

Selbst der Körper des Patienten ist nicht mehr Privatsache. Er wird zum öffentlichen Objekt, dessen Zustand das Pflegepersonal überwacht, wie die folgende Situation zeigt.

Einem neu aufgenommenen jungen Mann wurde von einer Schwester ein Bad eingelassen, während sie ihn anwies, sich auszuziehen. Eine Gruppe von Schwestern und Pflegern steht daneben und unterhält sich über irgendetwas, ohne den Patienten zu beachten. Seine Nacktheit wird als selbstverständlich hingenommen.

Nach dem Baden kontrolliert die Schwester Finger- und Zehennägel, die sie für zu lang befindet und abschneidet. Der Patient möchte, daß ihm wenigstens der Nagel am kleinen Finger nicht geschnitten wird, was die Schwester mit der Begründung ablehnt: "Ich will ja nicht von Ihnen gekratzt werden!"

Hier wird die totale Bloßstellung des Patienten deutlich, die auch vor seinem Körper nicht halt macht.

Durch seine Machtstellung besitzt das Personal erfolgreiche Strategien, den Patienten in eine Objektrolle zu zwingen, in der er den Anforderungen des Pflegepersonals widerstandslos folge leistet.

Er wurde bereits bei der Einlieferung einem Degradierungsritual unterworfen, in dessen Verlauf er eine neue Identität zugeschrieben bekam (vgl. Kap. 2.4.3.).

Durch die Definition als Geisteskranker wird ihm jedes Recht auf Selbstbestimmung aberkannt, das Aufnahme-ritual zielt auf die Zerstörung des Selbst hin.

3.4. Psychische Krankheit - Ausdruck der Unangepaßtheit

So wie in der Gesellschaft Verhaltensauffälligkeiten als Geisteskrankheit bezeichnet werden (vgl. Kap. 2.5.1.), so wird auch die Unangepaßtheit des Patienten auf der Station als Ausdruck seiner psychischen Krankheit gesehen.

Indem Unangepaßtheit als Krankheit definiert wird, ist es möglich, den Patienten durch medikamentöse und therapeutische Maßnahmen in den Stationsalltag zu integrieren.

3.4.1. Die Definition abweichenden Verhaltens als psychische Krankheit

Abweichendes Verhalten wird als Krankheit interpretiert, indem es mit Ausdrücken aus der medizinischen Spezialsprache (Strauss, 1968) bezeichnet wird.

Ein junger neuaufgenommener Patient etwa regte sich sehr darüber auf, daß er die Station nicht verlassen dürfe, er sei hier unter lauter "Narren" und werde selber bald "narrisch", das sei nicht mehr auszuhalten hier. Diese Erregung des Patienten wird vom Personal als Aggressivität definiert. Dem Nachtdienstpfleger wird bei der Dienstübernahme geraten, einen Arzt zu rufen, wenn der Patient während der Nacht noch einmal so einen "Anfall" bekäme, um ihn mit einer Spritze zu "beruhigen".

In der Regel sind es die neu aufgenommenen Patienten, die sich zu Beginn mit der Situation auf der Station nicht abfinden. Sie regen sich über ihre Behandlung auf und protestieren gegen die menschenunwürdigen Zustände.

Solche Patienten werden mit stark dämpfenden Medikamenten "ruhiggestellt" (vgl. Kap. 3.5.1.), die danach für ein bis zwei Tage das Bett nicht verlassen können.

Bei neu aufgenommenen Patienten wird der Grad der Anpassung im Aufnahmebogen getestet.

In einer Kategorie "Verhalten" hat der Arzt den Patienten durch ankreuzen folgender vorgegebener Kategorien zu beurteilen: "angepaßt, ruhig, freundlich, laut, klagend, unruhig, störend".

Das Verhalten des Patienten ist also ein Beurteilungskriterium für die Diagnoseerstellung. So lautete etwa die Diagnose eines Patienten, der sich mit den Zuständen auf der Station nicht abfinden wollte, "chronischer Alkoholismus mit Aggressivitätstendenzen".

3.4.2. Soziale Anpassung als Behandlungsziel

Ziel der psychiatrischen Therapie ist die Wiederherstellung der sozialen Angepaßtheit.

Im ersten Schritt hat sich der Patient an die Stationsnormen anzupassen, die den Maßstab für die Beurteilung seiner "Gesundung" darstellen. Erst dann hat er Aussicht, die Station zeitweise verlassen zu können, um die Arbeitstherapie zu besuchen.

Verhält sich der Patient auf der Station unauffällig, wird er von besonderen "therapeutischen" Maßnahmen verschont.

So wurde einem Alkoholiker, der schon mehrere Male vom Pflegepersonal alkoholisiert erwischt worden war, eine "Antobus-Kur" verordnet (vgl. Kap. 4.4.4.), während andere Patienten, die regelmäßig mehr tranken, von dieser Therapie verschont blieben. Diese kennen durch ihren längeren Aufenthalt auf der Station die tolerierten Abweichungen ganz genau und wissen, daß sie nicht bemerkt werden, solange sie sich ruhig verhalten und dem Pflegepersonal ausweichen, wenn sie betrunken auf die Station kommen.

Die meisten Patienten erkennen im Laufe ihres Aufenthaltes, daß jede Auflehnung sinnlos ist, weil man dadurch erst recht Objekt der Behandlung wird. Sie lernen, sich anzupassen und nicht aufzufallen, um aus dem direkten Kontrollbereich des Pflegepersonals zu rücken und sich dadurch der "Behandlung" weitgehend zu entziehen.

Diese Unauffälligkeit wird von einigen Patienten als bewußte Strategie dazu eingesetzt, um sich einen größtmöglichen Freiraum auf der Station zu verschaffen.

Andere Patienten dagegen verinnerlichen diese Stationsnorm unbewußt und verfallen dadurch in eine Passivität, aus der sie alleine nicht mehr herauskommen.

So etwa beschwerte sich die Schwiegertochter eines solchen Patienten während eines Besuches darüber, daß sich niemand um ihn kümmere, daß er nicht einmal mehr gebadet werde.

Erst durch diese Intervention wurde dieser Patient vom Pflegepersonal überhaupt wahrgenommen. Er verhielt sich so unauffällig, daß er einfach "übersehen" worden war, was durch die große Patientenzahl auf den Stationen nicht selten passiert.

Um den Patienten an den Stationsalltag anzupassen, werden in erster Linie Medikamente und Spritzen verwendet, im Extremfall kommt es zu einer Verordnung des geschlossenen Netzbettes (vgl. Kap. 3.6.3.).

Die Stationsnormen spiegeln das Bedürfnis der bürokratischen Organisation nach effizienter Verwaltung einer möglichst großen Zahl von Menschen wieder.

Das Pflegepersonal als unmittelbarer Vollstrecker dieser Normen, zwingt dem Patienten ihre Bedürfnisse auf, die primär darin bestehen, den Arbeitsaufwand so gering wie möglich zu halten.

Der optimal angepaßte, "ideale" Patient stellt keine Arbeitsbelastung für das Personal dar. Er badet sich selber, macht täglich sein Bett, nimmt widerspruchslos seine Medikamente, hilft beim Essenausteilen, Geschirrabwaschen udgl., zeigt ein unterwürfiges Verhalten und beklagt sich nie über etwas.

Langzeitpatienten, die diese Stationsnormen vollkommen verinnerlicht haben, sind nicht mehr fähig, die Anforderungen des Alltags außerhalb der Anstalt zu erfüllen.

Sie haben jenes Maß an Eigeninitiative verlernt, das nötig ist, um im "normalen" Alltag überleben zu können.

Die Patienten werden so einem Stationsalltag angepaßt, der sich erheblich vom Alltag in der Gesellschaft unterscheidet, womit das Behandlungsziel weitgehend verfehlt ist.

3.5. Die Medikamente

3.5.1. Medikamente als "geistige Zwangsjacke"

Ein Patient bezeichnete mir gegenüber die sogenannten Psychopharmaka einmal als geistige Zwangsjacke, womit er sehr treffend die Anpassungsfunktion der medikamentösen Therapie erkannte (siehe oben).

Die Verabreichung von Psychopharmaka ist die am häufigsten eingesetzte Therapieform, die am Patienten kontinuierlich angewendet wird.

Die Medikation ist Sache des Stationsarztes, der aufgrund der Diagnose entsprechende Medikamente verordnet und durch laufende Überprüfung bei der Visite diese gegebenenfalls ändert.

Die Verabreichung der Medikamente ist Sache des Pflegepersonals, das nach den eingetragenen Verordnungen im Therapiebuch die Morgen-, Mittags- und Abendration auszugeben hat.

Obwohl eine strenge Einhaltung der verordneten Medikation vorgeschrieben ist, wird die Verabreichung in der Praxis sehr locker gehandhabt.

Durch die Struktur und den Ablauf der Visite, ist es dem Arzt nicht möglich, den Zustand des einzelnen Patienten wirksam zu kontrollieren (vgl. Kap. 4.4.).

Eine falsche oder geänderte Medikation wird erst bei groben Verstößen sichtbar, wenn sich der Zustand des Patienten akut verschlechtert.

Das Pflegepersonal manipuliert die Medikamentenvergabe im Sinne der Minimalisierung seines Arbeitsaufwandes.

So wurden einem Patienten, der sich gegen das Baden sträubte, zwei Eßlöffel starkes Beruhigungsmittel verabreicht, wonach der Patient bei vermindertem Wachheitszustand wie eine Marionette den Befehlen des Pflegers gehorchte.

In diesem Sinn werden am Abend häufig höhere Dosen von Schlafmitteln verabreicht, um die Nachtruhe zu garantieren.

Zu einer oft verwendeten Strategie des Pflegepersonals zählt auch das Eintragen von störenden Patienten in das Nachtdienstbuch, wie etwa: "Patient B. ist seit 3 Uhr bettflüchtig. Patient G. ist während der Nacht unruhig, er belästigt andere Patienten" udgl. Damit gelingt es eine "legale" Verordnung von Schlafmitteln durch den Arzt zu erwirken.

Auch die Ersetzung fehlender Medikamente durch andere mit ähnlicher Wirkung wird häufig im Zuge der Arbeitsersparnis angewendet. Eine von mir daraufhin angesprochene Schwester pochte auf ihre Medikamentenkenntnisse und meinte, daß es sich nicht auszahle, von einer anderen Station das vorgeschriebene Medikament zu holen.

Das Pflegepersonal nützt seinen relativ großen Freiraum in der Medikamentenvergabe dazu, die Patienten an die Stationsnormen anzupassen und damit seinen Arbeitsaufwand zu verringern.

3.5.2. Patientenstrategien zur Medikamentenbeschaffung und Einnahmeverweigerung

Um die Medikamente bildet sich für den Patienten der wichtigste Bereich des "Unterlebens" (Goffman, 1972) auf der Station.

Einerseits werden spezifische Strategien entwickelt, um sich vor unerwünschter Medikamenteneinnahme zu drücken, andererseits gelingt es einer Gruppe von Patienten, sich illegal Medikamente zu verschaffen, um gewünschte körperliche oder seelische Zustände hervorzurufen.

Unerwünschte Medikamente einfach wegzuworfen, ist für jene Patienten relativ unproblematisch, die sich den Stationsnormen anpassen und dadurch eine besondere Kontrolle durch das Pflegepersonal vermeiden.

Solange der Patient den Eindruck erweckt, seine Medikamente regelmäßig zu nehmen und in seinem Verhalten unauffällig bleibt, werden ihm die Medikamente einfach ausgehändigt, ohne zu kontrollieren, ob er sie wirklich einnimmt.

Das Pflegepersonal hat kein besonderes Interesse daran, solche Patienten genauer zu kontrollieren, da auch überflüssige Kontrolle als Mehrarbeit abgelehnt wird. So etwa meinte eine Schwester, sie finde öfter weggeworfene Medikamente in den Betten, man könne dagegen aber gar nichts machen, weil man sonst ja ständig hinter jedem herlaufen müßte.

Bei jenen Patienten, die durch ihre Auffälligkeit in den Blickpunkt der pflegerischen Kontrolle geraten, etwa indem sie beim Wegwerfen von Medikamenten erwischt werden, wird die Einnahme der Medikamente streng überwacht. In der Regel geschieht das dadurch, daß der Patient das vorgeschriebene Präparat vor den Augen des Personals einnehmen muß.

Selbst dabei gelingt es einigen Patienten durch spezielle Taktiken die Medikamente nicht zu schlucken.

Eine Patientin erzählte mir über ihre Praktik bei der direkten Kontrolle, sie lasse die Tablette von den Lippen auf den Boden fallen, während sie mit einem Glas Wasser nachspült. Dann steige sie mit einem Fuß drauf und transportiere so das Medikament weg. Da sie barfuß gehe, klebe die Tablette solange an der Fußsohle, bis sie außer Sichtweite sei.

Ein anderer Patient berichtete mir, er lege sich die Tablette auf die Handfläche und mache eine schnelle, ruckartige Bewegung zum Mund, wobei das Medikament in seinen Rockärmel gleite. Anschließend hebe er die Zunge, um sich von jedem Verdacht zu befreien (der einfachste Trick, die Tablette unter die Zunge zu legen, sei nämlich fast dem ganzen Pflegepersonal bekannt).

Normalerweise müssen die Patienten solch anstrengende und riskante Taktiken nur einige Tage durchhalten, bis der Verdacht der Nichteinnahme als unbegründet wieder abfällt und die Kontrolle ausbleibt.

Die Patienten nützen solche und ähnliche Strategien auch dazu, um Medikamente zu horten und sie als Tauschgut zu verwenden.

Wie mir eine Schwester erzählte, verlangen Patienten unter dem Vorwand ihres schlechten Zustandes Beruhigungsmittel und horten sie, um sie gegen gewünschte Dinge, wie Zigaretten einzutauschen.

So hat sich ein organisierter Schwarzhandel mit Medikamenten aufgebaut, der sich aber in erster Linie außerhalb der Stationen auf bestimmten kaum kontrollierten Plätzen im Anstaltsgelände abspielt.

Alkohol- und rauschgiftsüchtigen Patienten gelingt es mit speziellen Strategien sich Medikamente zu verschaffen, die rauschähnliche Zustände hervorrufen.

Ein Alkoholiker etwa täuschte chronischen Husten vor, um Hustensaft zu bekommen, der unter anderem auch alkoholische Bestandteile enthält.

Ein Patient berichtete mit, daß in einer Lungenheilstätte sogar die Spucknapfe, die zur Desinfektion mit Spiritus gefüllt sind, "ausgesoffen" worden wären.

Eine Alkoholikerin versorgte sich am Abend vor ihrer Entlassung mit einer größeren Menge eines bestimmten Beruhigungsmittels und hielt sich anschließend die ganze Nacht wach, was die Wirkung eines stark berauschten Zustandes hervorrief. So feierte sie auf ihre Art den Abschied vom Steinhof.

3.6. Das geschlossene Netzbett

3.6.1. Die Legitimation durch das Gesetz

Nach dem Krankenanstaltengesetz können den Patienten, wenn sie " ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährden, Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung" (KAG, §51) auferlegt werden.

Das Gesetz sieht also eine "Netzbettverordnung" dann als legitim an, wenn es sich um gefährliche Patienten handelt. Da zwangseingewiesene Patienten automatisch als gefährlich definiert sind (vgl. Kap. 2.3.1.), bedarf eine Netzbettverordnung bei ihnen keiner besonderen Rechtfertigung.

Bei freiwillig aufgenommenen Patienten muß in der aktuellen Situation Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen.

3.6.2. Die Definition abweichenden Verhaltens als Selbst- oder Fremdgefährdung

Ähnlich wie bei der Zwangseinweisung in die psychiatrische Anstalt werden von Stationsnormen abweichende Patienten als gefährlich definiert, um eine Netzbett-

verordnung zu legitimieren (vgl. Kap. 2.5.3.), wie die folgende Situation verdeutlicht.

Eine Patientin, die schreiend durch die Station lief, wurde von zwei Pflegern überwältigt und ins Netzbett gebracht, obwohl sie damit in keiner Weise die Sicherheit von irgend jemand gefährdet hat. Wie sie mir nachher berichtete, seien ihr momentan die Nerven durchgegangen, sie mußte sich einfach Luft machen.

Vom Pflegepersonal wurde diese Verhaltensauffälligkeit jedoch ohne irgend eine Diskussion als gefährlich definiert und mit dem Netzbett bestraft.

Die Angst des Patienten vor dem Eingesperrtwerden führt regelmäßig zu Abwehrreaktionen, die vom Personal als Bestätigung seiner Gefährlichkeit gewertet werden. Sie sind Anlaß zu brutaler Behandlung, die in der Regel Sache der männlichen Pfleger ist (vgl. Kap. 3.2.6.). Eine Patientin etwa, die sich gegen das Netzbett sträubte, wurde von zwei Pflegern auf brutale Weise abgeführt, indem ihr beide Hände am Rücken fixiert wurden.

Die Persönlichkeitsdefinition des Personals führt nicht selten zu einer Rechtfertigung durch den Patienten, der aus Verzweiflung und einem unbeschreiblichen Ohnmachtsgefühl heraus die Nerven verliert und sich hinter dem geschlossenen Gitter wild gebärdet.

So zerfetzte eine Patientin in einem Anfall von ohnmächtiger Wut ihr Nachthemd, zerriß die Matraze in kleine Stücke und verstreute sie in der Umgebung des Bettes.

Solche Reaktionen bestätigen die "Gefährlichkeit" des Patienten und rechtfertigen eine längere Verwahrung im Netzbett (vgl. Kap. 3.6.4.).

3.6.3. "Institutioneller Problemlöser" für auffällige Patienten

Das geschlossene Netzbett ist extremer Ausdruck einer Psychiatrie, die individuelle Patientenbedürfnisse leugnet und auf möglichst unproblematische Verwahrung und Kontrolle von Menschen abzielt.

Patienten, die sich den Anforderungen des Stationsalltags nicht anpassen können oder wollen und die auch eine medikamentöse Therapie nicht "zur Vernunft" bringt, werden ins Netzbett eingesperrt "wie wilde Tiere in einen Käfig".

In der bürokratischen Struktur der psychiatrischen Anstalt hat das Netzbett die Funktion, das Pflegepersonal vor einer unerfüllbaren Arbeitsbelastung, die aus dem intensiven Kontakt mit "schwierigen" Patienten erwachsen würden, zu schützen.

Das Netzbett enthebt das Pflegepersonal von einer besonderen Beschäftigung mit dem Patienten und funktioniert so als Verwahrungsinstrument, das die Kontrolle des Personals ersetzt, was in verschiedenen Situationen deutlich wird.

Ein drogensüchtiger Patient, der mit starken Entzugserscheinungen eingeliefert wurde, bekam eine hohe Dosis Beruhigungsmittel gespritzt und wurde anschließend ins Netzbett gebracht, wo er sich selbst überlassen werden konnte.

Eine Patientin, die lautstark gegen ihre Behandlung protestierte, wurde von drei Schwestern an Händen und Füßen gehalten, während ihr der Arzt ein Beruhigungsmittel spritzte und anschließend ins Netzbett gelegt.

Die Netzbettverordnung wird als eine besondere therapeutische Maßnahme gerechtfertigt, da Unangepaßtheit als Ausdruck der Krankheit verstanden wird (vgl. Kap. 3.4.1.).

Das Netzbett darf daher offiziell nur vom Arzt "verordnet" werden. Durch ihre Vermittlerrolle ist es jedoch für das Pflegepersonal relativ unproblematisch, eine Netzbettverordnung zu erwirken (vgl. Kap. 4.4.1.).

3.6.4. "Gefährlichkeit" als Ergebnis einer Rollenübernahme

Durch einen einseitigen Definitionsprozeß behandelt das Personal auffällige Patienten als gefährlich und zwingt sie in diese Rolle hinein. Der Patient, der diese Rolle übernimmt, bestätigt damit seine "Gefährlichkeit" und rechtfertigt seine Verwahrung im Netzbett. Dieser ständig sich wiederholende Interpretationsprozeß führt zu einer Stabilisierung der Situation und begünstigt ein Routinehandeln in vorgegebenen Schemata. Erst die Durchbrechung dieses Zuschreibungsprozesses von seiten des Personals kann zu einer Änderung des Patientenverhaltens führen.

Das Patientenverhalten ist von der Definition des Personals abhängig, wie folgende Situation deutlich zeigt.

Im Laufe mehrerer Wochen stabilisierte sich durch die einseitige Behandlung das Verhalten einer Netzbettpatientin in einem Maße, daß ihre Gefährlichkeit für das Personal außer Frage stand und eine Aufhebung der Netzbettverordnung undenkbar schien.

Eine italienische Gastärztin brach diese Wirklichkeit radikal, indem sie das Gitter öffnete, mit der Patientin auf den Balkon ging und sich mit ihr unterhielt.

Der vom übrigen Personal prophezeite "Anfall" blieb aus. Auf Verlangen der Patientin ging die Ärztin mit ihr in den Garten hinunter. Sie spielten dort Ball und anschließend ging die Patientin ohne jede Aufsicht ins Kommunikationszentrum, trank einen Kaffee und unterhielt sich dort mit anderen Leuten. Sie war entspannt

und fröhlich, ihr mißtrauisches Abwehrverhalten wich einem Ausdruck des Wohlbefindens.

Ähnlich konnte ich selber feststellen, wie stark das Patientenverhalten vom Personalhandeln abhängig ist.

Ein alter Mann, der schon längere Zeit über die Nacht über im Netzbett verbringen mußte, war während des Nachtdienstes ständig unruhig. Obwohl er starke Schlafmittel verabreicht bekam, wachte er immer in der Nacht auf und rief den Namen seiner Frau, sie solle doch kommen und ihn herauslassen. Der Patient war in der Früh regelmäßig urindurchnäßt und schweißgebadet, was vom Pflegepersonal als Bestätigung seiner Netzbettverwahrung gewertet wurde.

Erst als ich während meiner Nachtdienste das Gitter offen ließ, beruhigte sich der Patient allmählich. Nach einiger Zeit schlief er die ganze Nacht durch, ohne "unter sich zu lassen", das Eingesperrtsein war der Grund seines unruhigen Verhaltens.

Das Brechen alteingefahrener routinierter Alltagshandlungen des Pflegepersonals zeigt, daß das Patientenverhalten nicht immer Ausdruck eines unterstellten Krankheitsbildes ist, sondern auch als Reaktion auf seine Behandlung verstanden werden muß.

3.7. Arbeit - Ausdruck der Normalität

Arbeit spielt in der psychiatrischen Therapie eine zentrale Rolle. Bereits im vorigen Jahrhundert erkannte man die Wichtigkeit der Arbeitstherapie zur Wiedereingliederung von psychisch Kranken in die Gesellschaft (vgl. Kap. 1.4.).

Arbeit stellt einen wichtigen Gradmesser der Normalität des Patienten dar. Eine "Besserung" seines Zustandes

ist untrennbar mit der Fähigkeit und dem Willen zu arbeiten verbunden.

So ist auch im Therapieprogramm vorgesehen, dem "gebesserten" Patienten eine Arbeitstherapie zu verordnen, wobei er in einem eigenen Therapiezentrum die Möglichkeit hat, verschiedene motorische und geistige Fähigkeiten (wieder)zuerwerben.

Erst wenn er die Anforderungen der Arbeitstherapie zufriedenstellend erfüllt, hat er die Chance, entlassen zu werden.

Ähnlich wird die Arbeit auf der Station als Therapie interpretiert und dadurch legitimiert, wo die Mithilfe der Patienten eine wesentliche Arbeitserleichterung für das Pflegepersonal bedeutet und für die psychiatrische Anstalt auch Personaleinsparungen ermöglicht (vgl. Forster u. Pelikan, 1978 a, Bd.2, S.238).

Durch die Ausführung verschiedener Routinearbeiten, wie Bettenmachen, Geschirrabwaschen, anderen Patienten beim Baden helfen udgl., sichert sich der Patient die Gunst des Pflegepersonals, weil er es dadurch wesentlich entlastet.

So etwa lobte das Pflegepersonal einen Patienten, der sich um die Instandhaltung der Station kümmerte, indem er Aschenbecher ausleerte, Tischtücher auswechselte und am Klosett auswischte, als "fleißig und brav".

Mithilfe wird durch bevorzugte Behandlung belohnt. "Patientenhausarbeiter" bekommen beim Essen immer etwas mehr oder die besseren Stücke. Im Sommer werden sie bei dem wöchentlich viel zu knappen Kontingent an Mineralwasser bevorzugt, wodurch andere Patienten überhaupt nie welches kriegen.

Viele Patienten setzten die Arbeit auf der Station als Strategie ein, um sich Freiräume zu schaffen und das

Leben auf der Station erträglicher zu gestalten.

Ein junger Patient, der schon über ein Jahr auf der Station ist, erzählte mir, er stehe täglich um vier Uhr früh auf und helfe die alten Patienten baden, wofür er einen Kaffee und ab und zu auch eine Schachtel Zigaretten vom Pflegepersonal bekomme.

Eine Patientin etwa hilft täglich in der Küche beim Essenausteilen und sichert sich dadurch die besseren Stücke.

Ein anderer kümmert sich regelmäßig um einige alte Patienten, er richtet ihnen Kleider her, zieht sie an, badet sie usw. und wird für diese Arbeitsabnahme vom Personal durch Extraportionen beim Essen bevorzugt.

Mithilfe wird auch als Strategie eingesetzt, um sich illegal Medikamente zu verschaffen (vgl. Kap. 3.5.2.).

Auf der Männerstation gab es zwei Patienten, die regelmäßig beim Medikamentenausteilen behilflich waren, indem sie bettlägerigen Patienten die Medikamente ans Bett brachten. Sie hatten dadurch die Möglichkeit, solche Medikamente für sich zu behalten, weil vom Pflegepersonal nicht nachkontrolliert wurde.

Neben gewissen Vergünstigungen gibt die Arbeit auf der Station dem Patienten die Gelegenheit, etwas Sinnvolles mit seiner Zeit anzufangen. Arbeit ist als Gegenstrategie verstehbar, sich gegen die Rollenzuschreibung eines passiven Versorgungsobjekts zu wehren und sich der "erzwungenen Untätigkeit" zu widersetzen (vgl. Kap. 3.1.1.).

In diesem Sinn meint ein Patient, daß er etwas tun müsse, damit die Zeit schneller vergehe, es sei ihm sonst zu langweilig. Ein anderer, der beim Geschirrabwaschen und Abtrocknen hilft, sagt, er mache das gern, er tue das auch zu Hause und es vertreibe ihm die Zeit.

In vielen Fällen zielt die Mithilfe in der Betreuung pflegebedürftiger Patienten darauf ab, diese vor grober und brutaler Behandlung von seiten des Pflegepersonals zu schützen (vgl. 3.8.3.).

Ich konnte oft beobachten, daß sich Patienten zuvorkommend anboten, alte Patienten zu baden und anzuziehen, weil sie wußten, daß diese vom Pflegepersonal dabei sehr brutal behandelt werden (vgl. Kap. 3.2.4.).

Wie ich in vielen Gesprächen mit Patienten feststellen konnte, ist sich ein Großteil der Patienten über die zentrale Bedeutung der Arbeit bewußt und erkennt, daß die Bereitschaft zu arbeiten eine wichtige Rolle in ihrer Chance auf Entlassung spielt, wie dies ein Langzeitpatient ausdrückte: "Wenn'st nix arbeitest, bist nix wert und kriegst kan Ausgang."

3.8. Patienten untereinander - Hierarchie und Solidarität

3.8.1. Patientensprache - Symbol der Gruppenidentität

Strauss weist auf die zentrale Bedeutung der Sprache für die Identität einer Gruppe hin.

Jede menschliche Gruppe entwickelt ab einer gewissen Lebensdauer eine Spezialsprache, die es erlaubt, sich gegen andere Gruppen abzugrenzen und Mitglieder der eigenen Gruppe zu identifizieren (vgl. Strauss, 1968, S.18 f).

Ähnlich wie Ärzte und Pflegepersonal ihre medizinische Spezialsprache dazu nützen, sich vom Patienten abzugrenzen und ihm seine Ohnmachtsposition immer wieder neu vor Augen führen (vgl. Kap. 3.2.3. und 4.4.3.), besitzen die Patienten spezifische Ausdrücke, die nur von ihnen, bzw. nur von gewissen Patientengruppen verstanden werden und die es ihnen erlaubt, sich gegen Fremde abzugrenzen.

Die Ausdrücke der Patientensprache stammen zum Großteil aus dem Vokabular einer "Gaunersprache", wie sie sich vor allem in Gefängnissen herausgebildet hat und aus der Sprache der Rauschgiftszene. Zu solchen zählen etwa

einen Frack bekommen - für immer in der Anstalt interniert werden

in den Arsch gehen - sich unerlaubt aus der Anstalt entfernen

Heh - Polizei

Fixer - jemand, der Heroin nimmt

goldener Schuß - Überdosis an Rauschgift, die zum Tod führt

u.a.

Die vor allem von Langzeitpatienten gepflogene Spezialsprache erlaubt die Abgrenzung vom Personal und stellt ein wichtiges Mittel für das Unterleben (Goffman) in der Anstalt dar, etwa bei der Organisation des Medikamentenschwarzhandels (vgl. Kap. 3.5.2.).

3.8.2. Patientenhierarchie

Da der Patient nur sehr beschränkte Möglichkeiten hat, das Personalverhalten zu seinen Gunsten zu beeinflussen, versucht er umso eher, innerhalb der Patienten eine privilegierte Stellung zu erlangen, um sich wenigstens hier größere Handlungsspielräume zu sichern.

Durch die gesellschaftlich negative Bewertung der Geisteskranken als sozial Ausgestoßene, versuchen viele Patienten sich und ihre Krankheit so darzustellen, daß sie sich gegenüber anderen Patienten als gesund oder normal definieren.

Sehr häufig grenzen sich alkohol- und drogenkranke Patienten in dieser Weise von Schwachsinnigen und alters-

dementen Patienten ab. Sie beschwerten sich oft darüber, daß sie mit "diesen Depperten" zusammenleben müßten und daß es bei "den Wahnsinnigen" kaum auszuhalten sei. Dies geht in manchen Fällen soweit, daß sich etwa ein Alkoholiker weigerte, überhaupt mit "diesen Narren" zu sprechen.

Diese Strategie dient der internen Hierarchiebildung und ist in den meisten Fällen erfolgreich.

Auf der beobachteten Männerstation wird der Stationsalltag weitgehend von einer Gruppe von sechs bis acht Alkoholikern kontrolliert, die durch langjährige Aufenthalte in der Psychiatrie eine gewisse Sonderstellung erlangt haben.

Diese Spitzengruppe definiert die Situation unter den Patienten, indem sie festlegt, was jemand machen darf und was nicht. So wurde ein Patient, der die Gewohnheit hatte, im Tagraum herumzugehen und alles einzustecken, was ihm unter die Hände kam, des öfteren scharf zurechtgewiesen, indem man ihm mit Schlägen drohte, wenn er nicht sofort auf seinen Platz gehen würde.

Beim abendlichen Kartenspiel zeigt sich die hierarchische Struktur deutlich. Mitspielen darf nur, wer von der Spitzengruppe als gleichwertig akzeptiert ist.

Einige jüngere Patienten bemühten sich Anschluß zu bekommen, indem sie sich gegenseitig Heldentaten aus ihrem Leben erzählten, um bei den "alten Hasen" Eindruck zu gewinnen. Diese Gespräche wurden mit der Absicht geführt, von der Spitzengruppe als gleichwertig definiert und akzeptiert zu werden.

Kommt ein neuer Patient auf die Station, so wird er von der Spitzengruppe getestet, ob und wie weit er dieselbe Sprache spricht. Sie hat durch teilweise gemeinsame

Gefängnis- und Sandlerkarrieren eine Spezialsprache entwickelt, die von vielen Patienten, die zum erstenmal oder nur kurz in der Anstalt sind, nicht verstanden wird (zur Sandler Sprache vgl. Girtler, 1980 b, S.106f).

So wurde ein neuaufgenommener Patient, der zum erstenmal auf diese Station kam, sofort in die Spitzengruppe aufgenommen, nachdem er durch die problemlose richtige Deutung und Verwendung der Spezialausdrücke seine Vergangenheit als Sandler und Expatient glaubhaft machen konnte.

Die Sprache erfüllt eine wichtige Integrationsfunktion innerhalb der Patienten (siehe oben). Sie wird von gewissen Patientengruppen, vor allem Alkohol- und Suchtgiftkranken dazu eingesetzt, sich von den übrigen Patienten zu distanzieren und trägt damit zur internen Hierarchiebildung bei.

Ein wichtiges Symbol der Patientenhierarchie ist die Zigarette.

Nahezu alle Patienten sind Raucher, jene die als Nichtraucher in die Anstalt kommen, beginnen meist in sehr kurzer Zeit zu rauchen. Rauchen stellt eine Entlastungsfunktion dar, um den Stationsalltag besser zu bewältigen.

Das "Zigaretterschnorren" (sich schenken lassen oder ausleihen) gehört zum Patientenalltag. Vor allem Langzeitpatienten, die keinen Kontakt zu draußen haben und oft mit einem monatlichen Taschengeld von 150,- S auskommen müssen, haben zuwenig Geld, um sich mit Zigaretten versorgen zu können.

Für einen Raucher ist es meist unerträglich, nicht rauchen zu können, was bei einem Patienten in extremer Form zu Ausdruck kam. Da er ärztliches Rauchverbot hatte und von niemanden eine Zigarette bekam, sammelte er die

Zigarettenstummeln aus den Aschenbechern, löste die Tabakreste heraus und aß diese anschließend.

Solche Patienten erniedrigen sich oft bis aufs letzte, um eine Zigarette zu bekommen.

Diese Situation wird vom Personal und von jenen Patienten ausgenutzt, die Zigaretten besitzen. Sie lassen sich verschiedene Tätigkeiten wie einkaufen gehen, Zigaretten holen udgl. um eine oder mehrere Zigaretten verrichten.

Patienten, die es sich leisten können, rauchen ihre Zigarette nicht ganz fertig und dämpfen sie aus. Diese Zigarettenstummel werden von anderen Patienten zuende geraucht, die damit deutlich eine Stufe tiefer in der Patientenhierarchie stehen.

Die Zigarette ist so ein Symbol für Abhängigkeit und Hierarchiebildung. Jene, die durch Versorgung von draussen bzw. über den Schwarzhandel ständig über Zigaretten verfügen, kontrollieren das Verhalten anderer Patienten und stellen es in ihre Dienste.

Auf der Männerstation zeigt sich die Patientenhierarchie auch in der streng eingehaltenen Sitzordnung im Tagraum.

Der angestammte Sitzplatz wird als Teil des persönlichen Bereiches definiert und drückt den Rest eines Selbstbestimmungsbedürfnisses aus, er wird als persönliches Territorium verteidigt (vgl. Goffman, 1972, S.234).

Den alten pflegebedürftigen Patienten ist ein großer Tisch etwas abseits am Ende des Tagraumes zugewiesen, die übrigen "besseren" sitzen auf kleineren Tischen zu zweit oder zu viert.

Ein alter Patient, der sich einmal unversehens auf den Platz eines "besseren" setzte, wurde von diesem unsanft am Kragen gepackt und unter lauten Beschimpfungen auf seinen Platz verwiesen.

Die patienteninterne Hierarchiebildung hat in erster Linie für Langzeitpatienten Bedeutung, für die die Station den primären Lebensbereich darstellt.

Durch die hohe Fluktuation unter den Patienten (Dreh-
türpsychiatrie, vgl. Kap. 1.5.4.) ist davon nur eine
Kerngruppe betroffen, in dessen Sozialsystem die Über-
und Unterordnung allerdings eine große Rolle spielt.

3.8.3. Solidarität

Im gemeinsamen Ausgestoßensein aus der Gesellschaft und
der Unterdrückung durch das Personal solidarisieren
sich die Patienten zu einer "Leidensgemeinschaft", in
der sie Trost und Schutz suchen und finden.

Die Solidarität wird in einem Füreinander-da-sein und
in einem gewissen Schutz von pflegebedürftigen Patienten
vor brutaler Behandlung des Personals sichtbar.

Trotz der Abgrenzung untereinander (siehe oben) definie-
ren sich die Patienten gegenseitig als Menschen mit
persönlichen Bedürfnissen und Problemen, im Gegensatz
zur Definition des Personals (vgl. Kap. 3.2.1.), wie
folgende Situationen zeigen.

Ein neuaufgenommener Patient, der sich selbst überlassen
allein an einem Tisch sitzt, wird von einem anderen mit
einigen aufmunternden Worten getröstet, indem er ihm
freundschaftlich auf die Schulter klopft.

Eine junge Patientin tröstet einen älteren, der traurig
vor sich hin starrt und zu weinen beginnt. Sie streichelt
und küßt ihn und redet mit ihm, um ihn seine Schmerzen
vergessen zu lassen.

Durch den nahen und menschlichen Kontakt zueinander
kennen die Patienten die Bedürfnisse ihrer "Leidensge-
nossen" viel besser als das Pflegepersonal und versuchen
sie auch gegenseitig zu befriedigen.

Alten bettlägerigen Patienten wurde von jüngeren regelmäßig Wasser ans Bett gebracht.

Auf der Männerstation begleitete ein Patient der Spitzengruppe an warmen Tagen einige Patienten, die alleine die Station nicht verlassen dürfen, in den Garten und ermöglichte ihnen damit das Verlassen der Station.

Pflegebedürftige Patienten, die sich nicht selber anziehen und waschen können, werden von anderen Patienten betreut, um sie vor grober Behandlung durch das Pflegepersonal zu schützen.

Auf der Männerstation gehört dies zum Verantwortungsbereich der Spitzengruppe. In dem man schwachen Patienten beim Aufstehen und beim Baden behilflich ist, gelingt es, das Pflegerverhalten teilweise zu kontrollieren.

In einigen Fällen solidarisieren sich Patienten sogar soweit, daß sie dabei eine Gefährdung ihrer eigenen Position beim Personal riskieren.

So deckte ein Patient eine Mitpatientin, die über den Balkon aus der Station entwichen war, indem er nicht sagte, wo sie ist, obwohl das Personal sicher war, daß er es wußte. Dies brachte dem Patienten Schwierigkeiten beim Pflegepersonal ein, das ihn eine Zeit lang besonders streng kontrollierte.

3.8.4. Zusammenfassung

Die Beziehungen der Patienten untereinander sind in einem hierarchischen Sozialsystem geregelt, das durch eine Ambivalenz von Rivalität und Solidarität geprägt ist.

Einerseits versucht man, seinen Handlungsspielraum innerhalb der Station auf Kosten anderer Patienten

auszudehnen, ist aber andererseits auch bereit, sich miteinander gegen das Pflegepersonal zu solidarisieren.

Je nach den situativen Bedingungen ist es durchaus möglich, daß ein und derselbe Patient das eine Mal hilfloses Objekt von derben Patientenspäßen ist, das andere Mal jedoch von denselben Personen gegen die Behandlung des Personals geschützt wird.

3.9. Das Schwesternzimmer - verbotener Raum

Goffman teilt die geographisch abgegrenzten Räume in drei Bereiche ein, die für totale Institutionen typisch sind.

Erstens die verbotenen oder unzugänglichen Räume, in die der Patient keinen Zutritt hat. Zweitens die Aufsichtsräume, wo sich Patienten aufhalten dürfen, jedoch der üblichen Kontrolle unterliegen, wie z.B. der Tagraum auf der Station. Drittens schließlich jene Räume, in denen ein geringeres Maß an Kontrolle üblich ist, wie etwa die beiden Kommunikationszentren in der Anstalt (Goffman, 1972, S.220 f).

Das Schwesternzimmer stellt innerhalb der Station einen verbotenen Raum für die Patienten dar, es ist ihnen streng untersagt, diesen Raum zu betreten.

Jene, die diese Norm brechen, werden unter scharfen Zurechtweisungen vom Pflegepersonal aus dem Schwesternzimmer verwiesen, wie etwa ein Patient, der gekommen war, etwas zu fragen: "Verschwinde, hier hast du nichts zu suchen!"

Solche und ähnliche Ausdrücke sollen dem Patienten klar machen, daß es sich hier um einen Raum handelt, zu dem er keinen Zutritt hat.

Diese Tatsache stellt eine wichtige Stationsnorm dar, an die sich die Patienten anzupassen haben. In der Regel übertreten angepaßte Patienten nie die Türschwelle ins

Schwesternzimmer, sie stellt für sie die magische Grenze zu diesem verbotenen Raum dar.

Das Pflegepersonal besitzt wirksame Strategien, diese Norm auch dann zu garantieren, wenn Patienten immer wieder dagegen verstoßen, wie folgende Situation zeigt.

Ein alter Patient, der ständig ins Schwesternzimmer kam, um den Pflegern etwas zu erzählen und aufgrund seines verwirrten Zustandes auf die üblichen Zurechtweisungen nicht reagierte, wurde einfach "übersehen". Das anwesende Pflegepersonal verhielt sich so, als sei der Patient gar nicht da. Dieser konnte reden, soviel er wollte, er wurde nicht gehört.

Das Pflegepersonal setzte für diesen Patienten dann eine Netzbettverordnung durch, indem der Nachtdienst einige Tage regelmäßig eintrug, daß der Patient bettflüchtig sei und andere Patienten belästige.

Die wichtigste Funktion des Schwesternzimmers als verbotener Raum ist die erfolgreiche Aufrechterhaltung der sozialen Distanz zum Patienten.

Für das Personal ist es dadurch möglich, sich vollkommen von ihm abzuschirmen. Der Patient hat außerhalb der festgesetzten Zeiten im Tagesablauf (vgl. Kap. 3.1.1.) keine Möglichkeit, zum Pflegepersonal Kontakt herzustellen.

Es gelingt so, die Patientenbedürfnisse zu normieren und auf die festgesetzten Zeiten zu reduzieren, da außertourliche Bedürfnisse nicht artikuliert werden können.

Für das Pflegepersonal stellt das Schwesternzimmer eine eminente Entlastungsfunktion dar. Es wird eine Atmosphäre der Privatheit geschaffen und man distanziert sich dadurch erfolgreich von der Arbeitsrealität innerhalb der Arbeitszeit. Die Gesprächsthemen stammen häufig aus dem privaten Bereich des Pflegepersonals.

Dem Pflegepersonal gelingt es dadurch auch, sich vom Patienten als "Nichtmenschen" abzugrenzen. Zur Legitimation des eigenen Verhaltens werden hinter der verschlossenen Tür verschiedene Späße über Patienten gemacht, die darauf abzielen, ihn als unmündiges Wesen erscheinen zu lassen.

Ähnlich wie das Schwesternzimmer fungiert auch die Teeküche auf der Station als verbotener Raum, zu dem sich allerdings einige Patienten Zutritt verschaffen, indem sie Geschirr abwaschen oder beim Essenausteilen behilflich sind (vgl. Kap. 3.7.).

Den verbotenen Räumen kommt zentrale Bedeutung in der Herstellung und Aufrechterhaltung eines Macht - Ohnmachtverhältnisses zwischen Personal und Patienten zu.

3.10. Schlußfolgerungen

In den obigen Abschnitten wird deutlich, daß das Leben auf der Station von einer einseitigen Abhängigkeitsbeziehung geprägt ist. Der Patient wird in eine bis ins kleinste regelnde Struktur gezwungen, die ihn in seiner Totalität erfaßt.

Das Pflegepersonal, das als letztes Glied in der Hierarchie einer bürokratischen Psychiatrie als einziges in dauerndem und direktem Kontakt mit dem Patienten steht, wird zum Vollstrecker der organisatorischen Zwänge.

Da psychische Krankheit in erster Linie als Unangepaßtheit an die Stationsnormen definiert wird, ist Anpassung jene zentrale Strategie des Patienten, die Aussicht auf Entlassung verspricht und ihm das Leben in der Anstalt erleichtert.

Das Leben und Überleben auf der Station wird damit zu einem Anpassungsprozeß an die Stationsnormen, in denen die organisatorischen Zwänge zum Ausdruck kommen.

Je besser es dem Patienten gelingt, sich an diese Normen anzupassen, bzw. diese Anpassung vorzutäuschen, desto eher hat er die Chance, die Situation zu seinen Gunsten zu beeinflussen. Er gerät damit aus dem direkten Kontrollbereich des Personals und kann sich Freiräume schaffen, die ihm auch ein Unterleben dieser totalen Institution ermöglicht.

4. STRUKTUREN IM PATIENTENALLTAG

Der Patient findet in der Anstalt eine stark strukturierte Wirklichkeit vor. Der psychiatrische Alltag ist geprägt durch Routine, die sich in fest eingefahrenen Verhaltensabläufen manifestiert.

Anfangen von der Aufnahme-prozedur über den ständig sich wiederholenden monotonen Tagesablauf bis zur Entlassung findet der Patient eine Wirklichkeit vor, die ihn als "Krankenmaterial" bzw. "Krankengut" vereinnahmt und die ihn zwingt, reibungslos zu funktionieren.

Er wird in diese Strukturen gezwungen und muß sich ihnen anpassen, um in der Anstalt überleben zu können.

Hauptverantwortlich für diese starke Strukturierung ist die bürokratische Organisation der psychiatrischen Anstalt. Bürokratie zielt im Sinne einer effektiven Verwaltung darauf ab, Verhalten vorhersehbar und kalkulierbar zu machen (vgl. Weber, 1976, S.128 ff).

So entstehen mehr oder weniger starke Typisierungen von Handlungsabläufen, die sich im Laufe der Geschichte zu Institutionen kristallisieren (zum Begriff der Institution vgl. Berger u. Luckmann, 1980, S.56 ff).

Zu solchen Institutionen zählen die Krankengeschichte und die Gerichtskommission, die gesetzlich kodifiziert sind. Aber auch die Visite, das Patientenparlament und die Gruppentherapie sind solche Institutionen, der Unterschied liegt lediglich in der mehr oder weniger starken Vorstrukturiertheit der Handlungsabläufe.

In diesem Sinn garantieren institutionalisierte Verhaltensweisen den reibungslosen Ablauf des bürokratischen Betriebes.

In diesem Kapitel soll nun versucht werden, diese Institutionen bzw. Handlungsstrukturen aus der Perspektive des Patienten darzustellen.

In welcher Weise sind sie für ihn relevant, welche Rolle spielt er innerhalb dieser Strukturen und schließlich welche Chancen hat er, seine Bedürfnisse zu äußern bzw. durchzusetzen?

4.1. Theoretische Überlegungen: Mikroanalyse von Machtstrukturen

Soziologisch kann diese Fragestellung als eine Analyse der Macht bzw. Ohnmacht des Patienten innerhalb vorgegebener Organisationsstrukturen verstanden werden, wenn man unter Macht jene Anstrengungen eines "Akteurs" versteht, die er innerhalb eines gegebenen organisatorischen Rahmens unternimmt, um die handlungsrelevanten Bedingungen zu seinen Gunsten zu ändern (zur Bedeutung dieses Machtbegriffs für organisationssoziologische Untersuchungen vgl. Crozier u. Friedberg, 1979, insbesondere S. 25 ff).

Macht hängt damit zusammen, das Verhalten des anderen vorhersehbar und steuerbar zu machen. Der Akteur "wird seinen Freiheits- und Willkürspielraum so weit wie möglich ausdehnen wollen, um die Skala seiner potentiellen Verhaltensweisen so offen wie möglich zu halten, und er wird zugleich den seines Gegenspielers einzuschränken und ihn in solche Zwänge einzuschließen versuchen, daß dessen Verhalten schon im voraus völlig bekannt ist." (a.a.O., S.43).

Crozier und Friedberg sprechen in diesem Zusammenhang von "Ungewißheitszonen", von deren Größe es abhängt, welche Machtverteilung in einer Situation zum Tragen kommt. Diese Ungewißheitszonen hängen von den jeweiligen

Resourcen der Beteiligten ab, die für eine bestimmte Situation handlungsrelevant sind.

Macht ist also kein Attribut, das jemand besitzt oder nicht besitzt, sondern sie ist eine Beziehung, die von den jeweiligen Akteuren und der jeweiligen Situation abhängt, sie ist "ein Kräfteverhältnis, aus der der eine mehr herausholen kann als der andere." (a.a.O., S.41).

Macht hängt somit mit der Möglichkeit zusammen, eine Situation zu definieren. Derjenige, der die handlungsrelevanten Bedingungen in einer Situation festsetzen kann, wird die Oberhand in dieser Machtbeziehung gewinnen.

Für die Analyse von Organisationen unterscheiden Crozier und Friedberg vier große Machtquellen, die besonders relevanten Typen von Ungewißheitsquellen entsprechen:

- die Spezialisierung. Die Experten verfügen über jene Fähigkeiten, die für die Organisation von entscheidender Bedeutung sind. Es gelingt ihnen, ihre spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen unverständlich zu machen, um ihren Machtbereich auszudehnen und zu festigen.

In der psychiatrischen Anstalt ist das vor allem die Gruppe der Ärzte, die sich dazu einer medizinischen Spezialsprache bedient (vgl. Strauss, 1968). Aber auch das Pflegepersonal versteht es, ihre "Expertenrolle" gegenüber dem Patienten erfolgreich zu spielen.

- die Beziehung zwischen der Organisation und ihrer Umwelt. Ein Akteur, der mehreren in Beziehung zueinander stehenden Handlungssystemen angehört und dadurch die unerläßliche Rolle eines Vermittlers und Übersetzers spielen kann, wird ungleich mehr Macht ausüben können, als einer der nur einem angehört.

Dieser Machtquelle bedient sich in erster Linie das Pflegepersonal, das als unmittelbarer Vermittler und Vollstrecker von ärztlichen und organisatorischen Anordnungen fungiert.

- die Kommunikation und die Informationsflüsse. Die Kontrolle von Informations- und Kommunikationskanälen ist eine Quelle der Macht.

Das Pflegepersonal kontrolliert die Kommunikation der Patienten nach oben. Für sie nachteilige Informationen werden entweder gar nicht weitergeleitet oder in der gewünschten Form manipuliert.

- allgemeine organisatorische Regeln. Sie werden von den oberen Instanzen erlassen. Indem sie genau vorschreiben, was die "Untergebenen" tun müssen, reduzieren sie deren Freiraum und erhöhen so die Macht der "Vorgesetzten".

In der Anstalt wird das Patientenhandeln allein durch die strenge Organisation des Tagesablaufes stark kontrolliert (vgl. Kap. 3.1.).

In den folgenden Abschnitten sollen Institutionen und Strukturen, die den Alltag des Patienten entscheidend prägen, besonders unter den hier genannten machtanalytischen Aspekten betrachtet werden.

4.2. Die Krankengeschichte

Die Krankengeschichte ist eine jener Institutionen in der psychiatrischen Anstalt, die die Ohnmacht des Patienten festschreibt und so wesentlich zu seiner Stigmatisierung beiträgt (vgl. Kap. 5.2.1.).

Der Patient hat keinen direkten Einfluß auf sie, er wird lediglich als Objekt sichtbar, das beschrieben und diagnostisch bewertet wird.

Die Krankenanstalten sind vom Gesetz her verpflichtet

"1. über die Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge Vermerke zu führen;

2. Krankheitsgeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi) darzustellen ist;"(KAG, §10).

4.2.1. Ohnmacht gegenüber der eigenen Geschichte

Beim erstmaligen Eintritt in die Anstalt wird ein Aufnahmegespräch geführt, aus dem die Vorgeschichte der Krankheit ersichtlich werden soll. Dies ist die einzige Möglichkeit für den Patienten auf die Krankengeschichte Einfluß zu nehmen.

Allerdings werden diese Aufnahmegespräche meist sehr oberflächlich geführt. Beim überwiegenden Teil der Zwangseinweisungen wird außerdem eher auf die Fremdanamnese Wert gelegt, da dem Betroffenen von vornherein nicht geglaubt wird (vgl. Kap. 2.3.3.).

Da vom Gesetz her keine Bestimmungen über den Inhalt von Krankengeschichten festgelegt sind, bleibt es dem Arzt überlassen, welche Ereignisse er auswählt, um die Forderung nach Dokumentation zu erfüllen.

Er wird die Aufzeichnungen im Sinne der Sicherung der eigenen Position dahingehend manipulieren, daß sie mit den Forderungen von übergeordneten Stellen oder anderer Institutionen übereinstimmen.

So dient die Krankengeschichte dazu, die Entscheidung der Polizei bei Zwangseinweisung zu bestätigen, wo der Betroffene als selbst- oder fremdgefährliche Person definiert wird (vgl. Kap. 2.3.3.).

Der Patient hat kein Recht in die Krankengeschichte Einsicht zu nehmen. Dies wird mit der Begründung abgelehnt, daß der psychisch Kranke nicht "krankheits-einsichtig" ist, d.h. daß er auf grund seiner Krankheit nicht fähig ist, zu seinem Zustand Stellung zu nehmen.

Er wird zum wehrlosen Objekt degradiert, dem keine Selbstbestimmung zusteht, und es wird ihm damit von vornherein eine kritische Stellungnahme zu Entscheidungen über ihn aberkannt.

Diese Geheimhaltung sichert dem Personal eine Machtposition, indem es über die Lebensgeschichte des Patienten verfügt, was ich während meiner Tätigkeit auf der Station feststellen konnte.

Als Angehöriger des Pflegepersonals wurde ich als jemand definiert, der ihre Geschichte kennt und sie dadurch bloßstellen kann. Immer wieder fragten mich Patienten, was den über sie drinn stehe und welches Bild ich von ihnen hätte.

Die Ängstlichkeit, die die Patienten bei diesen Gesprächen beherrschte, macht ihre Ohnmacht gegenüber ihrer eigenen Geschichte deutlich.

Wie folgens schwer die Ohnmacht gegenüber der eigenen Geschichte für das weitere Leben des Patienten ist, zeigt sich, wenn man sich den Öffentlichkeitscharakter der Krankengeschichte vergegenwärtigt.

Es besteht eine gesetzliche Verpflichtung "den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern kostenlos Abschriften von Krankheitsgeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspfleglingen zu übermitteln." (KAG, §10, Abs.3).

Die Krankengeschichte dient anderen Personen oder Institutionen wie Ärzten, Gerichten, Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsträgern zur Entscheidungsgrundlage, die das Schicksal des psychiatrischen Patienten für die Zukunft entscheidend beeinflusst und trägt damit wesentlich zur Stigmatisierung des Geisteskranken in der Öffentlichkeit bei (vgl. Kap. 5.2.1.).

4.2.2. Diagnostische Etikettierung und Behandlungsgrundlage

Die Krankengeschichte sichert die Aufrechterhaltung des körpermedizinischen Therapiemodells.

Den behandelnden Ärzten dient sie zur diagnostischen Etikettierung, nach der sie die jeweilige Therapie verordnen. Sie ermöglicht ein Minimum an persönlichen Kontakt zum Patienten und garantiert eine unpersönliche "objektive" Beziehung zu ihm (vgl. Kap. 4.4.).

Die Krankengeschichte ist eine wesentliche Quelle der Entfremdung zwischen Arzt und Patient. Der Arzt sieht im Patienten in erster Linie nicht einen Menschen mit persönlichen Problemen und Nöten, sondern eine Diagnose, wie es sich etwa in der lapidaren Feststellung eines Stationsarztes ausdrückt: "In meiner Abteilung habe ich drei schwere Schizophrenien liegen!".

Die Krankengeschichte stellt die hauptsächliche Informationsquelle für die Ärzte dar.

Das Pflegepersonal nimmt nach meinen Beobachtungen kaum Einsicht in die Krankengeschichte, obwohl es dazu berechtigt ist. Mein Bitten um Einsichtnahme nahm das Pflegepersonal eher mit Verwunderung und Unverständnis hin, da solche Informationen für die pflegerische Tätigkeit kaum von Bedeutung sind und das Lesen von Krankengeschichten als unbezahlte Mehrarbeit verstanden wird.

Eine unverständliche Spezialsprache (Strauss, 1968) dient den Ärzten dazu, sich auch vom Pflegepersonal abzugrenzen, bzw. ihre Expertenrolle ihnen gegenüber zu demonstrieren.

So werden die verschiedenen Diagnosen mit Zahlen verschlüsselt, wie z.B. Diagnose 10 = Schizophrenie.

4.2.3. Schlußfolgerungen

Die Krankengeschichte ist die Grundlage der Bewertung des Patienten durch die Ärzte. Die von ihnen geforderten therapeutischen Maßnahmen prägen die Behandlung des Patienten durch das Personal.

Sie ist eine Institution, die die Macht der Organisation garantiert, indem sie wichtige Informationen über den Patienten für ihre Mitglieder bereitstellt und ihm gleichzeitig diese Informationen vorenthält.

"In den Krankengeschichten schlagen sich einerseits handlungsleitende Interessen von Ärzten und Personal in Form von Kategorisierungen der Patienten nieder und dokumentieren so die Machtlosigkeit der letzteren. Andererseits tragen die in Krankengeschichten schriftlich festgehaltenen Typifizierungen auch zur Vereinheitlichung des Verhaltens gegenüber einem Patienten bei."

(Eisenbach-Stangl, 1977, S.62).

Die Krankengeschichte muß als wichtige Kontrollinstitution zur Aufrechterhaltung der Ohnmachtsposition des Patienten verstanden werden, solange dieser keine Möglichkeit hat, sich mit der eigenen Geschichte auseinanderzusetzen.

4.3. Die Gerichtskommission

4.3.1. Die gesetzliche Lage

Die Gerichtskommission ist eine Einrichtung, die ursprünglich zum Schutze des Angehaltenen installiert wurde.

Bei einer Zwangseinweisung muß der Betroffene innerhalb der ersten drei Wochen seines Aufenthalts einer Gerichtskommission vorgestellt werden, die mit richterlichen Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden hat. Dieses gerichtliche Verfahren ist in der kaiserlichen Entmündigungsordnung aus dem Jahre 1916 geregelt.

Nach diesem Gesetz muß der Entscheidung des Richters eine Untersuchung des Angehaltenen durch einen oder zwei psychiatrische Sachverständige vorausgehen. Einer dieser Sachverständigen muß anstaltsfremd sein, auf die Beziehung des zweiten Psychiaters aus der Anstalt kann verzichtet werden, wenn nach ärztlichen Zeugnissen oder Berichten offenbare Geisteskrankheit oder Geistesschwachheit vorliegt.

Der Richter hat die zur Beurteilung des Geisteszustandes notwendigen Nachforschungen anzustellen (z.B. Vernehmung von Auskunftspersonen, Beschaffung von Unterlagen) und den Angehaltenen persönlich zu vernehmen.

Die Wirksamkeit des Beschlusses über die Zulässigkeit der Anhaltung erlischt spätestens mit Ablauf eines Jahres, danach muß der Patient wieder der Kommission vorgeführt werden. Im gerichtlichen Beschluß kann aber auch eine kürzere Frist festgesetzt werden.

Beschließt die Kommission die Unzulässigkeit der Anhaltung, muß der Patient unverzüglich entlassen werden. (Zu den gesetzlichen Bestimmungen vgl. Entmündigungsordnung, 1916, §16-24).

Am Steinhof besteht die Gerichtskommission in der Regel aus einem Richter, einem anstaltsfremden Psychiater, der als Sachverständiger fungiert, und einem Beamten, der die Akten vorlegt.

Übliche Anhaltezeiten sind zwei und sechs Monate. Nach dieser Zeit wird der Patient der Gerichtskommission wieder vorgeführt, wenn er nicht inzwischen vom Primar entlassen worden ist.

4.3.2. Erfahrungen eines Anhalterichters

Vom Gesetz her ist die Gerichtskommission als eine von der Anstalt unabhängige Institution gedacht, die die Rechtmäßigkeit der Zwangsanhaltung zu prüfen hat (siehe oben).

In der Praxis zeigt sich jedoch der Scheincharakter dieser Institution, wie aus den Schilderungen eines jungen Anhalterichters hervorgeht, der ein halbes Jahr lang etwa 40-50 Gerichtskommissionen zu leiten hatte (Schwentner, 1977).

Die Kürze des Verfahrens ist notwendigerweise mit der Oberflächlichkeit der Erhebungen verbunden. Für einen Patienten werden durchschnittlich 5-7-Minuten aufgewendet.

Der zeitliche Druck und die von den Sachverständigen meist herausgestrichene Unproblematic der überwiegenden Fälle läßt kaum zu, Schwestern, Pfleger oder behandelnde Ärzte zu hören.

Die Bildung eines vollständigen Persönlichkeitsbildes ist auch deswegen kaum möglich, weil der Patient bei der Vorführung meist unter dem Einfluß von Medikamenten steht, in einem Zustand allgemeiner Verlangsamung, verminderter Emotionalität und reduzierter intellektueller Fähigkeiten.

Außerdem wird als schriftliche Grundlage der Beurteilung des Geisteszustandes die Krankengeschichte herangezogen, die oberflächliche und einseitig gefilterte Informationen liefert (vgl. Kap. 4.2.1.).

In den wenigen Fällen, wo der Richter die Anhaltung problematisierte, klang von den sachverständigen Psychiatern durch, daß es letztenendes ohnedies Sache der Anstalt bzw. des zuständigen Primars sei, einen Patienten früher oder später zu entlassen.

Auf die Skrupel des Richters, die Anhaltung von Alkoholikern und Drogensüchtigen zu bestätigen (Alkoholismus und Drogensüchtigkeit sind nach Rechtssprechung nicht als Geisteskrankheit zu qualifizieren und bilden daher keinen Anhaltgrund), wurde ihm erklärt, daß der Gerichtsbeschuß die einzige Möglichkeit biete, derartige behandlungsbedürftige Fälle in der psychiatrischen Anstalt aufzunehmen, da keine anderen geeigneten Fürsorgeeinrichtungen vorhanden sind.

Hier zeigt sich eine paradoxe Umkehr der deklarierten Funktion der Gerichtskommission (vgl. Schwentner, 1977, S.145 ff).

Die Eindrücke des Anhalterichters, nach denen die Gerichtskommission kaum mehr als eine Alibi- und Rechtfertigungsfunktion für das bestehende psychiatrische System erfüllt, werden durch eigene Beobachtungen bestätigt (vgl. auch Forster u. Pelikan, 1978 b, S.67 und Scheff, 1980, S.118 ff).

4.3.3. Ein Fallbericht

Das Eintreffen der Gerichtskommission wird der Station vorher bekanntgegeben. Der Tagraum, indem die Kommission stattfindet wird geputzt und die Luft mit Spray geruchsneutralisiert. Die betreffenden Patienten werden vom

Pflegepersonal angehalten, sauber und ordentlich zu erscheinen.

Diese Vorbereitungsrituale haben den Sinn, den normalen Stationsalltag vor "den Herren der Gerichtskommission" zu verbergen.

Um 9 Uhr trifft die Kommission ein.

Der Richter und der sachverständige Psychiater sitzen an einem langen Tisch links und rechts an einem Ende, für den Patienten ist an der Frontseite zwischen den beiden ein Platz reserviert. Der Beamte sitzt etwas abseits mit einem Stoß von Krankengeschichten, die er bei Bedarf den Herrn reicht.

In einer halben Stunde werden neun Patienten abgefertigt (etwa 3 Minuten pro Patient). Der jeweilige Patient wird hereingerufen und gebeten, Platz zu nehmen.

Als erster stellt der Richter seine stereotypen Fragen nach Name, Geburtsdatum, Kinderzahl, welches Datum heute sei und wo sich der Patient gerade befinde.

Die Fragen werden bei den verschiedenen Patienten etwas variiert, die Datumsfrage wird aber allen gestellt. Antwortet der Patient nicht sofort, fragt der Richter nach dem Monat oder der Jahreszeit, später nach dem Jahr.

Je nach der genauen und prompten Antwort wird mit dieser Frage auf den Geisteszustand des Patienten geschlossen.

Diese Frage verwirrt fast alle Patienten, weil sie nicht wissen, wozu sie gestellt wird. Sie steht immer ziemlich am Anfang und hat die Funktion, den Patienten "niederzuschießen".

Eine Patientin antwortet auf die Datumsfrage, sie sei momentan zu aufgereggt, um sie zu beantworten. Darauf entgegnet der Sachverständige, daß dies viele Patienten als Vorwand sagen würden.

Ein anderer Patient, der weinend hereinkommt und nicht fähig ist auf die Datumsfrage zu antworten, wird als "nicht ansprechbar" wieder hinausgewiesen, womit seine weitere Zwangsanhaltung entschieden ist.

Nach dem Richter stellt der sachverständige Psychiater einige Fragen, um den Grad der Geisteskrankheit festzustellen. Als Grundlage dient ihm dazu die Krankengeschichte des jeweiligen Patienten.

Einer älteren Frau wird ihr Einlieferungsgrund vorgehalten, sie habe Kreisky als einen Idioten beschimpft (vgl. die Krankengeschichte von Frau B., Kap. 2.3.2.). Die Patientin bestreitet diese Aussage, worauf der Sachverständige antwortet, daß die Polizei dies aber protokolliert habe. Nachdem sie daraufhin zu protestieren beginnt, stellt ihr der Psychiater aus völlig heiterem Himmel die Frage: "Wieviel ist 93-7?". Die Frau ist danach vollkommen verwirrt, beginnt zu stottern und kann die Frage nicht beantworten, worauf sie mit den Worten hinausgeschickt wird: "Sie können gehen!"

Das Bestreiten der protokollierten Aussage wird als Bestätigung ihrer Geisteskrankheit gewertet. Das Polizeiprotokoll in der Krankengeschichte ist unhinterfragter Maßstab der Bewertung (vgl. Kap. 2.4.2.). Um diese Entscheidung abzusichern, verwirrt der Psychiater die Patientin mit der Rechenaufgabe und bestätigt so deren krankhaften Geisteszustand.

Mit solchen u.ä. Strategien fällt es der Gerichtskommission nicht schwer, vorgefaßte Entscheidungen in jedem Fall zu bestätigen.

4.3.4. Degradierungsstrategien der Gerichtskommission

Die Atmosphäre und der Ton, wie der Patient angesprochen wird, gleicht einem Verhör (vgl. Girtler, 1980 a, S. 67 ff), die einzelnen Fragen werden überfallsartig gestellt.

Die Frage nach dem Datum ist ein besonders erfolgreiches Mittel zur Bestätigung der Geisteskrankheit, da das Wissen um das genaue Datum in der Lebenswelt des Patienten kaum eine Rolle spielt. Durch den ständig sich wiederholenden Tagesablauf (vgl. Kap. 3.1.1.) ist das Datum unwichtig, der Patient spürt keinen Unterschied zwischen Sonn- und Wochentag.

Die einzelnen Fragen werden so hintereinander angeordnet, daß sie für den Patienten keinen Sinn ergeben. So folgt etwa auf die Frage: "Wieviel Kinder haben Sie? Was ist heute für ein Datum?". Der Patient wird dadurch verwirrt und stark verunsichert, was als Ausdruck seiner Krankheit interpretiert wird.

Die Situation wird vollkommen von den Mitgliedern der Kommission definiert. Der Patient ist Untersuchungsobjekt, das auf bestimmte Fragen zu antworten hat.

So wird auf etwaige Hörbehinderungen oder auf die momentane Stimmung des Patienten nicht eingegangen. Der Patient darf auch keine Fragen stellen und die Entscheidung der Kommission wird ihm nicht mitgeteilt.

Durch die Schaffung einer Verhörsituation können von den Kommissionsmitgliedern bestimmte Degradierungsstrategien erfolgreich angewendet werden (vgl. Garfinkel, 1974), wodurch der Patient in eine völlige Ohnmachtsposition gedrängt wird.

Die Mitglieder der Gerichtskommission handeln als Vertreter einer öffentlichen Institution und garantieren so eine unproblematische Situationsdefinition.

4.4. Die Visite

Die Visite ist jene Einrichtung, in der der Arzt mit dem Patienten direkt in Kontakt tritt. In der Art dieser

Beziehung zeigt sich das Arzt - Patientenverhältnis.

Die Visite läuft in stark vorstrukturierten Handlungsmustern ab und sichert damit die Vorhersehbarkeit des Patientenverhaltens.

In diesen institutionalisierten Verhaltensweisen manifestiert sich ein typisches Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Visite als Institution garantiert die Machtstellung des Arztes und gewährleistet den reibungslosen Ablauf innerhalb des bürokratischen Betriebes.

Die Visite stellt den Kern des körpermedizinischen Therapiemodells dar. Die Therapie, die sich auf die Verordnung von Medikamenten beschränkt, kann vom Arzt bei einem Minimum an persönlichen Kontakt zum Patienten kontrolliert werden.

Als Beurteilungskriterium und Diagnoseetikett steht dem Arzt die Krankengeschichte zur Verfügung (vgl. Kap. 4.2.2.).

4.4.1. Das Pflegepersonal als Vermittlerinstanz

Da dem Patienten eine Objektrolle zugeschrieben wird, in der er als psychisch Kranker nicht "krankheitseinsichtig" ist, hat er keinerlei Mitspracherecht über seine eigene Person.

Dem Arzt steht somit als einzig glaubhafte Entscheidungsgrundlage die Information des Pflegepersonals zur Verfügung, da es als einziges in direktem und dauerndem Kontakt zum Patienten steht, der Arzt jedoch die Patienten kaum kennt.

Das Pflegepersonal ist jene Instanz, die den Kontakt zwischen Arzt und Patient vermittelt, wodurch es sich eine wichtige Machtquelle sichert. Es bestimmt, mit welchem Patienten der Arzt bei der Visite überhaupt spricht.

In erster Linie wird auf jene Patienten hingewiesen, die durch etwaige Schwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten den reibungslosen Ablauf des Stationsalltags gefährden und damit die Routinetätigkeit problematisieren.

Der Arzt garantiert durch sein Verhalten die Position des Pflegepersonals.

Bei einer Visite etwa wollte ein Patient den Arzt etwas fragen, als dieser bei ihm vorbeikam. Der Arzt ignorierte ihn und ging weiter, da vom begleitenden Pfleger kein Hinweis gegeben wurde, sich mit den Problemen dieses Patienten abzugeben.

Mit dieser Strategie gelingt es, die Visite von etwa 50 Patienten in einer halben Stunde abzuwickeln und so den persönlichen Kontakt zum Patienten auf ein Minimum zu reduzieren. Der Arzt geht durch und spricht lediglich mit jenen Patienten, die vom Pflegepersonal vorgestellt werden.

Durch die Vermittlerposition kommt dem Pflegepersonal eine entscheidende Machtstellung dem Patienten gegenüber zu. Sie wird dazu eingesetzt, den Patienten unter Kontrolle zu halten und sein Verhalten im Sinne des Personals zu lenken.

Durch einseitig gefilterte Informationen gelingt es ihm über den Patienten Entscheidungen zu treffen, die von den offiziellen Organisationsregeln her allein dem Arzt vorbehalten sind, was in der folgenden Situation deutlich wird.

Ein Pfleger schlägt bei der Visite vor, statt dem Patienten G. doch Patient B. ins Netzbett zu geben, da dieser in der Nacht immer "bettflüchtig" sei und nur ein Netzbett auf der Station zur Verfügung steht. Der Arzt stimmt ohne weitere Rückfragen sofort zu.

Der Patient ist auf die Gunst des Pflegepersonals angewiesen, wenn er mit dem Arzt über so wichtige Dinge wie Entlassung, Verminderung oder Änderung der Medikation sprechen will.

Er gerät damit in eine Abhängigkeitsposition vom Pflegepersonal. Für sein weiteres Schicksal ist es von entscheidender Bedeutung, sich ein gutes Verhältnis zum Pflegepersonal zu sichern (vgl. Kap. 3.10.).

4.4.2. Die Primarvisite

Die Visite gliedert sich in die tägliche Visite des Stationsarztes und in die Primarvisite. Der Primar hat Entscheidungen zu treffen, die nur in seinen Kompetenzbereich fallen, wie etwa über die Entlassung von Patienten.

Auf der Männerstation werden vor der Primarvisite regelmäßig Vorbereitungen getroffen, die auf die Bedeutung eines "hohen Besuches" hinweisen.

An diesen Tagen wird das Gabelfrühstück immer auf Tellern serviert, das Pflegepersonal setzt vermehrt Aktivitäten, um die Station und die Patienten in einem guten und sauberen Zustand erscheinen zu lassen.

Diese Vorbereitungsrituale dienen dazu, die negativen Seiten des Stationsalltags vor dem Primar zu verbergen.

Bei der Primarvisite ist es für das gesamte Stationspersonal Pflicht, anwesend zu sein. Der Primar kommt mit dem Stationsarzt und der Oberschwester und begrüßt alle Schwestern und Pfleger mit einem würdig herablassenden Händedruck.

Mit diesen Ritualen wird eine Atmosphäre geschaffen, die dem Patienten klarmacht, daß er es mit jemanden zu tun hat, der mit außerordentlicher Macht versehen ist.

So wie bei der täglichen Visite das Pflegepersonal den Kontakt zum Patienten vermittelt, bestimmt bei der Primarvisite in erster Linie der Stationsarzt, mit welchen Patienten der Primar spricht.

Es werden jene Fälle besprochen, die für den Stationsarzt problematisch sind und wo eine Stellungnahme bzw. eine Entscheidung des Primars notwendig ist.

Erst in zweiter Linie hat das Pflegepersonal die Möglichkeit, auf gewisse Patienten aufmerksam zu machen.

Es schiebt sich also noch eine Instanz zwischen (Primar)arzt und Patient und macht eine direkte Kommunikation noch unmöglicher.

Wie stark die Ärzte darauf bedacht sind, diese Instanzenhierarchie dem Patienten gegenüber durchzusetzen, wurde in einer Situation deutlich, in der ein Patient versuchte, sich direkt beim Primar darüber zu beschweren, daß es für Gartenarbeiter keine Arbeitskleidung gibt.

Die Stationsärztin wirft ihm vor, sich nicht an sie, sondern gleich an den Primar gewendet zu haben und verbietet ihm das Weitersprechen mit den Worten: "Werden's nicht frech! Beruhigen Sie sich!". Der Primar wendet sich vom Patienten ab und nimmt ihm damit die Möglichkeit, seinen Protest zu artikulieren.

4.4.3. Strategien zur Aufrechterhaltung des Macht - Ohnmachtverhältnisses zw. Personal u. Patienten

Das Ärzteverhalten garantiert ein Minimum an Kontakt mit dem Patienten und ermöglicht dadurch eine unpersönliche "objektive" Beziehung, in der nicht mit dem Patienten, sondern über ihn entschieden wird.

Die Arzt - Patientenbeziehung stellt sich als eine Subjekt - Objektbeziehung dar, in der der Patient zum willenlosen Krankenmaterial entfremdet, auf seine Diagnose reduziert wird.

Um diese Beziehung aufrechtzuerhalten, muß vor dem Patienten die Unfehlbarkeit des Personals gewährleistet werden.

In der oben geschilderten Situation geschieht das etwa dadurch, daß sich der Primar vom Patienten abwendet und damit eine mögliche Bloßstellung des Personals verhindert.

Die berechtigte Kritik, daß auf der Station keine geeignete Arbeitskleidung zur Verfügung steht, konnte vor dem Patienten nicht zugegeben werden, da damit ein Fehler des Personals offenkundig geworden wäre.

Erst nachher, unter Ausschluß der Patienten, wird die Stationsschwester vom Primar beauftragt, Arbeitskleidung für die Patienten zu besorgen.

Durch die medizinische Spezialsprache ist es für die Ärzte möglich, selbst in Gegenwart des Patienten Entscheidungen über ihn zu treffen, ohne daß dieser es versteht und irgendwie Stellung dazu nehmen könnte.

So etwa wird in Gegenwart eines älteren Patienten darüber entschieden, ein gewisses Beruhigungsmittel ab nun "intramuskulär zu injizieren", da er die bisher "orale Verabreichung" nicht "resorbiert" habe. Der Patient steht teilnahmslos daneben, als ob ihn diese Entscheidung gar nichts angehe, er kann nichts davon verstehen.

Die Spezialsprache stellt ein zentrales Mittel dar, um die Ohnmachtsposition des Patienten aufrechtzuerhalten.

Eine andere oft praktizierte Strategie, den Patienten Informationen vorzuenthalten, ist eine unklare Antwort zu geben.

Auf die Frage eines Patienten, wie lange er noch da bleiben müsse, antwortet der Arzt: "Eine Weile wird es

schon noch dauern." Einem anderen Patienten, der seinen Entlassungswunsch mit mehr Nachdruck vorträgt, wird vom Primar geantwortet, er müsse noch abwarten, wann er einen genauen Termin für seinen Arbeitsbeginn bekomme.

Der Patient wird so über die Dauer seines Aufenthalts im Unklaren gelassen. Dieser Informationsentzug liefert ihn vollkommen den Ärzten aus.

Wie stark dieses Ohnmachtsgefühl ist, drückt sich in der Äußerung eines Patienten aus, der früher schon einige Jahre in Gefängnissen verbracht hat: "Hier heroben ist es viel ärger als im Häfen. Dort hab' ich wenigstens gewußt, wie lang es dauert. Da sagt dir keiner was. Es kann Wochen, Monate oder Jahre dauern, vielleicht bleibst du ewig herinn'".

4.4.4. Unbeschränkte Entscheidungsmacht des Arztes

Wie verantwortungslos die Ärzte ihre uneingeschränkte Machtposition ausnützen können, zeigt folgende Situation.

Ein Patient, den man schon einige Male alkoholisiert erwischt hatte, will über das Wochenende einen Ausgang. Der Primar ordnet daraufhin kurzerhand eine Antobus-Kur an. (Antobus wurde früher zur Behandlung von Alkoholikern angewendet, es ruft zusammen mit Alkohol starke Übelkeiterscheinungen hervor. Seine Wirkung ist individuell sehr verschieden, sie kann bis zum Tod führen).

Obwohl diese Kur nur unter strengster Aufsicht erfolgen darf (der Patient wird unter "Belastung" gestellt, d.h. Antobus wird mit kleinsten Mengen von Alkohol unter strenger und ständiger ärztlicher Aufsicht verabreicht), wird dies beim betreffenden Patienten nicht für notwendig befunden. Der Primar deutet dem Patienten die Gefährlichkeit dieses Mittels lediglich mit den

Worten an: "Da müssen's aber aufpassen und ja keinen Alkohol trinken. Jeder Tropfen kann den Tod bedeuten!"

Zwei andere Patienten, die die Gefährlichkeit von Antibiotika aus eigener Erfahrung kennen, versuchen vergebens bei den Ärzten zu intervenieren. Sie werden mit der Begründung zurückgewiesen: "Wenn der Patient den Ausgang will, dann soll er ihn haben!"

Dieses Beispiel macht deutlich, daß der Arzt durch sein weitreichendes gesellschaftliches Mandat über Leben und Tod oft sehr leichtfertig entscheidet, da er auch bei negativem Ausgang keine Sanktionen zu befürchten hat.

4.4.5. Zusammenfassung

Die Visite ist jene zentrale Institution, in der das körpermedizinische Therapiemodell aufrechterhalten wird, wo der Patient bloßes Behandlungsobjekt ist (vgl. auch Forster u. Pelikan, 1978 a, Bd.1, S.263 ff).

In seiner Ohnmachtsposition gelingt es dem Patienten nicht, seine Bedürfnisse zu artikulieren. Sie werden nur insofern berücksichtigt, als sie auch ein Problem für Pflegepersonal oder Ärzte darstellen.

Die Visite ist daher in erster Linie eine Problemlösungsinstitution für das Personal, ihre Hauptfunktion besteht darin, die Patienten zu kontrollieren.

Das Pflegepersonal verfügt durch seine Vermittlerposition über wirksame Strategien, um ärztliche Verordnungen in seinem Sinne als Disziplinierungsmaßnahmen zu verwenden.

4.5. Die Gruppentherapie

Die Gruppentherapie muß als eine Einrichtung im Zuge der Reformbestrebungen in der psychiatrischen Anstalt gesehen werden (vgl. Kap. 1.5.6.). Sie steht nur einem sehr kleinen Teil von Patienten zur Verfügung und wird nur auf einigen Stationen angeboten.

Die Überlegungen im folgenden Kapitel stützen sich auf Beobachtungen, die ich auf einer gemischtgeschlechtlichen Station während mehrerer gruppentherapeutischer Sitzungen gemacht habe.

Es gibt dort zwei parallel nebeneinanderlaufende Gruppen, von denen eine von einem Psychologen, die andere von einem gruppentherapeutisch orientierten Arzt geleitet wird. Für die Patienten besteht kein Zwang in die eine oder andere Gruppe zu gehen oder überhaupt hinzukommen.

Die Gruppentherapie wird jeweils an zwei Tagen in der Woche angeboten.

4.5.1. Stärkung des Selbst

Nach dem Selbstverständnis der Therapeuten liegt das Ziel der Therapie darin, dem Patienten seine Situation bewußt zu machen und ihn zu deren Veränderung zu bewegen.

Es werden verschiedene psychotherapeutische Techniken verwendet, um den Patienten zu aktivieren, die im gro-
sen und ganzen darauf hinauslaufen, ihm sein Selbstwertgefühl wiederzugeben, ihm zu sagen, daß er "doch wer ist", wie die folgende Situation zeigt.

Der Therapeut fragt eine Patientin, die etwas später kommt, warum sie nicht schon zu Beginn in die Gruppe gekommen sei. Die Patientin entschuldigt sich damit,

daß Dr. F., der Stationsarzt bei ihr gewesen sei und sich mit ihr über eine Fernsehsendung unterhalten habe.

Darauf der Therapeut: "Warum haben Sie Dr. F. nicht hinausgeschmissen?"

Patientin: "Das kann ich doch nicht, er ist ja Arzt!"

Therapeut: Natürlich können Sie das, es ist ja ihr Zimmer!" (Die Patientin ist in einem Zweibettzimmer untergebracht).

Der Therapeut versucht auch den übrigen Patienten klarzumachen, daß die psychiatrische Anstalt wie ein Einkaufsladen zu verstehen sei, man geht hinein und will etwas. Der Arzt als "Verkäufer" habe sich auf die Forderungen des Patienten als "Kunden" einzustellen, nicht umgekehrt.

4.5.2. Illusion der Selbstbestimmung

Eine Patientin geht auf die Aufforderung des Psychologen, doch selber im Altersheim anzurufen, um sich nach einem freien Platz zu erkundigen, zur Stationschwester und bittet sie, anrufen zu dürfen. Diese läßt die Patientin aber nicht ans Telefon, sie verspricht ihr lediglich selber anzurufen und das auch nur deshalb, weil hinter der Bitte der Patientin eine "therapeutische Maßnahme" des Psychologen steht, die nicht ohne negative Konsequenzen verweigert werden kann. Der Anruf kommt aber letzten Endes nicht zustande.

Diese Situation ist typisch für die Problematik der Gruppentherapie auf der Station. Sie stellt eine desintegrierte Institution dar, die lediglich als eine Art Freiraum für den Patienten fungiert.

Der Patient rückt nur in einem begrenzten Raum und für kurze Zeit in den Mittelpunkt des Geschehens, außerhalb der Gruppe bleibt er rechtlos und ohnmächtig. In der Gruppe wird ihm bloß die Illusion der Selbstbestimmung gegeben.

Viele Patienten spüren diesen krassen Widerspruch zwischen Gruppentherapie und Stationsalltag sehr bald. Sie kommen nach einigen Sitzungen nicht mehr und sind enttäuscht, weil sie sich zu Beginn echte Hilfe erwartet haben.

So etwa verläßt eine Patientin die Gruppe, nachdem der Therapeut beginnt, seine üblichen Ratschläge zu erteilen. Auf meine spätere Frage, warum sie gegangen sei, antwortet sie resigniert: "Was soll's, er hilft mir ja doch nicht wirklich."

4.5.3. Der Therapeut als "neutrales Element"

Die Hilflosigkeit wird dadurch verstärkt, daß der Therapeut die psychotherapeutischen Techniken lediglich dazu einsetzt, um den Patienten auf sich selbst zurückzuwerfen.

Die Strategie des Therapeuten besteht darin, sich als "neutrales Element" zu verhalten und nie wirklich für den Patienten Partei zu ergreifen. Er projiziert die Schuld in den Patienten hinein und macht ihm seine verfahrenene Situation lediglich als selbstverschuldete bewußt, aus der er nur durch eigene Anstrengung herauskommen kann.

Die Situation des Patienten wird damit einseitig individualisiert, man berücksichtigt in keiner Weise, daß die organisatorischen Bedingungen ein wesentlicher Faktor für den momentanen Zustand des Patienten ist.

Einer Patientin etwa, die diese Abhängigkeit von der Organisation zum Ausdruck bringt, indem sie ihr Befinden auf das Eingesperrtsein bezieht, dem sie machtlos gegenübersteht, entgegnet der Therapeut, sie solle sich auf das Hier und Jetzt der Gruppe konzentrieren und hält ihr ihre Klage als Flucht vor der eigenen Initiative vor.

Diese therapeutische Strategie verdeutlicht mir der Psychologe an einem Beispiel folgendermaßen: "Wenn sich die Patienten über den Dreck auf der Station beklagen ohne zu sehen, daß sie ihren eigenen Schlafplatz nicht sauber halten, soll ihnen das bewußt gemacht werden."

4.5.4. Isolierte Therapie

Meine Beobachtungen haben gezeigt, daß die Gruppentherapie als eine Institution, die im Zuge der Psychiatriereform mit dem Anspruch auftritt, die Patientenbedürfnisse besser zu befriedigen, nicht unproblematisch ist.

Der therapeutische Anspruch, dem Patienten ein Selbstwertgefühl zu vermitteln, steht in krassem Widerspruch zu den üblichen Praktiken auf der Station, wo das Selbst des Patienten systematisch zerstört wird (vgl. Kap. 3.3.).

Die Einseitigkeit der therapeutischen Techniken, die die Situation des Patienten lediglich als selbstverschuldete, in seiner eigenen Geschichte liegende interpretieren und aktuelle organisatorische Bedingungen außer acht lassen, reduzieren die Gruppentherapie auf eine soziale Ghettosituation.

Auf sich allein gestellt gelingt es dem Patienten nicht, das in der Gruppe aufgebaute und gestärkte Selbst in die Situation des Stationsalltags zu übertragen.

Die Gruppentherapie beschränkt sich darauf, dem Patienten seine Lage bewußt zu machen. Viele Patienten stehen ihr aus diesem Grund negativ gegenüber und meiden sie, weil sie bloß dazu führt, die eigene Ohnmacht noch bewußter zu erleben und dadurch das Leben auf der Station unerträglicher macht.

4.6. Das Patientenparlament

Das Patientenparlament ist ebenso wie die Gruppentherapie eine Einrichtung der Psychiatriereform, die dazu gedacht ist, Patientenbedürfnisse besser sichtbar zu machen und zu befriedigen.

Sie ist zur Zeit nur auf wenigen Pavillons üblich und kommt ebenfalls nur einem geringen Teil von Patienten zugute.

Auf der beobachteten Station wird zweimal in der Woche ein Patientenparlament abgehalten, das durchschnittlich eine Stunde dauert.

Die Leitung übernimmt der Stationsarzt, der meist von zwei oder drei Schwestern begleitet wird.

4.6.1. Gemilderte Machtverhältnisse

Während des Parlaments strukturieren der Arzt und die Schwestern weitgehend die Situation.

Die Patienten werden aufgefordert, sich in einem Kreis zu setzen. Die Stationsschwester nennt anschließend einige Namen von neuen Patienten, die dem Arzt vorgestellt werden. Sie vermittelt das Gespräch zwischen Arzt und Patient und entscheidet darüber, welche Patienten zu Wort kommen (vgl. Kap. 4.4.1.).

Als nächstes fragt der Arzt, wer einen Ausgang wünscht. Einzelne Patienten melden sich etwa mit der Begründung, sich um Arbeit umsehen zu wollen. Der Arzt fällt eine Entscheidung, die die Patienten in der Regel nicht anzuzweifeln wagen.

Der Patient befindet sich in einer ähnlichen Ohnmachtsposition wie bei der Visite (vgl. 4.4.), die allerdings dadurch etwas gemildert wird, daß er wenigstens zu Wort kommt.

So beklagt sich ein Patient bei mir, daß er schon zweimal den Arzt gebeten habe, seine Privatkleidung wieder zurückzubekommen. Jedesmal sei er mit der Antwort abgespeist worden: "Sie werden es schon bekommen". Bis jetzt habe er aber noch nichts gekriegt.

4.6.2. Die Einstellung des Personals als Faktor der Bedürfnisbefriedigung

Ob und wie weit die Patienten ihre Anliegen äußern können, hängt weitgehend von der Einstellung des Arztes und des Pflegepersonals ab, wie folgende Situation illustriert.

Zwei Patienten schlagen vor, daß nach dem Abensessen außer Brot auch Kaffee oder Tee auf den Gang herausgestellt werden sollte, damit man sich bei Bedarf etwas nehmen könnte. (Die Teeküche ist für die Patienten nicht zugänglich).

Die beiden anwesenden Schwester protestieren sofort energisch dagegen, daß dies ein zusätzlicher Aufwand für das Pflegepersonal wäre, weil das Geschirr extra abgewaschen werden müßte. Ein Patient entgegnet, daß es im Gegenteil eine Arbeitserleichterung sei, weil die Küche nicht ständig aufgesperrt werden muß, damit ein Patient was bekommt. Eine Schwester meint, daß es diese "Extrawürste" in keinem Spital gebe, worauf der Patient von gegenteiligen Erfahrungen spricht.

Der Arzt, der sich bis jetzt zurückgehalten hat, animiert nun auch die übrigen Patienten Stellung zu nehmen und erklärt der Schwester, daß es wichtig sei, auf Patientenbedürfnisse einzugehen. Die Schwestern fühlen sich dadurch angegriffen, eine verläßt demonstrativ den Raum.

Schließlich schlägt der Arzt vor, daß Brot und Kaffee mit eigenen Schalen herausgestellt wird, die die Patienten selber wieder abwaschen. Er betont, daß

Rechte auch mit Pflichten verbunden seien und dem Personal nicht mehr Arbeit anzulasten sei.

Dieses Beispiel eines Aushandlungsprozesses zeigt deutlich die Stellung des Patienten innerhalb des Parlaments. Die Entscheidung fiel im Sinne der vorgefaßten Meinung des Arztes. Ohne seine positive Einstellung hätten die Patienten keine Chance zur Durchsetzung ihres Anliegens gehabt.

Aus meinen Beobachtungen und aus verschiedenen Gesprächen tritt eine grundsätzlich negative Bewertung des Patientenparlaments von seiten des Pflegepersonals zutage.

Sie empfinden es eher als "notwendiges Übel", das "von oben" eingeführt wurde. Aus ihren Äußerungen und ablehnenden Verhalten läßt sich schließen, daß sie die Teilnahme am Patientenparlament als unangenehme Pflicht ansehen, die genauso erledigt werden muß, wie Essen aus teilen oder Betten machen.

4.6.3. "Mittelschichtsprache" als Sprachnorm

Entscheidenden Einfluß darauf, ob ein Patient seine Anliegen vorbringt oder nicht, hat seine Sprachgewandtheit.

Vom Arzt und dem Pflegepersonal wird eine "Mittelschichtsprache" als unhinterfragte sprachliche Norm vorgegeben. Die meisten der Patienten trauen sich von vornherein nichts zu sagen, weil sie diese sprachlichen Anforderungen nicht erfüllen können (vgl. Kap. 2.7.1.). Sprache trägt damit wesentlich dazu bei, die bestehenden Machtverhältnisse zu festigen.

In der Praxis des Patientenparlaments spielt der Patient die übliche Rolle des Ohnmächtigen und Rechtlosen.

Ein Unterschied besteht lediglich darin, daß durch den Anspruch des Parlaments eine Situation geschaffen wird, in der der Patient seine Bedürfnisse eher artikulieren kann als im üblichen Stationsalltag.

Dies hängt aber wesentlich von der positiven Einstellung des Arztes bzw. des Pflegepersonals und von den sprachlichen Fähigkeiten des Patienten ab.

4.7. Schlußüberlegungen

Die traditionellen Institutionen wie Krankengeschichte, Gerichtskommission und Visite stellen von der Patientenperspektive aus Einrichtungen dar, die den Patienten in eine Ohnmachtsposition zwingen. Sie garantieren durch wirksame, meist unbewußte Strategien, die als Routine-tätigkeiten sichtbar werden, das typische Macht - Ohnmachtverhältnis zwischen Organisation und Patienten.

"So wird normativ ein System der Bedürfnisbefriedigung etabliert, welches den Patienten als Subjekt weitgehend eliminiert und statt dessen auf einer bürokratisch geplanten Dienstleistungsstruktur basiert, die orientiert ist an Durchschnittswerten eines entpersönlichten und passiven Konsumenten." (Forster u. Pelikan, 1978 b, S.70).

Die Einführung neuer Strukturen, die darauf abzielen, den Patienten wieder als Mensch mit individuellen Anliegen sichtbar zu machen und dessen Bedürfnisse zu befriedigen, führt nicht automatisch zum gewünschten Erfolg.

Diese Institutionen müssen im Kontext der Gesamtorganisation betrachtet werden, um ihre spezifische Problematik zu verstehen.

So kann aus meinen Beobachtungen geschlossen werden, daß die Gruppentherapie als eine sozial desintegrierte

Institution auf der Station fungiert. Sie vermittelt dem Patienten lediglich die Illusion einer Selbstbestimmung, da sie auf den übrigen Stationsalltag kaum Einfluß hat.

Das Patientenparlament erfüllt eher die Funktion einer Alibiinstitution für Politiker und Spitzenmanager des psychiatrischen Gesundheitswesens, die seine bloße Existenz bereits als Beweis einer wirksamen Psychiatriereform darstellen und sich damit vor einer kritischen Öffentlichkeit legitimieren.

In seiner Praxis zeigen sich die Mechanismen des normalen Stationsalltags in etwas abgeschwächter Form, der Patient bleibt auf die Gunst der Ärzte- und Pflegschaft angewiesen.

5. DIE STIGMATISIERUNG DES GEISTESKRANKEN

Geisteskranke gehören zu jener gesellschaftlich verachteten Randgruppe der Gesellschaft, die mit dem Stigma behaftet ist, "anders" zu sein als die "normale" Bevölkerung.

Als Geisteskrankheit wird in erster Linie ein Verhalten definiert, das gegen unausgesprochene Selbstverständlichkeiten des Alltagshandelns verstößt. Psychische Krankheit stellt in diesem Sinn eine "residuale Verhaltensabweichung" dar (Scheff, 1980, S.32).

5.1. Die Stigmatisierung durch den "Normalbürger"

In den überwiegenden Fällen sind es die Normalbürger, also die Angehörigen der Mittelschicht, wie etwa Familienmitglieder, Nachbarn, Passanten oder Polizisten, die entscheiden, ob sich jemand in "angemessener Weise" verhält oder nicht.

Aufgrund ihres Alltagswissens, das die kulturellen und sozialen Normen der Gesellschaft widerspiegelt, definieren sie einen Menschen, der durch "situational unangemessenes Verhalten" (Goffman, 1971, S.155) auffällt, als "verrückt, irr, wahnsinnig, deppert" udgl. und stigmatisieren den Betreffenden damit zum Geisteskranken.

Auf grund ganz bestimmter Merkmale, wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten in der Gestik, werden eine Reihe von Andersartigkeiten auf der Basis der ursprünglich einen unterstellt, es wird auf "typische" Neigungen und Verhaltensweisen geschlossen, die die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen einschließt. (vgl. Goffman, 1967, S.14). Er wird zum Geisteskranken typisiert bzw. stigmatisiert, dem ein ganz bestimmtes Bild im Alltagswissen des Normalbürgers entspricht.

Dieses Bild zeigt den Geisteskranken idealtypisch als ein unberechenbares und gefährliches Wesen, dem man nicht zu nahe kommen darf, weil "man ja nie wissen kann, was dem im nächsten Augenblick einfällt".

Das Stereotyp des Geisteskranken in weiten Teilen der Öffentlichkeit, das dem eines "ungebändigten wilden Tieres" gleichkommt, verlangt eine sichere Verwahrung und Isolierung des psychisch Kranken. Zwangseinweisung ist die logische Folge bei dieser Sicht von Geisteskrankheit.

Hauptverantwortlich für die Stigmatisierung in der Öffentlichkeit sind in erster Linie die Medien. Vor allem die großen Tageszeitungen als einflußreichste Meinungsbildner bestätigen durch einseitig kriminalisierende Darstellung das gängige Stereotyp immer aufs neue und verfestigen so dieses Bild beim Normalbürger (vgl. Scheff, 1980, S.56 ff).

5.2. Die Stigmatisierung durch die psychiatrische Anstalt

Erst durch die Einweisung in die psychiatrische Anstalt wird eine Person öffentlich zum Geisteskranken stigmatisiert, d.h. sie wird für "jedermann" zum Geisteskranken.

"Das hervorstechendste Merkmal der psychisch Behinderten ist die Tatsache, Insasse einer psychiatrischen Anstalt zu sein oder gewesen zu sein. Aufgrund dieses nachprüfbaren Merkmals wird ihnen der Markel des 'psychisch Kranken' einschließlich aller damit einhergehender Vorstellungen angehaftet." (Gebauer, 1975, Bd.2, S.118).

Einerseits wird die Identität als Geisteskranker mit der Einlieferung jenen öffentlichen Institutionen bekannt, die die weitere Karriere des Betroffenen nach seiner Entlassung entscheidend beeinflussen.

Andererseits bekommt er während seines Aufenthalts eine neue Identität als Geisteskranker aufgezwungen, die die Grundlage seines weiteren Handelns wird und die er mit seiner Entlassung nicht mehr einfach abstreifen kann.

5.2.1. Stigmatisierung durch öffentliche Institutionen

In Österreich werden zwangseingewiesene Personen in einer zentralen Geisteskrankenkartei registriert, die für öffentliche Stellen zugänglich ist (vgl. Dokumentation, 1979, S.59 ff).

Für jede Person, die in einer psychiatrischen Anstalt angehalten wurde, ist nach dem Krankenanstaltengesetz eine Meldung an Polizei, Gericht und Verwaltungsbehörde zu machen (KAG, §53, Abs.2).

Es gibt eine Anzahl von gesetzlichen Vorschriften, wie Strafgesetz, Kraftfahrgesetz, Lehrerdienstrecht u.ä., die mit ausschließenden Maßnahmen ehemaliger Anstaltsinsassen verbunden sind.

Die Stigmatisierung durch die Geisteskrankenkartei beschränkt also die Lebenschancen des entlassenen Patienten in drastischer Weise und erschwert damit die Rückkehr in das "normale" Leben.

Eine ähnlich stigmatisierende Wirkung hat die Krankengeschichte, die die Vergangenheit des Patienten in einer negativen Weise darstellt, indem sie seine Geschichte aus der Perspektive seiner Krankheit neudefiniert (vgl. Kap. 4.2.1.).

Auch sie ist vom Gesetz her öffentlichen Institutionen wie Gerichten, Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsträgern und auch Ärzten als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung zu stellen (KAG, §10, Abs.3) und beeinflusst damit den weiteren Lebensweg des entlassenen Patienten wesentlich.

5.2.2. Stigmatisierung durch erzwungene Anpassung in der Anstalt

Während seines Aufenthalts wird dem Patienten eine neue Identität aufgezwungen. Die alte persönliche Identität wird allmählich zerstört und an ihrer Stelle eine neue geschaffen, die den Bedürfnissen der Anstalt entspricht (vgl. Kap. 3.2.1.).

Die neue Identität ist von den Anforderungen der Organisation geprägt. Vom Patienten wird bedingungslose Unterordnung verlangt, er hat in bürokratischen Betrieb reibungslos als "Versorgungsobjekt" zu funktionieren.

Aus den pflegerischen Arbeitsanforderungen hat sich ein Idealtyp des Patienten herausgebildet, an dem dessen tatsächliches Verhalten gemessen wird. Abweichungen davon werden als Krankheit definiert und entsprechend sanktioniert (vgl. Kap. 3.4.1.).

Der idealtypische Patient ist jener, der sich vollkommen an die Stationsnormen anpaßt, der keinerlei Arbeitsbelastung für das Personal darstellt, sondern es durch seine Mithilfe auf der Station entlastet (vgl. Kap. 3.4.2.).

Die Stationsnormen zielen darauf ab, dem Patienten jede Eigeninitiative zu nehmen und ihn zu einem willenlosen Objekt zu degradieren, das jeden Befehl widerspruchslos ausführt.

Der Patient ist gezwungen, diese neue Identität auch subjektiv zu akzeptieren, damit er in der Anstalt überleben kann (vgl. Kap. 3.10.). Diese neue subjektive Identität als Geisteskranker wird nun zur Grundlage seines weiteren sozialen Handelns.

5.2.3. Schlußfolgerungen

Die psychiatrische Anstalt leistet den Hauptbeitrag zur Stigmatisierung des Geisteskranken.

Durch Anpassungsmethoden, die mit wirksamen Sanktionen verbunden sind (vgl. Kap. 3.5. und 3.6.), wird der Patient erfolgreich in die Rolle des Geisteskranken hineinsozialisiert, der diese aufgezwungene Identität nicht mit dem Tag seiner Entlassung ablegen kann, sondern sich im Sinne des ihm angehefteten Stigmas verhält.

Sein Verhalten ist nun sichtbarer Beweis für die gängigen stigmatisierenden Vorstellungen in der Öffentlichkeit, womit der Teufelskreis der Stigmatisierung weiter in gang gehalten wird (vgl. Gebauer, 1975, Bd.2, S.125).

6. ZUSAMMENFASSENDE ÜBERLEGUNGEN

6.1. Der Weg in die psychiatrische Anstalt

Meine Beobachtungen bestätigen die These, daß Geisteskrankheit primär als Verhaltensabweichung zu verstehen ist (vgl. Scheff, 1980).

Psychische Krankheit kommt in erster Linie als soziale Unangepaßtheit zum Ausdruck, die als eine Gefährdung der herrschenden gesellschaftlichen Normen empfunden wird und dadurch zum Ausschluß des abweichenden Individuums aus der Gesellschaft führt.

Geisteskranke können als jene Personen verstanden werden, die den herrschenden unbewußten Alltagsnormen nicht entsprechen. Dies wird in einer aktuellen Situation als Verhaltensauffälligkeit sichtbar, die zur Zwangseinweisung führt.

Bei freiwillig Aufgenommenen handelt es sich meist um Menschen, die nicht mehr fähig sind, grundlegende soziale Normen zu befolgen, die "mit dem Leben nicht mehr fertig werden".

Nicht selten gehen ehemals zwangseingewiesene Patienten wieder freiwillig in die Anstalt, weil sie durch ihren ersten Aufenthalt zu Geisteskranke stigmatisiert wurden, was den Ausschluß aus dem früheren Familien- bzw. Bekanntenkreis bedeutet.

Die Anstalt leistet so den Hauptbeitrag zur Stigmatisierung des Geisteskranken, weil der Betreffende dadurch für "jedermann" zum Geisteskranken wird, seine Identität als Geisteskranker wird damit öffentlich und kaum mehr änderbar.

6.2. Das Leben in der Anstalt

Traditionelle Institutionen im Patientenalltag wie Krankengeschichte, Gerichtskommission und Visite stellen von der Patientenperspektive aus Einrichtungen dar, die den Patienten in eine Ohnmachtsposition zwingen. Durch wirksame, meist unbewußte Strategien, die in pflegerischen Routinetätigkeiten zum Ausdruck kommen, garantieren sie das typische Macht - Ohnmachtverhältnis zwischen Organisation und Patienten.

Neue Strukturen, wie die Gruppentherapie und das Patientenparlament, die im Sinne der Psychiatriereform darauf abzielen, den Patienten wieder als Menschen mit individuellen Anliegen und Bedürfnissen sichtbar zu machen, müssen im Kontext der Gesamtorganisation beurteilt werden.

Die Problematik der Gruppentherapie liegt darin, daß sie als sozial desintegrierte Institution auf der Station fungiert und den Patienten damit nur die Illusion einer Selbstbestimmung vermittelt.

Beim Patientenparlament zeigen sich die üblichen Machtverhältnisse des Stationsalltags in etwas abgeschwächter Form, der Patient bleibt auch hier auf die Gunst der Ärzte- und Pflegerschaft angewiesen.

Den Großteil seines Aufenthalts verbringt der Patient auf der Station, die so zu seinem primären Lebensbereich wird.

Die Station stellt sich als ein hierarchisches System dar, indem die Beziehungen zwischen Personal und Patienten durch lang erprobte Strategien im Sinne der organisatorischen Bedürfnisse erfolgreich geregelt werden.

Durch die Bedürfnisse der bürokratischen Organisation, dessen Ziel die möglichst reibungslose Verwaltung einer

großen Zahl von Menschen durch einige wenige ist, hat sich ein Satz von Normen herausgebildet, der für den Patienten zum Kriterium des Lebens und Überlebens auf der Station wird.

Diese Stationsnormen, die vom Pflegepersonal vollstreckt werden, zielen darauf ab, den Patienten zu einem willenlosen Objekt zu degradieren, das im bürokratischen Betrieb reibungslos funktioniert.

Aus den pflegerischen Arbeitsanforderungen ist ein Idealtyp des Patienten entstanden, an dem das tatsächliche Verhalten gemessen wird. Abweichungen davon werden als Krankheit definiert und können dadurch erfolgreich sanktioniert werden.

Der "ideale" Patient legt ein unterwürfiges Verhalten an den Tag, beklagt sich nie über etwas und bittet nie um etwas, badet sich selber, macht täglich sein Bett, nimmt widerspruchslos seine Medikamente und hilft beim Essenausteilen, Geschirrabwaschen udgl. Er stellt keinerlei Arbeitsbelastung für das Personal dar, sondern entlastet es durch verschiedene Hilfstätigkeiten.

Das Leben und Überleben auf der Station wird für den Patienten zu einem Anpassungsprozeß an diese Stationsnormen, in denen die organisatorischen Zwänge zum Ausdruck kommen.

Je besser es ihm gelingt, sich an diese Normen anzupassen bzw. diese Anpassung vorzutäuschen, desto eher hat er die Chance, die Situation zu seinen Gunsten zu beeinflussen. Er gerät damit aus dem direkten Kontrollbereich des Personals und kann sich Freiräume schaffen, die ihm auch ein Unterleben (Goffman) dieser totalen Institution ermöglicht.

6.3. Schluß

Die Situation des Geisteskranken in der psychiatrischen anstalt ist von Überwachung und Kontrolle gekennzeichnet.

Der Freiheitsraum wird in einem Ausmaß beschnitten, wie es für den Normalbürger kaum vorstellbar ist. Die Zerstörung der Privatshäre geht bis zur Enteignung des Körpers. Er wird zum öffentlichen Objekt, dessen Zustand das Pflegepersonal überwacht.

Der psychisch kranke Mensch wird von einer unmenschlichen Psychiatrie zum wehrlosen Objekt degradiert, das leicht verwaltet und verwahrt werden kann.

In dem abschließenden Gedicht drückt ein junger Patient in poetischer Form aus, wie sich diese Situation auch auf das Innenleben des Patienten auswirkt, es ist von Angst und einer ungewissen Zukunft geprägt:

Im Sommer, wenn ein R e g e n b o g e n den Himmel schminkt
und die verzweiflung ganz STEIN - HOF in besitz nimmt
und wenn schon 2 doppler zuwenig sind,
dann erst beginnt das Leben zu wachsen;
ganz riesengroß und übermächtig heißt die sonne A N G S T.
und ich sauf die unschuld wie petroleum -
für nichts und niemand.
wie heu liegt die vergangenheit zu meinen füßen.
den augenblick für die ewigkeit bestimmen -
nur W A R T E N.
und wenn dir die freude wie ein porstenpinsel in den hintern
fährt,
dann schaust du so leer und bist so s p r a c h l o s ! ! !

LITERATUR:

- Barton, R.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, in: Finzen, A. (Hrsg.), Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, München, 1974
- Beck-Gernsheim, E.: Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen, Frankfurt a.M., 1976
- Berger, P.L. u. Luckmann, T.: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt a.M., 1980
- Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt a.M., 1980
- Blumer, H.: Der methodologische Standpunkt des symbolischen Interaktionismus, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1, Reinbek bei Hamburg, 1973
- Crozier, M. u. Friedberg, E.: Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns, Athenäum Verlag, 1979
- Dokumentation der demokratischen Psychiatrie Wien (Hrsg.), Wien, 1979
- Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt a.M., 1969
- Eisenbach-Stangl, I.: Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/4, 1977
- Falk, G. u. Steinert, H.: Über den Soziologen als Konstrukteur von Wirklichkeit, das Wesen der sozialen Realität, die Definition sozialer Situationen und die Strategien ihrer Bewältigung, in: Steinert, H. (Hrsg.), Symbolische Interaktion, Stuttgart, 1973
- Forster, R. u. Pelikan, J.: Krankheit als Karriereprozeß, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/4, 1977 a
- Forster, R. u. Pelikan, J.: Schichtspezifische Aspekte der psychiatrischen Versorgung am Beispiel Österreichs, in: Berger, E. (Hrsg.), Krank. Zur Krise der Medizin, Wien, 1977 b

- Forster, R. u. Pelikan, J.: Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer psychiatrischen Sonderanstalt, Bd. 1 u. 2, Institut für höhere Studien, Wien, 1978 a
- Forster, R. u. Pelikan, J.: Gewalt im Alltag der Psychiatrie, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 2, 1978 b
- Garfinkel, H.: Bedingungen für den Erfolg von Degradierungszeremonien, in: Gruppendynamik, Jg. 5, 1974
- Gebauer, M.: Stigmatisierung psychisch Behinderter durch psychiatrische Institutionen, in: Brusten, M. und Hohmeier, J. (Hrsg.), Stigmatisierung 1 u. 2. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, Neuwied, 1975
- Gerényi, F.: Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, in: Die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nerven- kranke "am Steinhof", Festnummer der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift, 8. Okt. 1907
- Girtler, R.: Polizei-Alltag. Strategien, Ziele und Strukturen polizeilichen Handelns, Opladen, 1980 a
- Girtler, R.: Vagabunden in der Großstadt. Teilnehmende Beobachtung in der Lebenswelt der "Sandler" Wiens, Stuttgart, 1980 b
- Goffman, E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt a.M., 1967
- Goffman, E.: Verhalten in sozialen Situationen, Gütersloh, 1971
- Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt a.M., 1972
- Hollingshead, A.B. u. Redlich, F.C.: Social Class and Mental Illness, New York:Wiley, 1958
- Huber, A.: Ein Beitrag zur Entwicklung des Wiener Irrenwesens im 18. Jahrhundert, in: Zum 25-jährigen Bestande der Wiener Landes- Heil- und Pflegeanstalt "am Steinhof", Festnummer der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift, 8. Okt. 1932
- Jetter, D.: Zur Entwicklung der Irrenfürsorge im Donauraum, in: Medizinhistorisches Journal, Bd. 6, 1971

KAG: Bundesgesetz vom 18.12.1956, BGBl. Nr.1/1957 über
Krankenanstalten

Kaiserliche Entmündigungsordnung: Kaiserliche Verordnung
vom 28. Juni 1916, BGBl. Nr.207/1916

Kofler, W.: Ida H. Eine Krankengeschichte, Berlin, 1978

Miller, S.M. u. Mishler, E.G.: Soziale Schichtung und
psychische Krankheit, in: Finzen, A. (Hrsg.), Hospi-
talisierungsschäden in psychiatrischen Kranken-
häusern, München, 1974

Podhajsky, W.: Festrede anlässlich der Feier des 50-jähr.
Bestandes der Heil- und Pflegeanstalt "Am Steinhof",
in: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren
Grenzgebiete, Bd. 16, Wien 1959

Scheff, Th. J.: Das Etikett "Geisteskrankheit". Soziale
Interaktion und psychische Störung, Frankfurt a.M.,
1980

Schöss, H.: Die Organisation des Ärztlichen Dienstes in
der niederöstr. Landes- Heil- und Pflegeanstalt für
Geistes- und Nervenkranken "am Steinhof", in: Die
niederöstr. Landes- Heil- und Nervenanstalten für
Geistes- und Nervenkranken "am Steinhof", Festnummer
der psychiatr.-neurol. Wochenschrift, 8. Okt. 1907

Schwentner, E.: Zur Praxis der Gerichtskommissionen in
der Psychiatrie. Eindrücke eines "Anhalterichters",
in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie,
Heft 3/4, 1977

Strauss, A.: Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität,
Frankfurt a.M., 1968

Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft, 5. revidierte
Auflage, Tübingen, 1976

Weiss, H.: Soziale Schicht und psychiatrische Versorgung,
in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie,
Heft 3/4, 1977

Weiss, H.: Geschichte der Psychiatrie in Österreich, in:
Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 2,
1978

Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Ver-
sorgung in Wien, in: Psychiatrische und psychosozial-
e Versorgung, Bd. 2, Wien, 1979

Lebenslauf:

Ich, Karl Schwediauer, wurde am 5. April 1957 in Linz geboren. Mein Vater, Karl Schwediauer, arbeitet als Schmied, meine Mutter führt ein Lebensmittelgeschäft. Ich habe drei Geschwister, einen älteren Bruder mit 27 Jahren und zwei jüngere im Alter von 22 und 21 Jahren.

Nach der Volks- und der Hauptschule besuchte ich die höhere technische Lehranstalt für Maschinenbau in Linz, wo ich im Sommer 1976 maturierte.

Im Herbst 1976 begann ich in Wien mit dem Soziologiestudium an der grund- und integrativwissenschaftlichen Fakultät.

