer öffentlichen Krankenanstalt überstellt werden und in diesem Falle aus den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte hervorgeht, daß die Überstellung wegen Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen notwendig ist."(KAG, §49)

Laut Gesetz dürfen also ausnahmslos nur solche Personen zwangseingewiesen werden, die ihre eigene oder die Sicherheit anderer Personen gefährden.

2.3.2. Die soziale Realität

Im folgenden sollen Situationen geschildert werden, die zur Zwangseinweisung führten.

Fast in allen Fällen, wo ich die Möglichkeit hatte, die Situation auch von den Betroffenen selber zu erfahren, stellten sich Unterschiede zur Darstellung in der Krankengeschichte heraus.

Frau B. (etwa 60 Jahre) steht mit einem Koffer auf dem Gehsteig und beschimpft Kreisky lautstark. Die Nachbarn verständigen die Polizei. Sie wird aufs Kommissariat gebracht, verhört und vom Polizeiarzt untersucht.

Diagnose - Spricht unzusammenhängende Sätze, droht Kindern aus der Nachbarschaft mit dem Umbringen. Verdacht auf Fremdgefährdung!

Frau B. erzählt mir, sie wollte nach 35-jährigem Aufenthalt in Wien nach Worms fahren, um ihre Erbschaft einzulösen. Als sie auf das Taxi wartet, erscheint die Polizei, die ihr sagt, Kreisky wolle sie sprechen, sie solle mitkommen. Auf der Polizei sei sie verhört und anschließend dem Arzt vorgeführt worden, den sie einen "langharrigen Rotzbuben" genannt und ihm vorgeworfen habe, daß er alkoholisiert sei. Der Arzt hätte ihr dann entgegnet, daß vielmehr sie alkoholisiert sei, was sie bestritten habe. Sie habe ihm dann gesagt, daß sie

"mit so einem Bülcher überhaupt nicht redet". Daraufhin sei sie hierher (Steinhof) gebracht worden.

Frau B. meint, daß sie von ihrem Sohn mit Erfolg daran gehindert werde, ihre Erbschaft einzulösen. Sie wolle nämlich ihre Enkelkinder beerben und verstehe sich mit ihrem Sohn nicht.

Herr M. (ca. 30 Jahre, Jugoslawe) erscheint in der Ambulanz im Josefsspital in alkoholisiertem Zustand mit einer Verletzung am Unterarm. Er wird mit der Diagnose in die Anstalt überstellt - Selbstmordversuch im Rausch!

Herr M. berichtet, er habe sich bei seiner Geburtstagsfeier mit einem zerbrochenen Gläs in die Hand geschnitten. Auf Drängen seiner Frau sei er ins Josefspital gegangen, wo er selber beschäftigt ist. Die untersuchende Ärztin habe gemerkt, daß er betrunken sei und daraufhin mittels Parere nach Steinhof einliefern lassen. Diese Ärztin schicke jeden ausnahmslos dorthin, wenn sie merkt, daß dieser betrunken ist. Es sei ein reiner Bosheitsakt gewesen, die Diagnose hätte keinen Boden. Er selber habe Zugang zu allen Medikamenten, wenn er wirklich Selbstmord machen wollte, täte er es sicher anders.

Kurt R. (etwa 50 Jahre). Vorstrafen, daher keine geregelte Dauerarbeit. Er tobt und schreit zu Hause und droht mit dem Umbringen. Er wirft ein Fenster in den Hof hinunter. Diagnose - Verdacht einer Psychose mit Gefährdung seiner Umwelt!

Kurt R. erzählt, er habe Streit mit seiner Schwester gehabt, bei der er schon längere Zeit gewohnt habe. Es habe sich um den Freund seiner Schwester gedreht, der sie finanziell und auch sonst nur ausnütze. Darüber hätten sie wieder einmal gestritten. In seiner Wut habe er das Fenster ausgehängt und es in den Hof hinuntergeschmissen. Daß seine Schwester die Polizei verständigen würde, hätte

er nicht ahnen können, sonst wäre er bei einem Freund untergetaucht und man hätte ihn nie erwischt.

2.3.3. Legitimation der Zwangseinweisung durch die Definition zur gefährlichen Person

Während die Darstellung in der Krankengeschichte darauf ausgerichtet ist, den Betroffenen in jener Situation als eine sich selbst oder andere Menschen gefährdende Person darzustellen, sieht der Betroffene selber seine Zwangseinweisung meistens als Unrecht an, an dem ihn selbst keine Schuld trifft (vgl. Goffman, 1972, S.70).

Es existieren also zwei Interpretationen einer Situation, die nicht miteinander identisch sind. Die Krankengeschichte, wo es sich um eine Schuldzuschreibung von Personen handelt, die sich von dem Betroffenen gefährdet fühlen und die persönliche Schilderung des Betroffenen selber.

Problematisch in diesem Zusammenhang ist, daß nur die Darstellung in der Krankengeschichte als einzig wahre Interpretation akzeptiert wird. Die widersprechende Schilderung des Betroffenen wird von vornherein als "subjektive" Lüge definiert.

Die Definitionsmacht des Polizeiarztes als Vertreter einer öffentlichen Institution ist in jedem Fall größer und wird als allein gültige "objektive" Wahrheit von der Institution Psychiatrie unhinterfragt übernommen.

Allein an dieser Interpretation richtet sich die Sicht der Ärzte und des Pflegepersonals vom Kranken aus, was für die Behandlung des Betroffenen weitreichende Konsequenzen nach sich zieht (vgl. Kap. 4.2.3.).

2.4. Die Polizei als Zwangseinweiser

Die Zwangseinweisungen in die psychiatrische Anstalt am Steinhof geschehen ausschließlich durch die Polizei, wofür die großstädtische Situation verantwortlich zu machen ist.

In ländlichen Gegenden kommt es nicht selten vor, daß Zwangseinweisungen durch den Amtsarzt bzw. praktischen Arzt, der erst im nachhinein die Polizei verständigt, vorgenommen werden.

2.4.1. Der Ablauf von Zwangseinweisungen

Die folgenden Beispiele aus Krankengeschichten zeigen den typischen Ablauf von Zwangseinweisungen in Wien.

August Z. (68 Jahre). Von einer Hauspartei wird die Polizei verständigt. Er wirft einen Blumenstock nach dieser Person und stößt sie anschließend über die Stiege. Alle Zeichen des chronischen Alkoholismus vorhanden. - Fremdgefährlich!

Ferdinand S. (69 Jahre) mißhandelt in alkoholisiertem Zustand seine Gattin, zertrümmert Bierflaschen und einen Kassettenrecorder. - Chronischer Alkoholismus mit Aggressivitätstendenzen!

Roman P. (22 Jahre). Seine Mutter verständigt die Polizei, als er sie bei einem Streit bedroht. Er zertrümmert dabei die Stereoanlage. - Suchtgiftmißbrauch, aggressiv gegen seine Angehörigen, die er laufend bedroht. Fremdgefährlich!

Die Nachbarn oder Angehörigen verständigen die Polizei, der Betroffene wird aufs Kommissariat gebracht und dem Polizeiarzt vorgeführt.

Dieser entscheidet fast ausnahmslos für eine Zwangseinweisung, da dies für ihn das geringste Risiko bedeutet.

Denn der "zukünftige" Geisteskranke hat keine Möglichkeit, gegen den Arzt Sanktionen zu setzen, es gibt also praktisch keine Fehlentscheidungen.

Der einweisende Arzt hat allerdings die Aufgabe, im Parere eine Selbst- oder Fremdgefährlichkeit nachzuweisen (vgl. KAG, §49).

Diese gesetzlich verlangte Interpretation scheint für den Polizeiarzt jedoch keineswegs problematisch zu sein, was an den Einweisungen von alten Leuten besonders deutlich wird.

Frau V. (80 Jahre) lebt allein. Ihre tägliche Heimhilfe blieb drei Tage aus. Sie verläßt die Wohnung nicht, daraufhin verständigen die Nachbarn die Polizei. Sie wehrt sich gegen ihre Mitnahme, versteht nicht, warum sie gezwungen wird, mitzukommen. Sie spricht teilweise verwirrt, gibt an 82 zu sein, obwohl sie 80 Jahre alt ist. - Geistige Verwirrung, Verdacht auf Selbstgefährdung!

Herr R. (etwa 78 Jahre) lebt allein und findet eines Tages nicht mehr in seine Wohnung zurück. Daraufhin wird er von der Polizei eingeliefert. Diagnose - Altersverwirrung und Verdacht auf Selbstgefährdung!

Herr P. (79 Jahre) wird vollkommen verwirrt aufgegriffen. Diagnose - Psychische Störung des höheren Lebensalters, aus diesem Grund muß Selbstgefährlichkeit angenommen werden.

Herr S. (82 Jahre) beschuldigt in verwirrtem Zustand Personen im Westbahnhof-Restaurant seinen Ring gestohlen zu haben. Die Polizei wird verständigt. Diagnose - Völlig verwirrt. Spricht mehrmals vom Aufhängen mit einem Strick, es muß daher Selbstgefährlichkeit angenommen werden.

Herr B. (74 Jahre). Eine Hausbewohnerin verständigt die Polizei mit dem Hinweis, daß sich ein Mann abnormal benimmt. Diagnose - Verwirrte Antworten, äußert Selbstmordgedanken!

Durch persönlichen Kontakt mit diesen Patienten konnte ich feststellen, daß sie in keiner Weise gefährlich sind. Dies wurde mir auch vom Pflegepersonal bestätigt, das diese Patienten schon jahrelang kennt.

Es kann angenommen werden, daß in diesen Fällen eine Gefährlichkeit nur zur Legitimierung der Einweisung bescheinigt wurde.

2.4.2. Die Definitionsmacht der Polizei

Es zeigt sich also, daß die gesetzlich verlangte Interpretation von seiten des Arztes relativ unproblematisch ist, da er vom Betroffenen in der Regel keine negativen Sanktionen zu befürchten hat.

Der hohe Anteil von Zwangseinweisungen ist aus diesem Grund wesentlich dadurch beeinflusst, daß sie durch die Polizei vorgenommen werden.

Die Definitionsmacht der Polizei als öffentliche Institution nimmt dem Betroffenen jede Sanktionsmöglichkeit und garantiert damit die Unmöglichkeit von Fehlentscheidungen (vgl. Kap. 2.4.3.).

Der Arzt als Vertreter der Polizei ist bestrebt, den Erfolg polizeilichen Handelns zu garantieren (zur Bedeutung des "Erfolges" polizeilichen Handelns siehe Girtler, 1980 a, S.40). Das Risiko einer eventuellen Straftat eines nichteingewiesenen "Geisteskranken" wird von vornherein vermieden (vgl. a.a.O., S.119 ff).

Es ist daher anzunehmen, daß "Zwangseinweisung im Zweifelsfalle" eine Alltagsregel polizeilichen Handelns ist. In diesem Sinn ist die Äußerung eines Patienten zu verstehen: "Ist die Polizei einmal da, dann ist dir der Steinhof sicher!"

2.4.3. Zwangseinweisung als Degradierungsritual

Garfinkel gibt jene Bedingungen an, die erfüllt sein müssen, um einen Menschen erfolgreich degradieren zu können (Garfinkel, 1974).

Die polizeiliche Zwangseinweisung erfüllt alle diese Situationsmerkmale, um jemanden erfolgreich zum Geisteskranken zu degradieren.

Der Betroffene wird aus dem Schutz des Alltagslebens herausgehoben und als ungewöhnlich dargestellt, indem er als unberechenbar und gefährlich definiert wird.

Vorfall und "Täter" werden typisiert und in ein Wertschema gebracht, indem die Einmaligkeit der Tat verloren geht. Der Betreffende wird zu einer Person, dem Geisteskranken typisiert, der als unberechenbar jederzeit wieder eine solche oder ähnliche Tat setzt.

Der Polizeiarzt als Ankläger tritt in Vertretung einer öffentlichen Institution als öffentliche Person auf, die die öffentlichen Werte zu verteidigen hat. Er wird vom "Publikum", in diesem Fall von der Öffentlichkeit als Verteidiger dieser Werte eingestuft, der die Anklage unter Berufung auf diese Normen vorbringt.

Der Ankläger muß nun nicht nur an seiner eigenen Distanz zum "Täter" festhalten, er sorgt auch dafür, daß das "Publikum" Distanz zu diesem empfindet, indem er den "Geisteskranken" von der Öffentlichkeit in einer psychiatrischen Anstalt isoliert.

Der Betroffene wird damit rituell von seinem Platz in der legitimen Ordnung entfernt, was eine weitere problemlose Umwandlung seiner Identität ermöglicht (vgl. Kap. 3.3.).

Alle diese Bedingungen garantieren eine Statusdegradierung, in deren Verlauf einem Menschen eine völlig neue Identität als Geisteskranker zugeschrieben wird.

Der Betreffende wird in den Augen seiner Beschuldiger zu einer neuen, ihm verschiedenen Person, zum gefährlichen und unberechenbaren Geisteskranken, der nicht mehr Herr seiner selbst ist (vgl. Kap. 5.1.)

Die frühere Identität erhält bestenfalls den Stellenwert des Scheins, die Vergangenheit wird neu überprüft und im Lichte dieser neuen Identität neu rekonstruiert (vgl. Kap. 4.2.1.).

2.5. Geisteskrankheit - Etikett für Normenbrecher

Es ist nun zu fragen, was die Polizei oder auch andere Personen dazu veranlaßt, jemanden als Geisteskranken zu definieren.

Eine Gefährdung anderer Personen läßt nicht automatisch auf Geisteskrankheit schließen. So werden z.B. Personen, die an einer Messerstecherei beteiligt sind, eindeutig als kriminell und nicht als geisteskrank definiert.

Außerdem ist in vielen Fällen als sicher anzunehmen, daß Gefährlichkeit erst im nachhinein unterstellt wird, um eine Einlieferung zu rechtfertigen (vgl. Kap. 2.4.1.).

2.5.1. Die Verletzung von Verhaltensregeln

Die Analyse vieler Krankengeschichten und persönliche Gespräche mit Patienten deuten darauf hin, daß Geisteskrankheit immer dann unterstellt wird, wenn Verhaltensregeln verletzt werden.

Diese Regelverletzungen werden von der Bezugsgruppe meist als gefährlich empfunden.

Ein anschauliches Beispiel dazu liefert die Einweisung eines türkischen Gastarbeiters, der in Österreich einer streng religiösen islamischen Sekte angehörte.

Er kritisierte während einer religiösen Zeremonie die Predigt des Imam (Priesters) als "weltfremde Spinnereien".

Dieser lautstarke Protest war für die versammelte Gemeinde Grund genug, den Betreffenden als geisteskrank zu definieren und ihn nach Steinhof einliefern zu lassen.

Er hat die Normen des religiösen Gottesdienstes empfindlich verletzt, worauf man ihn als Geisteskranken definierte.

Scheff spricht in diesem Zusammenhang von "residualen Verhaltensabweichungen". Das sind jene "Arten von Regelverletzungen, für die unsere Gesellschaft keinen ausdrücklichen Namen hat und die bisweilen zur Etikettierung des Schuldigen als psychisch krank führen." (Scheff, 1980, S.27).

Es handelt sich vor allem um jene fundamentalen und selbstverständlichen Regeln des alltäglichen Zusammenlebens, die dem Durchschnittsmenschen in Fleisch und Blut übergegangen sind und gegen die ein Verstoß undenkbar ist. All das Unverständliche und Verbotene, das in anderen Kulturen oder in früheren Zeiten als Zauberei oder Bessesenheit galt, wird in unserer Gesellschaft als Geisteskrankheit definiert.

2.5.2. Die Situationsabhängigkeit der Regelverletzung

Die "Residualregeln" sind von der jeweiligen Situation abhängig, wie das obige Beispiel zeigt.

Es gilt als selbstverständliche Alltagsregel, daß die Gläubigen während eines Gottesdienstes stumm den Worten des Predigers zu lauschen haben. Hätte der Betreffende seine Kritik in einer öffentlichen Diskussion zum Ausdruck gebracht, so wäre das durchaus nicht als geisteskrank betrachtet worden.

Goffman nennt viele Beispiele aus der amerikanischen Gesellschaft und zeigt an hand verschiedener sozialer Situationen, welche sozialen Normen das Verhalten in der jeweiligen Situation vorschreiben (vgl. Goffman, 1971).

Während meiner Tätigkeit als Stationsgehilfe konnte ich den Zusammenhang zwischen Regelverletzung und Geisteskrankheit feststellen.

So ging ich einmal mit einem alten Patienten auf dem Anstaltsgelände spazieren, der schon Jahre in einer geschlossenen Abteilung zubrachte und mehrere Monate nicht mehr die Station verlassen hatte.

Während unseres Spazierganges fragte er vorbeikommende Besucher nach dem Weg nach B., seine Schwester lebe dort und er wolle sie besuchen.

Ich distanzierte mich während dieser Situationen absichtlich von dem Patienten, sodaß die Vorbeikommenden nicht von vornherein den Betreffenden als Patienten definieren konnten, der mit einem Pfleger spazieren geht (ich hatte weiße Pflegerkleidung an).

Die Angesprochenen reagierten nach kurzer Verwunderung mit der lapidaren Feststellung: "Der is' ja krank!".

Der alte Mann wurde sofort als geisteskrank definiert, weil er eine grundlegende Verhaltensregel, die soziale Distanz gegenüber Fremden, gebrochen hatte. Er hat während seines langen Stationsaufenthaltes verlernt, welches Maß an sozialer Distanz Fremden gegenüber geboten ist.

Besonders bei alten Menschen geschieht die Zuschreibung von Geisteskrankheit deshalb, weil sie nicht mehr fähig sind, grundlegende Verhaltensregeln zu befolgen. Es gelingt ihnen oft nicht mehr, ihr Verhalten der Situation anzupassen, wodurch sie als geisteskrank auffällig werden (vgl. Kap. 2.4.1.)

2.5.3. Schlußfolgerungen

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, daß jemand in erster Linie deshalb in die psychiatrische Anstalt

zwangseingewiesen wird, weil er in bestimmten Situationen durch Verhaltensabweichungen auffällig wird.

Dies wird auch an einigen Kategorien des psychiatrischen Aufnahmebogens deutlich, der dazu dient, den Zustand des Patienten bei der Aufnahme festzustellen.

Hierbei wird getestet, wie weit der Patient in seiner momentanen Verfassung von den herrschenden Alltagsnormen abweicht.

In der Kategorie "Orientierung" wird nach der zeitlichen und örtlichen Orientierung gefragt: "Welches Datum ist heute? Wo befinden sie sich momentan?"

In der Kategorie "Verhalten" stehen dem Arzt mehrere Eigenschaftswörter zur Verfügung, von denen er das passende anzukreuzen hat: angepaßt, ruhig, freundlich, laut, klagend, unruhig, störend.

In der Regel wird erst auf grund einer Verhaltensabweichung jemand als gefährlich definiert, wobei meinen Beobachtungen zufolge eine Gefährlichkeit im Sinne des Gesetzes (KAG §49 Abs.1) sehr selten vorliegt.

Vielmehr wird jemand als geisteskrank und damit gefährlich definiert, weil er mit seinem abweichenden Verhalten selbstverständliche Alltagsnormen in frage stellt. Eine Gefährdung des eigenen oder fremden Lebens wird im Nachhinein vom einweisenden Arzt konstruiert, um eine rechtmäßige Einlieferung zu legitimieren.

2.6. Die freiwillige Aufnahme

2.6.1. Der letzte Ausweg aus einer ausweglosen Situation

Auf grund des negativen Bildes der Psychiatrie in der Öffentlichkeit (vgl. Kap. 5.1.) und des bis heute bestehenden Zwangscharakters dieser Institution ist eine freiwillige Aufnahme in die psychiatrische Anstalt

meistens "der letzte Ausweg aus einer ausweglosen Situation", wie es ein junger freiwillig gekommener Patient mir gegenüber formulierte.

Diese Auffassung konnte ich in mehreren längeren Gesprächen mit freiwillig aufgenommenen Patienten immer wieder bestätigt finden (vgl. auch Kap. 2.2.1.).

Erich V., ein 36-jähriger Patient, erzählte mir seine Geschichte. (Er litt an ständiger Schlafstörung und so saß ich oft stundenlang während meiner Nachtdienste mit ihm zusammen und hörte ihm geduldig zu).

Mit 16 sei er zum Alkohol gekommen. Freunde hätten ihn dazu überredet, doch einige "G'spritzte" mit ihnen zu trinken. Aus den wenigen wurden viele. Das sei sein erster Rausch gewesen. Später sei ihm der Wein dann zu schwach geworden, er begann Rum zu trinken.

Irgendwie sei er dadurch auch sehr schnell in kriminelle Kreise geraten. Angefangen hat's mit kleineren Einbrüchen, um sich Geld fürs Trinken zu beschaffen.

Einmal hätte er eine sehr gutbezahlte Arbeit als Schweißer gehabt. Er habe ganz gut gelebt damals, doch dann sei ihm wieder "das Saufen" zum Verhängnis geworden. Mit dem Firmenwagen sei er total betrunken gegen einen Baum gefahren, Führerschein habe er auch keinen gehabt. Daraufhin sei er sofort gefeuert worden.

Insgesamt sei er schon sechs Jahre im "Häfen" gesessen, das letzte Mal sechs Monate lang. Immer wieder sei er in diesen kriminellen Kreisen gelandet, weil er sonst ja keinen Anschluß mehr gefunden habe. Die anderen hätten ja von vornherein gemerkt, daß er ein "Häfenbruder" sei.

Jetzt sei er total am Ende. Er hat sich von seiner Frau scheiden lassen, weil er es bei ihr nicht mehr ausgehalten

habe. Die Wohnung habe er dabei auch verloren, die ist der Frau und seinem kleinen Kind zugesprochen worden.

Kein Geld, keine Arbeit, keine Wohnung. Sozial- und krankenversichert sei er auch nicht, weil er in den letzten acht Jahren keine regelmäßige Arbeit mehr gemacht habe. Selbst wenn er Arbeit bekäme, er würde auf das Existenzminimum gepfändet, da läßt er es lieber gleich bleiben.

Nicht einmal mehr von der Fürsorge bekomme er Geld. Er sei am absoluten Nullpunkt. Wenn man ihn jetzt entlassen würde, ginge er zum nächsten Wirt und ließe sich volllaufen.

Er meint, er müsse wieder eine größere Sache drehn, um zu Geld zu kommen, es wäre der einzige Ausweg. Entweder geht es gut oder er landet wieder im "Häfen".

Er glaube selber nicht mehr, daß er vom Alkohol wegkomme. In dieser Beziehung habe er sich schon aufgegeben.

In der Krankengeschichte wird Erich V. als chronischer Alkoholiker beschrieben. Er ist schon über zehnmal eingeliefert worden.

Bei der letzten Aufnahme erscheint er in einem Wachzimmer und ersucht um Einweisung, er habe Angstzustände, mit denen er selber nicht mehr fertig werden könne.

Ähnlich berichtet F., ein etwa 40 jähriger Alkoholiker, er sei in letzter Zeit ganz alleine gewesen (geschieden) und dabei immer depressiver geworden.

Mit dem Alkohol habe er zuletzt wenig Probleme gehabt, die Depressionszustände seinen aber ein Teufelskreis.

Je mehr Angst er habe, umso stärker werden seine Depressionen.

Er sei jetzt freiwillig gekommen, weil sein Therapeut sechs Wochen auf Urlaub ist. Er kenne sich so gut, daß er wisse, allein würde er diese Zeit nicht aushalten.

Die meisten freiwilligen Patienten sind nicht zum erstenmal in der Anstalt. Viele waren schon früher einmal da bzw. in ähnlichen Institutionen, wie etwa Gefängnissen oder Entwöhnungsanstalten.

So kommt der 34-jährige Wolfgang R. zum drittenmal freiwillig zum Heroinentzug, nachdem er in letzter Zeit immer depressiver geworden ist und zuletzt bei einer sehr hohen Dosis Heroin angelangt ist.

Emil D., 36 Jahre, kommt zum fünftenmal freiwillig wegen des Alkohols. Er wird mit dem Leben allein nicht mehr fertig.

Adolf H., 39 Jahre, kommt nach mehreren Zwangsaufenthalten freiwillig wegen Trunksucht. Er trinke 20 Viertel pro Tag. Er hege Selbstmordgedanken, sei aber zu feig, sie auszuführen, wie er mir erzählt. Er lebt völlig isoliert und ist arbeitslos.

Ehemals zwangseingewiesene Patienten gehen auch deshalb oft wieder freiwillig in die Anstalt, weil sie dort die einzigen sozialen Beziehungen aufgebaut haben.

So berichtet Robert K., er sei einfach deshalb einmal freiwillig heraufgekommen, weil er sich in eine Ärztin verliebt habe und er draußen völlig allein gewesen sei.

2.6.2. Freiwillige Aufnahme als Lebensstrategie "offener Personen"

Nicht immer geschieht eine freiwillige Aufnahme aus einer seelischen Notstandssituation heraus.

Besonders Personen aus sozial verachteten Randgruppen versuchen öfters, sich aus einem Aufenthalt in der psychiatrischen Anstalt persönliche Vorteile herauszuschlagen. Für diese Menschen bedeutet ein Aufenthalt in der Psychiatrie keineswegs mehr einen Statusverlust.

Goffman bezeichnet diese Gruppe, die wegen ihres gering eingeschätzten Status nichts mehr zu verlieren hat, als "offene Personen" (Goffman, 1971, S.123). Für sie ist die Psychiatrie längst nicht mehr Quelle negativer Stigmatisierung.

So z.B. für die Prostituierte Karin A. (19 Jahre). Sie ist bereits zum fünftenmal da, mit 15 wurde sie das erstemal wegen Drogenmißbrauch eingeliefert.

Sie erzählt, daß sie mit 13 in diese Situation geraten sei, sie schwänzte die Schule und ging auf den "Strich", um sich Geld für "Schüsse" (Heroininjektionen) zu besorgen. Jetzt stehe sie vor einer mehrmonatigen Haftstrafe, weil sie einem betrunkenen Kunden Geld abgenommen habe. Sie sei jetzt freiwillig hereingekommen, um dem "Häfen" zu entgehen. Sie will die Strafe in Kalksburg absitzen.

Eine besondere Gruppe von "offenen Personen" in diesem Zusammenhang dürften die Nichtseßhaften, die sogenannten Sandler darstellen (vgl. Girtler, 1980 b, S.77).

Eine Stationsschwester erzählte mir, daß Sandler bevorzugt in den Winter monaten freiwillig in die Anstalt kommen, weil sie hier kostenlos einen Schlafplatz und regelmäßiges Essen bekommen.

Sandler besitzen oft interessante Strategien, um aufgenommen zu werden.

So äußert der 53-jährige unterstandslose Herbert F. in einem Lokal dem Kellner gegenüber, daß ihn das Leben nicht mehr freue, er wolle sich umbringen. Der Kellner verständigt die Polizei, F. wird wegen Selbstgefährdung eingeliefert.

Die Stationsschwester berichtet, daß er so schon öfter auf die Station gekommen sei, er bleibe dann immer eine gewisse Zeit und kommt dann einfach von einem Ausgang nicht mehr zurück.

Durch mehrmaligen Kontakt mit der Psychiatrie besitzen Sandler meist wirksame Strategien, um auf der Station ein halbwegs erträgliches Leben zu führen (vgl. a.a.O., S.91 f). Sie leben unter gewissen Umständen, z.B. im Winter, besser als draußen.

Zwangseinweisungen führen in der Regel dazu, daß der Betroffene zum Geisteskranken stigmatisiert wird (vgl. Kap. 5.2.) und dadurch zu einer "offenen Person" wird.

Er ist dann eher bereit, für gewisse Vorteile freiwillig wieder in die Anstalt zu gehen, da er kaum mehr einen Statusverlust zu befürchten hat.

So erzählte mir ein 23-jähriger Patient, daß er sich nach der ersten Zwangseinweisung mehrere Male freiwillig aufnehmen ließ, um in den Genuß einer Invalidenrente zu kommen.

2.6.3. Schlußfolgerungen

Grundsätzlich kann bei freiwillig Aufgenommenen zwischen jenen unterschieden werden, die aus einer psychischen Lebenskrise heraus die psychiatrische Anstalt aufsuchen und zwischen jenen "offenen Personen", die versuchen, sich einen persönlichen Vorteil aus einem Aufenthalt in der Psychiatrie zu schlagen.

Letztere haben durch ihren geringen Status kaum mehr negative Konsequenzen zu befürchten.

Für die erste Gruppe bedeutet die Aufnahme den "letzten Ausweg" aus einer sozial unerträglichen Situation. Sie erhoffen sich von der Psychiatrie jenen gesellschaftlich akzeptierten Freiraum, indem ihr Verhalten zwar als krankhaft, aber dennoch akzeptiert wird.

Nicht selten wird jemand durch eine Zwangseinweisung zu einer "offenen Person", für die der Aufenthalt in der Anstalt eine Strategie der Lebensbewältigung darstellt.

2.7. Zusammenfassung

Aus meinen Beobachtungen kann grundsätzlich die These Scheffs bestätigt werden, daß Geisteskrankheit primär als Verhaltensabweichung zu verstehen ist (Scheff, 1980, S.22).

Scheff meint, daß psychiatrische Symptome zuallererst in der sozialen Interaktion zwischen dem Individuum und den Personen sowie Institutionen seines sozialen Umfeldes entstehen.

Geisteskrankheit ist in erster Linie ein Etikett für soziale Unangepaßtheit, die als Gefährdung der herrschenden gesellschaftlichen Werte und Normen empfunden wird und dadurch zum Ausschluß des abweichenden Individuums aus der Gesellschaft führt.

Soziologisch können Geisteskranke als jene Personen verstanden werden, die den herrschenden Alltagsnormen nicht entsprechen.

Dies wird als Verhaltensauffälligkeit in einer aktuellen Situation sichtbar, die zur Zwangseinweisung führt. Erst dadurch wird eine Person im nachhinein mit dem Etikett Geisteskrankheit behaftet.

Bei freiwillig Aufgenommenen handelt es sich auch um Menschen, die nicht mehr fähig sind, grundlegende soziale Normen zu befolgen, die "mit dem Leben nicht mehr fertig werden". Sie sind sich der negativen Folgen des Etiketts Geisteskrankheit sehr oft bewußt, sehen aber keinen anderen Ausweg mehr aus ihrer verfahrenen Lebenssituation.

Für "offene Personen" (Goffman) stellt die freiwillige Aufnahme oft eine Strategie der Lebensbewältigung dar.

2.7.1. Geisteskrankheit und soziale Schicht

Diese Sicht von Geisteskrankheit erklärt auch den in der Literatur empirisch bestätigten Zusammenhang zwischen psychiatrischen Patienten und unteren sozialen Schichten (für Amerika: Hollingshead u. Redlich, 1958, für Österreich: Weiss, 1977).

Wenn man Schichtunterschiede vor allem als unterschiedliche Lebensformen ansieht (vgl. Hollingshead u. Redlich, in: Miller u. Mishler, 1974, S.193), wird dieser Zusammenhang verständlich.

Das Sozialverhalten jener unteren und untersten (Rand)schichten wird von den mittel- und oberschichtorientierten Institutionen und Personen wie Polizei und Ärzte viel häufiger als auffällig und abnorm definiert, als das Verhalten von ihresgleichen. Denn, "ob abnormales Verhalten als gestört, kriminell oder lediglich eigensinnig beurteilt wird, hängt davon ab, wer es betrachtet, und wie er das was er sieht, bewertet." (Miller und Mishler, 1974, S.187).

Auf grund der prinzipiellen Unsicherheit der Lebenssituation und der allgemeinen Dominanz mittelschichtspezifischer Bewertungen in den Entscheidungskreisläufen unserer Gesellschaft sind Unterschichtangehörige viel eher gefährdet, sozial auffällig zu werden und als Geisteskranke in die psychiatrische Anstalt zu wandern (vgl. Forster u. Pelikan, 1977 b, S.121 ff).

3. DAS LEBEN AUF DER STATION

Goffman weist auf die Bedeutung des Ortes für das Leben von Insassen totaler Institutionen hin.

Er unterscheidet die geographisch abgegrenzten Räume nach dem Ausmaß der Überwachung, dem der Patient ausgesetzt ist (Goffman, 1972, S.220 ff).

Die Station stellt jenen Ort der Patientenwelt dar, an dem die Überwachung am stärksten und effektivsten ist. Das zeitweilige Verlassen der Station durch eine "freie Sperre", etwa um die Arbeitstherapie zu besuchen oder Ämter aufzusuchen, stellt einen entscheidenden Schritt in der Rehabilitation des Patienten dar und wird als ein erstes Zeichen einer möglichen Entlassung gewertet.

Am Steinhof lassen sich mehrere Orte, je nach dem Grad der Überwachung unterscheiden.

So steht der Patient, der die Arbeitstherapie besucht, zwar unter Aufsicht von Arbeitspflegern und Therapeuten, hat aber eben dadurch die Möglichkeit, sich auf dem Anstaltsgelände frei zu bewegen.

Patienten mit freier Sperre können am Nachmittag das Kommunikationszentrum aufsuchen und dort einen Kaffee trinken. Es stellt einen relativ großen Freiraum für den Patienten dar, er kann dort Musik hören oder sich ungewungen mit anderen Patienten unterhalten, ohne unter der Aufsicht von Pflegern oder Ärzten zu stehen.

Auch das Anstaltsgelände bietet durch seine Größe die Möglichkeit, sich der direkten Aufsicht des Personals zu entziehen. So wurde mir von einigen Patienten berichtet, daß hinter der Kirche der ideale Ort für den Schwarzhandel sei (vgl. Kap. 3.5.2.) und es dort regelmäßig zu sexuellen Kontakten zwischen den Patienten komme, die ihnen durch die Geschlechtertrennung auf den Stationen verwehrt ist.

Das Leben auf der Station prägt den Alltag in der psychiatrischen Anstalt am stärksten, da der Patient die meiste Zeit dort verbringt.

Ein Teil kommt in den Genuß der "freien Sperre", d.h. er darf die Station mit einem speziellen Ausweis zeitweise verlassen und sich im Anstaltsgelände frei bewegen. Ein geringer Prozentsatz hat die Möglichkeit für eine gewisse Zeit, meist am Wochenende oder zur Erledigung bestimmter Amtsgänge, aus der Anstalt zu gehen. Dies betrifft fast ausschließlich freiwillig Aufgenommene bzw. Patienten, die kurz vor ihrer Entlassung stehen.

Vor allem für chronische Langzeitpatienten, die von jedem Therapieprogramm ausgeschlossen sind, weil für sie keine Besserung mehr erwartet wird, stellt der monotone Stationsalltag ein unentrinnbares Schicksal dar. Sie verlassen oft monatelang die Station nicht und leben meist schon jahrelang in der Anstalt.

Die Station stellt also den primären Lebensbereich für alle Patienten dar, für viele ist sie der einzige Ort ihrer Existenz.

In den folgenden Abschnitten werden wichtige Aspekte des Lebens auf der Station geschildert. Es soll deutlich gemacht werden, welchen organisatorischen Zwängen der Patient ausgesetzt ist, welche Mittel angewendet werden, um ihn in die vorgegebenen Strukturen zu zwingen und schließlich, welche Strategien er selber einsetzt, um die Situation zu seinen Gunsten zu beeinflussen, um sich das Leben auf der Station erträglicher zu machen.

3.1. Der Tagesablauf

Das Beispiel einer traditionellen Männerstation mit durchschnittlich 40 Patienten soll einen Eindruck des

typischen Tagesablaufes auf der Station vermitteln. Unterschiede zu anderen Stationen in der zeitlichen Abfolge oder in organisatorischer Hinsicht sind gering (vgl. auch den typischen Tagesablauf an 2 Männer- und einer Frauenstation in, Forster und Pelikan, 1978 a, Bd.2, S.254 f).

3.1.1. Zeitliche Strukturierung - erzwungene Untätigkeit

Der Tagesablauf des Patienten strukturiert sich nach der zeitlichen und inhaltlichen Organisation der pflegerischen Arbeit.

Der Dienst des Pflegepersonals ist in sogenannte "6-er Radl'n" eingeteilt, d.h. erster Tag von 6.30 - 18.30 12 Stunden Dienst, zweiter Tag frei, dritter Tag wieder Tagdienst, vom dritten zum vierten Tag Nachtdienst von 18.30 - 6.30, fünfter und sechster Tag sind frei (zum "Radl"-Dienst vgl. a.a.O., Bd.2, S.241 ff).

Ein "Radl" wird von einer relativ gleichbleibenden Gruppe des Pflegepersonals, einer sogenannten "Tour" durchgeführt, sodaß der Patient jeden zweiten Tag mit einer anderen Gruppe in Kontakt kommt.

6.30	Beginn des Tagdienstes der ersten "Tour", Schichtwechsel des Pflegepersonals
7.00	Frühstück
7.30	erste Medikamentenausgabe
8.00-9.00	Körperpflege
9.00	Visite
9.30	Gabelfrühstück
11.30-12.30	Mittagessen
12.30	zweite Medikamentenausgabe
14.30	Jause
16.30	Abendessen
17.00-17.15	Temperatur-, Puls- und Stuhlkontrolle
18.30	Dienstübergabe, Beginn des Nachtdienstes (ein Nachtdienstpfleger)

19.30 dritte Medikamentenausgabe
6.00 Wecken der Patienten
6.30 Beginn des Tagdienstes der zweiten "Tour",
Schichtwechsel des Pflegepersonals

An dieser schematischen Darstellung wird bereits deutlich, daß die Hauptbeschäftigung des Patienten auf der Station darin besteht, zu warten.

Warten auf das Essen, auf die Medikamente, auf das Zubettgehen. Zählt man die Zeit zusammen, wo der Patient ißt, Medikamente bekommt, sich badet, so kommt man höchstens auf 4 Stunden während eines 12 Stunden langen Tages, in denen der Patient überhaupt irgend etwas tut. Er hat sonst keine Möglichkeit sich zu betätigen, er wird zur Untätigkeit gezwungen.

Diese Atmosphäre des Wartens stellt für den neuen Patienten das größte Problem dar. Er weiß nichts anzufangen mit diesem plötzlichen Überschuß an Zeit, die ihn förmlich "erdrückt". Viele beginnen sich dann aufzuregen, schreien und toben und wollen um jeden Preis hinaus.

Im Gegensatz dazu sitzen die chronischen Langzeitpatienten wie Mumien auf ihren Sesseln im Tagraum, ohne eines Zeichen des Protests, da sie im Laufe ihres Aufenthalts jede Auflehnung als sinnlos begriffen haben (vgl. Kap. 3.4.2.).

Der Patient wird in eine passive Rolle gezwungen, die er übernimmt und verinnerlicht, wenn er lange genug auf der Station lebt. Im Extremfall sind solche Menschen nicht mehr fähig, die Station allein zu verlassen, sie haben Angst vor jedem Schritt nach außen.

Diese erzwungene Untätigkeit stellt einen wesentlichen Faktor für Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Anstalten dar (vgl. Barton, 1974).

3.1.2. Essen

In erster Linie strukturieren die fünf über den Tag verteilten Mahlzeiten den Tagesablauf der Patienten. Die Essenszeiten stellen jene markanten Punkte im Stationsleben dar, auf die der Patient wartet, Essen wird so zu seiner Hauptaktivität.

Das Pflegepersonal ist in der Regel bestrebt, seinen Arbeitsaufwand zu minimieren, wo immer dies möglich ist (vgl. Kap. 3.2.1.).

Diese Grundeinstellung drückt sich beim Essen dahingehend aus, daß es rasch ausgeteilt wird und dann der Patient sich selbst überlassen wird.

Lediglich jene Patienten, die nicht mehr fähig sind, alleine zu essen, werden "ausgespeist". Hier verfügt das Pflegepersonal über wirksame Strategien, diese Zeit zu minimieren, indem es die Patienten zwingt, das Essen hinunterzuschlingen. So konnte ich beobachten, wie eine ältere Patientin von zwei Pflegern "gefüttert" wurde, indem einer ihre Hände festhielt und der andere ihr mit dem vollen Löffel in den Mund fuhr. Die Patientin kam mit dem Schlucken gar nicht nach, sodaß die Hälfte des Essens an ihrem Kleid herunterrann.

Mit solchen Strategien gelingt es dem Personal den Kontakt mit den Patienten auf ein Mindestmaß zu beschränken.

Frühstück, Gabelfrühstück, Jause und Abendessen dauern so kaum eine halbe Stunde, das Mittagessen höchstens eine Stunde. Patienten, die in dieser Zeit nicht zurecht kommen, wird der halbvolle Teller aus der Hand genommen.

Es gehört auch zur regelmäßigen Gepflogenheit des Personals Essen vorzuenthalten. Essen, das in abgezählten Portionen von der Küche kommt, wie Fleisch-

laibchen oder Rindfleisch, wird unter dem Vorwand in kleine Stücke zerteilt, den Patienten das Essen aufzubereiten. So können vorher einige Stücke unkontrolliert abgezweigt werden.

3.1.3. Körperpflege

Die tägliche Körperpflege beschränkt sich in der Regel auf das Baden oder Duschen. Rasieren, Schneiden von Finger- und Zehennägeln geschieht nur fallweise bei Bedarf.

Einige Patienten müssen täglich vom Pflegepersonal gebadet werden. Diese Arbeit wird negativ bewertet, da sie einen zusätzlichen Arbeitsaufwand darstellt.

Für jene Patienten, die regelmäßig "unter-sich-lassen", ist das tägliche Bad ein Strafmittel.

Durch zu heißes oder zu kaltes Wasser und gewaltsames In-die-Wanne-setzen wird der Patient geschockt. Einige Pfleger der Männerstation waren davon überzeugt, daß dies ein wirksames Mittel sei, um den Patienten "zur Einsicht zu zwingen", seine Notdurft nicht mehr im Bett zu verrichten.

Verständlicherweise sind die Patienten bestrebt, sich alleine zu baden oder es helfen bessere Patienten den schwächeren, um sie vor der brutalen Behandlung der Pfleger zu schützen (vgl. Kap. 3.8.3.).

3.1.4. Dienstübernahme

Das dienstübernehmende Personal hat die Aufgabe, den Patientenstand zu kontrollieren. Zu diesem Zweck werden die Patienten abgezählt, um etwaige fehlende zu entdecken.

Dieser für den Patienten an sich degradierende Vorgang wurde von einem Pfleger regelmäßig dazu benützt, ihnen seine Macht zu demonstrieren.

Er ließ bei der Abendübernahme die Patienten regelmäßig vor ihren Betten antreten mit dem Befehl: "Alles an die Betten!". Der Pfleger kontrollierte so, wieweit es mit dem Gehorsam ihm gegenüber stand.

Drei Patienten blieben im Tagraum sitzen, sie haben sich im Laufe ihres Aufenthalts eine gewisse Sonderstellung erkämpft und verwiesen darauf, daß sie die einzigen seien, die einen eigenen Schlafraum haben. Alle anderen folgten dem Befehl.

Die Dienstübernahme ist so ein wirksames Symbol, auch neuen Patienten sofort klarzumachen, wer hier das Sagen hat.

3.1.5. Nachtdienst

Der Nachtdienst wird auf der genannten Station von einem Pfleger versehen. Er hat zwischen 19.00 und 20.00 Uhr die Medikamente auszuteilen.

Die Patienten haben die Möglichkeit in einem der Schlafräume bis ca. 22 Uhr fernzusehen. Einige spielen Karten, um sich die Zeit zu vertreiben.

Unter dem Personal herrscht die stille Übereinkunft, daß "der Nachtdienst es sich einrichtet" während der Nacht einige Stunden zu schlafen, um für den freien Tag ausgerastet zu sein. Es gibt dazu wirksame Strategien, sich diese Schlafzeit zu sichern.

Unruhigen Patienten wird gewöhnlich eine starke Dosis von Beruhigungsmitteln verabreicht, um in der Nacht Ruhe vor ihnen zu haben. Die wenigen, die auf diese Medikamente nicht reagieren, werden ins Netzbett gesteckt, wo sie sich selbst überlassen bleiben (vgl. Kap. 3.6.3.).

Um 5.30 werden jene Patienten geweckt, die Harn abzugeben haben, bei denen Fieber und Puls gemessen werden muß und die Bettnässer trockengelegt. Alle übrigen Patienten müssen um 6.00 aus den Betten.

3.2. Der Patient - Objekt des Pflegepersonals

3.2.1. Bürokratische Organisation als Ursache

Im Laufe der historischen Entwicklung der psychiatrischen Anstalt (vgl. Kap. 1.5.1.) hat sich ein Dienstleistungsmodell etabliert, das sich an Durchschnittswerten eines entpersönlichten, passiven Konsumenten orientiert.

Der Patient wird grundsätzlich nicht als Mensch mit eigenen Bedürfnissen gesehen, sondern als Behandlungs- und Versorgungsobjekt.

Die Verwaltung einer Masse von Menschen macht eine bürokratische Organisation notwendig, in der der Patient als Individuum verschwindet.

Es institutionalisierte sich ein "akzeptierter Versorgungsbedarf", der sich im wesentlichen auf körperliche Bedürfnisse beschränkt (vgl. Forster u. Pelikan, 1978 a, Bd.1, S.85 u. 277 ff) und der durch eine bürokratische Versorgungs- und Kontrollstruktur erfolgreich aufrechterhalten wird.

Eine wesentliche Ursache für diese Situation liegt in der personellen Unterbesetzung, bzw. in der permanenten Überfüllung der Anstalt seit ihrem Bestehen (vgl. Kap. 1.5.3.). Bei einem durchschnittlichen Verhältnis von 20 Patienten je Pflegeperson (a.a.O., Bd.1, S.31) ist es dem einzelnen oft bei bestem Willen nicht möglich, auf Patientenbedürfnisse näher einzugehen.

In zweiter Linie prägt die Diensterteilung und Arbeitserteilung im Rahmen des Toursystems die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patienten in entscheidender Weise (eine ausführliche Beschreibung des Toursystems findet sich in, a.a.O., Bd.2, S.241 ff).

Durch die wechselnde Zuständigkeit für verschiedene Patienten mangelt es dem Pflegepersonal an Überblick, Information und differenzierten Kenntnissen. Der Patient wird dadurch zum unbekanntem Fall, der versorgt und kontrolliert werden muß.

Die organisatorischen und strukturellen Zwänge werden im psychiatrischen Alltag in der Patienten - Personalbeziehung sichtbar.

Dies führt bei einer oberflächlichen Betrachtung zu einer einseitigen Schuldzuschreibung an das Pflegepersonal, das als letztes Glied der Hierarchie in direktem und ständigen Kontakt mit dem Patienten steht. Diese einseitige Schuldzuschreibung ist unzulässig, weil sie jene strukturellen Rahmenbedingungen außer acht läßt, die die Handlungsorientierung des Personals im wesentlichen bestimmen.

Forster und Pelikan kommen zu dem Schluß, "daß das generell niedrige Niveau der Patientenversorgung in überwältigendem Ausmaß von den ungünstigen Randbedingungen bestimmt ist und nur zu einem geringen Teil auf mangelnde Fähigkeiten oder ungünstige Einstellung des Personals zurückgeht."(a.a.O., Bd.1, S.33).

Vor allem diese Randbedingungen führen zu einer Grundeinstellung des Personals, die mit der Formel "Distanz zum Patienten" bezeichnet werden kann und zum festen Bestand ihres unhinterfragten Alltagswissens gehört.

Erst durch die Aufrechterhaltung der Distanz gelingt es, den Patienten in die vorgegebene Versorgungs und Kontrollstruktur zu zwingen und somit ein

Minimum an Stabilität dieser bürokratisch organisierten Massenverwahrung zu gewährleisten.

Erst die Distanz zum Patienten ermöglicht es, den Arbeitsaufwand zu minimalisieren und lediglich den institutionell akzeptierten Versorgungsbedarf zu erfüllen, denn jedes Extrabedürfnis des einzelnen Patienten bedeutet eine zusätzliche Arbeitsbelastung für das Personal.

Durch Distanz wird erfolgreich verhindert, daß etwaige Bedürfnisse vom Patienten überhaupt artikuliert werden können.

Der Charakter der Alltagsregel "Distanz zum Patienten" zeigt sich darin, daß sie auch dann aufrechterhalten wird, wenn das Personal genügend Zeit hat, mit dem Patienten einen persönlichen Kontakt herzustellen (vor allem am Nachmittag zwischen den Mahlzeiten).

In den von mir beobachteten Stationen wurde diese Zeit regelmäßig dazu benützt, sich ins Schwesternzimmer zurückzuziehen (siehe Kap. 3.9.).

Der Kontakt zum Patienten wird auf ein notwendiges Minimum beschränkt, "Distanz zum Patienten" schützt das Personal vor einem Mehraufwand an Arbeit und emotionalem Engagement.

3.2.2. Einübung der "Distanz zum Patienten" in der Sozialisation zum Pfleger

Kommt ein neuer Pfleger auf die Station, so wird er mit spezifischen Strategien an das Standardverhalten des Pflegepersonals angepaßt. Abweichungen vom Pflegerverhalten werden ihm zu Beginn noch als Orientierungslosigkeit entschuldigt, später aber nicht mehr toleriert.

Während meiner Tätigkeit als Stationsgehilfe gelang es mir durch die Methode der Ethnomethodologie die zur Selbstverständlichkeit gewordene Alltagsnorm der "Distanz zum Patienten" zu problematisieren und damit die Grenzen der tolerierbaren Abweichung vom Pflegerverhalten kennenzulernen.

Durch die von den Ethnomethodologen entwickelten Methode der Durchbrechung von Alltagswirklichkeiten können unhinterfragte Alltagsregeln bewußt und dadurch sichtbar gemacht werden.

In theoretischen Belehrungen während der Einschulung zum Stationsgehilfen wurde desöfteren die Distanz zum Patienten mit dem Behandlungsgrundsatz gerechtfertigt, daß jeder Patient ein Recht auf gleiche Behandlung, ohne persönliches Ansehen habe. Persönlicher Kontakt mit den Patienten würde zur Bevorzugung einiger weniger führen, Distanz sichere die gleiche Behandlung aller.

Während meiner Tätigkeit auf der Männerstation verletzte ich diesen Behandlungsgrundsatz immer wieder und stellte so diese Alltagsregel in frage.

Als ich z.B. einmal einen ganzen Nachmittag lang im Tagraum saß und mich mit einem jungen Patienten sehr intensiv unterhielt, was durchaus nicht üblich ist (vgl. Kap. 3.9.), kam die Stationsschwester und fragte mich, warum ich nicht ins Schwesternzimmer gehe. Sie meinte, es sei nicht gut, sich zu sehr auf die Patienten einzulassen.

Ein anderesmal ging ich mit einem alten Patienten am Nachmittag spazieren. Der Patient bat immer wieder, doch "ein bißchen in die frische Luft" gehen zu dürfen, was aber vom übrigen Pflegepersonal ständig ignoriert wurde. Er hatte die Station schon monatelang nicht mehr verlassen. Meine Aktion wurde mit großer Verwunderung und Ablehnung vom übrigen Personal wahrgenommen. Ein Pfleger

meinte: "Wo kommen wir da hin, wenn wir auf alle Extrawürste der Patienten eingehen!" Ein anderer sagte: "Die Praxis wird dir schon zeigen, daß man den Patienten gegenüber mißtrauisch sein muß!" Mit solchen und ähnlichen Standardformeln wurde ich immer wieder belehrt, die "notwendige" Distanz zum Patienten einzuhalten.

Akzeptiert der neue Pfleger diese Alltagsregel im Laufe der Zeit nicht, so ist zu einem Außenseiterdasein verurteilt, das über längere Zeit hindurch sanktionslos nur schwer zu ertragen ist. In der Regel gelingt es mühelos, den Neuen an die Stationsnormen anzupassen.

3.2.3. Symbole zur Aufrechterhaltung der Distanz

Das wichtigste Symbol zur Aufrechterhaltung der Distanz ist die weiße Pflegerkleidung. Damit wird dem Patienten signalisiert, daß er etwas anderes ist, daß er zu einer anderen Klasse von Menschen gehört.

Die Patienten wissen, daß dieses Symbol Macht bedeutet, was ich an ihrem Verhalten feststellen konnte.

Durch meine Arbeit als Betreuer in einem Kommunikationszentrum hatte ich schon vor meiner Anstellung zum Stationsgehilfen sehr guten und freundschaftlichen Kontakt zu einigen Patienten.

Zu meiner Verwunderung wurde ich von einigen dieser Patienten mit "Herr Pfleger" angesprochen, als ich ihnen zum ersten Mal in Pflegerkleidung begegnete. Sie legten ein völlig anderes Verhalten mir gegenüber an den Tag, das sich in unterwürfigen Gesten, wie etwa scheuen und reservierten Blickkontakten, ausdrückte.

Auch während einer gruppentherapeutischen Sitzung machte eine Patientin die weiße Dienstkleidung als Symbol der



Macht deutlich.

Sie verlangte vom Therapeuten den weißen Arztmantel, zog ihn an und riß damit die Aufmerksamkeit der gesamten Gruppe an sich.

Ein weiteres wichtiges Symbol für die Aufrechterhaltung der Distanz zum Patienten ist die Sprache.

Durch ihre Ausbildung besitzt das Pflegepersonal ein gewisses Vokabular an medizinischen Fachausdrücken, mit dem es sich gegen die Patienten abzugrenzen vermag.

Viel größere Bedeutung in diesem Zusammenhang kommt der medizinischen Spezialsprache der Ärzte zu (vgl. Kap. 4.4.3.)

3.2.4. Strategien zur Aufrechterhaltung der Distanz und deren Rechtfertigung

Das Pflegepersonal besitzt erfolgreiche Strategien und Rechtfertigungen zur Aufrechterhaltung der Distanz und zur Minimalisierung des Arbeitsaufwandes auf der Station.

Eine häufig angewendete Strategie ist Drohung und brutale Behandlung.

Ein alter Patient etwa, der sich gegen das Baden sträubte, wurde von zwei Pflegern festgehalten, ein dritter zog ihn aus und schmiß ihn brutal in die Wanne.

Das Pflegepersonal erspart sich damit eine verbale Auseinandersetzung mit dem Patienten und minimiert den zeitlichen Arbeitsaufwand auf ein notwendiges Ausmaß.

Eine brutale Behandlung hat für viele Patienten eine abschreckende Wirkung, sie wird als erfolgreiche Strategie eingesetzt, um den Patienten an die Stationsnormen anzupassen.

Die Angst vor einer möglichen brutalen Behandlung veranlaßt die meisten Patienten, den Befehlen des Pflegepersonals von vorn herein widerspruchslos zu gehorchen.

Für das Pflegepersonal genügt es dann meist mit solchen Behandlungsmethoden zu drohen, um beim Patienten das gewünschte Verhalten zu erreichen.

Das Pflegepersonal nützt seinen relativ großen Handlungsspielraum dazu, den Patienten an die Stationsnormen anzupassen, um seinen Arbeitsaufwand zu minimalisieren. Da es als einzige Instanz direkt und dauernd mit dem Patienten in Kontakt steht, hat es weitgehende Entscheidungsmacht über ihn.

So ist für das Pflegepersonal relativ unproblematisch, dem Patienten ein Gespräch mit dem Arzt vorzuenthalten oder eine Netzbettverordnung zu erwirken (vgl. Kap. 4.4.1.)). Drohungen mit solchen und ähnlichen Maßnahmen werden regelmäßig dazu verwendet, den Patienten an das Stationsleben anzupassen.

Eine weitere Strategie ist das Belügen des Patienten und das Vertrösten von Bedürfnisbefriedigungen auf unbestimmte Zukunft.

Ein Patient, der sich sträubte, vom Garten auf die Station zurückzukehren, wurde mit dem falschen Hinweis, daß seine Frau oben auf ihn warte, dazu veranlaßt, ohne weitere Diskussion wieder hinaufzugehen.

Eine alte Patientin fragte, ob sie nach Hause dürfe. Sie wurde von den angesprochenen Pflegern damit vertröstet, daß es bestimmt nicht mehr lange dauern werde, sie werde sicher in nächster Zeit heimgehen dürfen, obwohl dies in keiner Weise der Wahrheit entsprach.

Ein alter Mann, der um Hilfe beim Aufstehen bat, wurde mit der Begründung allein gelassen, daß er nur zu faul sei, um allein aufzustehen.

Solche und ähnliche falsche "Informationen" erlauben dem Personal einen unproblematischen und kurzen Kontakt zum Patienten.

Diese Strategien werden durch verschiedene Standardformeln gerechtfertigt, die alle darauf abzielen, den Patienten das normale Menschsein abzusprechen.

Als Rechtfertigung zur Aufrechterhaltung der Distanz wird die Gefährlichkeit des Patienten und seine Nichtzurechnungsfähigkeit vorgebracht. Der Geisteskranke wird als Mensch definiert, der nicht "Herr seiner selbst" ist, der deshalb auch nicht "krankheitseinsichtig" sein kann, dh. seinen eigenen Zustand verstehen kann (vgl. Kap. 4.4.1.).

Dem Patienten wird ein grundsätzliches Mißtrauen entgegengebracht. Bei einem Teil des Pflegepersonals herrscht die Ansicht vor, daß vor allem jüngere Patienten, die Alkohol- oder Drogendiagnosen haben, "arbeitsscheue Individuen" seien, die nur auf den Steinhof kämen, um eine Invalidenrente beziehen zu können und nicht mehr arbeiten zu brauchen.

Distanz zum Patienten wird regelmäßig dadurch gerechtfertigt, daß man ein negatives Bild von ihm entwirft und ihn zum Nichtmenschen degradiert.

3.2.5. Der Patient - Austragungsobjekt von Pflegerkonflikten

Die Degradierung zum "Nichtmenschen" zeigt sich dort besonders deutlich, wo der Patient bloßes Austragungsobjekt von Pflegerkonflikten ist.

Das Tour-System führt dazu, daß sich zwei relativ konsistente und von einander unabhängige Pflegepersonalgruppen bilden, die sich auf einer Station im 24 Stunden Rhythmus abwechseln.

Jede Tour versucht, größere unvorhergesehene Arbeiten auf die andere Tour abzuwälzen. So kommt es zu einer spezifischen Gruppenrivalität, die sich verbal in abwertenden Äußerungen über die jeweils andere Tour ausdrückt.

Diese Diensterteilung führt auch dazu, daß verschiedene Patientenbedürfnisse immer weiter hinausgeschoben werden und schließlich überhaupt nicht erfüllt werden, wie etwa das Schneiden der Finger- und Zehennägel.

In dieser unterschwelligen Konfliktsituation werden Patienten nicht selten dazu mißbraucht, der anderen Tour mehr Arbeit anzulasten.

So mußte einmal ein alter Patient sechsmal während eines Tages trockengelegt und umgezogen werden, weil er Durchfall hatte. Wie ein anderer Patient bestätigte, bekam er am Vortag ein Abführmittel. Als Racheaktion wurde einem Patienten einige Tage später ebenfalls ein Abführmittel verabreicht, um der anderen Tour mehr Arbeit anzulasten. Bei diesem bestand jedoch keinerlei Notwendigkeit dazu, weil er regelmäßig Stuhl gehabt hatte. Er wurde lediglich als bloßes Objekt zur "Rache" an der anderen Tour mißbraucht. In keinem Augenblick stand der Zustand des Patienten zur Diskussion.

Diese Situation zeigt, daß der Patient zum bloßen "Arbeitsmittel" entfremdet ist und als Mensch mit Empfindungen und Bedürfnissen nicht mehr wahrgenommen wird. Der Patient scheint bloß als ein Faktor auf, an dem gearbeitet werden muß, er muß gepflegt, gewaschen, gefüttert oder wenigstens kontrolliert werden.

3.2.6. Exkurs: Geschlechtsspezifisches Pflegerverhalten

Bezüglich der Patientenbehandlung ist eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung beim Pflegepersonal zu beobachten.

Während die Schwestern eher die Fürsorge- und Versorgungstätigkeiten übernehmen, sind die Pfleger dafür verantwortlich, daß "Ruhe und Ordnung" auf der Station herrscht.

Die Ordnungshüterfunktion ist für viele Pfleger die wichtigste und oft auch die einzige Rechtfertigung ihrer Arbeit.

So wurde eine schizophrene Patientin, die sich im geschlossenen Netzbett befand, ausschließlich von Pflegern ins Bad oder auf die Toilette begleitet. Sie war aufgrund eines zeitweilig unberechenbaren Verhaltens (um sich schlagen, Gegenstände entreissen, schreiend durch die Station laufen) als gefährlich definiert worden. Ihre Betreuung war deshalb reine Männersache, obwohl sie die meiste Zeit durchaus angepaßt war.

Ein Patient fing während des Mittagessens an, um sich zu schlagen. Von zwei Schwestern wurden sofort einige Pfleger alarmiert, um den Patienten wieder zu beruhigen.

Ein anderes Mal forderte die Oberschwester einer Frauenstation zwei Pfleger an, um eine über den Balkon entwichene Patientin wieder zurückzubringen. Die Patientin wurde von einem der Pfleger auf die Station zurückgebracht, was von den dortigen Schwestern mit anerkennenden Bemerkungen "belohnt" wurde.

Der Status eines Pflegers unter dem Personal hängt weitgehend davon ab, mit welchem Erfolg er imstande ist, als gefährlich definierte Patienten unter Kontrolle zu bringen.

Ich konnte auch beobachten, daß vor allem Pfleger häufig eine längere Kommunikation mit Patienten auf der Basis des Bloßstellens eingehen.

Ein taubstummer Patient etwa wurde gehänselt, indem ihm ein Pfleger einen brennenden Zigarettenstummel hinlegte und wartete, bis er den Stummel weiterrauchte.

Ein anderes Mal trieben zwei Pfleger mit einem Patienten ihren Spaß, als dieser um eine Zigarette bat. Sie meinten,

er müsse schon seine Brille dafür hergeben, wenn ihm die Zigarette etwas wert sei (der Patient war ein extrem starker Raucher, der wegen Nikotinvergiftung strenges Rauchverbot hatte und unter Entzugserscheinungen litt).

Dieses geschlechtsspezifische Verhalten wird unbewußt reproduziert und hat seine Wurzel in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung der Gesellschaft, die es dem männlichen Pflegepersonal in der Regel verbietet, seine Arbeit durch Fürsorge- und Versorgungstätigkeiten zu definieren.

Die Pfleger rechtfertigen ihre Arbeit mit der Notwendigkeit der "Ordnungshüterfunktion", die ja als Domäne des männlichen Verhaltensbereiches akzeptiert ist (vgl. Beck-Gernsheim, 1976).

3.3. Neuaufnahme -Zerstörung des Selbst

Die "Zerstörung des Selbst" (Goffman, 1972, S.163), die bei der Zwangseinweisung beginnt (vgl. Kap. 2.4.3.), wird in der Anstalt erfolgreich fortgesetzt.

Zwangseingelieferte Personen kommen zuerst für ein bis zwei Tage in den Aufnahmepavillon und werden dort einem Aufnahme-ritual unterworfen, das den ersten massiven Angriff auf das Selbst darstellt.

Dem Kranken werden die Kleider weggenommen und persönliche Wertsachen, wie Uhr, Ringe, Taschengeld udgl. beschlagnahmt. Er verliert alles, was zum individuellen Wert eines Menschen gehört. Der Geisteskranke wird zu einer Person ohne jede Privatsphäre.

Freiwillig aufgenommene Patienten dürfen in der Regel ihre Privatkleidung und ihre persönlichen Wertsachen behalten.

Auf der Station wird der Patient zum Krankenobjekt degradiert, er wird auf eine Diagnose reduziert.

Diese Definition drückt sich bereits in dem Wort Neuaufnahme aus. Kommt ein neuer Patient auf die Station, so wird von ihm nur als Neuaufnahme gesprochen, auch er selbst wird nur als "Neuaufnahme" angesprochen.

So ist es mir selbst einmal passiert, als ich auf einer Station längere Zeit auf einen Arzt wegen eines Vorstellungsgespräches gewartet habe, daß ich von einem Pfleger angesprochen wurde: "Sind Sie eine Neuaufnahme?"

Der neue Patient wird sich selbst überlassen, ihm wird keine besondere Zuwendung geschenkt und seine Behandlung ist reine Routine, wie in verschiedenen Situationen deutlich wurde.

Eine Frau, die in stark depressivem Zustand auf die Station kam, wurde in den Tagraum geschickt, wo sie sich selbst überlassen auf das Essen wartete. Sie saß in einer Ecke und weinte. Nach dem Essen wurde sie ins Bett geschickt.

Üblicherweise werden neuaufgenommene Patienten gleich nach ihrer Ankunft auf der Station ins Bett gebracht und medikamentös ruhiggestellt. Patienten, die diese Routine stören, werden vom Personal zurechtgewiesen.

Das Aufnahmegespräch wird vom Stationsarzt in der Art eines Verhörs abgewickelt.

Anhand eines Aufnahmebogens wird der momentane Zustand des Patienten festgestellt. Er enthält Fragen zur Orientierung und zum Verhalten des Patienten (siehe Seite 32).

Dem Patienten wird dabei eine Objektrolle zugewiesen, in der vom Arzt beurteilt wird. Er hat lediglich die Fragen des Arztes zu beantworten, ohne selber fragen zu können.