

**„Die Geschichte eines Walzers offener Türen“
Eine arbeits- und organisationspsychologische
Analyse der Reformpsychiatrie Triest in
Hinblick auf die organisationsbezogenen
Repräsentationen und das Erleben der
Bediensteten, der Betroffenen und deren
Angehörigen.**

Dissertationsarbeit von: Mag.Phil. Raffaele Virgadola
Betreuer: Univ.Prof.Dr. Wolfgang G. Weber

Eingereicht bei der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Leopold Franzens
Universität Innsbruck
2007

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG DER DISSERTATIONSARBEIT

PRAKTISCHE RELEVANZ

EINLEITUNG.....

VORAUSGESCHICKT UND ERSTE DANKSAGUNGEN:.....
MEINE SOZIALE WIRKLICHKEIT: DIE ANTIPSYCHIATRIEBEWEGUNG.....
DIE ZERSTÖRUNG DER PSYCHIATRIE ALS NAIVE FORSCHUNGSINTENTION.....
WIE WOLLTE ICH ES IN ERFAHRUNG BRINGEN? DIE FORSCHEROFFENHEIT UND DIE
GEGENSTANDSNÄHE.....

1. ANNÄHERUNG UND BEKANNTMACHUNG MIT DEM FORSCHUNGSGEGENSTAND: DIE DREI EXPLORATIONSPHASEN

1.1. DIE ERKUNDUNGSEXPLORATION: ‘DER EMPFANG DES SÜDTIROLER PSYCHIATRIETOURISTEN’
EXKURS 1: DIE ANALYSE DER ORGANISATIONSDATEN ODER DIE DOKUMENTENANALYSE - ZEIT,
QUELLEN, AUSWERTUNGSMETHODEN
1.2. DIE VERTIEFUNGSEXPLORATION: DIE VERDECKTE TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG UND DIE
ANALYSE VON ORGANISATIONSDATEN UND DOKUMENTEN.....
DIE FELDNOTIZEN.....
DER PRAKTIKANT ALS BEOBACHTER
1.3. DIE VERDICHTUNGSEXPLORATION: DIE OFFENE TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG UND DIE
NARRATIVEN INTERVIEWS.....
DIE OFFENE TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG.....
DIE NARRATIVEN INTERVIEWS UND DIE BIOGRAPHISCHE DIMENSION

2. THEORETISCHE KONZEPTE: DIE ORGANISATIONSBEZOGENEN REPRÄSENTATIONEN ALS KULTURMERKMALE BEDIENSTETER UND DEREN AUSWIRKUNG AUF DAS (BELASTUNGS-) ERLEBENERERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

2.1. VON DEN SOZIALEN ZU DEN ORGANISATIONS-BEZOGENEN REPRÄSENTATIONEN.....
2.1.1. DIE THEORIE DER SR UND IHR ENTSTEHUNGSZUSAMMENHANG.....
2.1.2. WAS SIND SR UND WAS SIND OR: ENTSTEHUNG, VERÄNDERUNG UND FUNKTIONEN SR UND
OR
2.1.3. DIE „UNTERNEHMENSKULTUR“ DES DSM IN ANLEHNUNG AN EDGAR SCHEIN

3. DIE PROBLEMSTELLUNG UND DIE RE-KONSTRUKTION DER WEITERFÜHRENDEN METHODIK.....

3.1. DIE PROBLEMSTELLUNG
3.2. DIE ARBEITS- UND ORGANISATIONSPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK
EINLEITUNG: VERSCHIEDENE DEFINITIONEN VON O-DIAGNOSE UND DER UNTERSCHIED ZWISCHEN O-
DIAGNOSE UND O-ANALYSE.....
3.2.1. AUFGABEN DER ORGANISATIONSDIAGNOSTIK.....
3.2.2. KONZEPTUELLE SCHWIERIGKEITEN DER ORGANISATIONSDIAGNOSTIK.....
3.2.3. METHODISCHE ASPEKTE DER ORGANISATIONSDIAGNOSTIK
3.2.3.1. STATUSDIAGNOSTIK VS. PROZESSDIAGNOSTIK

3.2.3.2.	OFFENE VS. GESCHLOSSENE ORGANISATIONS DIAGNOSTIK	
3.2.3.3.	BEDINGUNGS- VS. PERSONENBEZOGENE ORGANISATIONS DIAGNOSTIK	
3.2.3.4.	SUBJEKTIVE VS. OBJEKTIVE ORGANISATIONS DIAGNOSTIK	
3.2.3.5.	NORM- VS. KRITERIUMSORIENTIERTE ORGANISATIONS DIAGNOSTIK	
3.2.3.6.	ORGANISATIONS DIAGNOSTIK ALS MESSUNG VS. ORGANISATIONS DIAGNOSTIK ALS INFORMATION FÜR UND ÜBER GESTALTUNGSMAßNAHMEN	
3.2.3.7.	TESTEN VS. INVENTARISIEREN	
3.2.3.8.	Globale O-DIAGNOSTIK VS. DETAILDIAGNOSTIK	
3.2.3.9.	MODELLORIENTIERTE ORGANISATIONS DIAGNOSTIK VS. FALLORIENTIERTE DIAGNOSTIK	
3.3.	DER II. INTERVIEWDURCHGANG: DIE NEUEN BERUFSBILDER IN DEN PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	
	EXKURS 2: DIE BEFRAGUNGSMETHODEN UND -TECHNIKEN	
3.3.1.	DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING	
	EXKURS 3: DAS BELASTUNGS- UND ZUFRIEDENHEITSVERSTÄNDNIS	
3.4.	DIE GESTALTUNGSARBEITEN: DIE STA-G SUBJEKTIVE TÄTIGKEITSANALYSE IM GESUNDHEITSBEREICH UND DIE ETA ERLEBTE TÄTIGKEITSANALYSE	
3.4.1.	DIE AUSWAHLGRÜNDE ZUR STA SUBJEKTIVE TÄTIGKEITSANALYSE	
	EXKURS 4: ‘INFORMELLER’ KONTEXT VON ARBEITSREFLEXION VS. ‘FORMELLEN’ KONTEXT	
3.4.2.	DIE DURCHFÜHRUNG DER STA-G UND ETA	
3.4.3.	DIE AUSWERTUNG DER STA-G UND ETA	
3.5.	ZUSAMMENFASSUNG DER METHODEN RE-KONSTRUKTION UND DIE NOTWENDIGKEIT EINER PRAXISVERBUNDENEN WISSENSCHAFT	
3.6.	DATENAUSWERTUNG	

4. ERGEBNISSE.....5

4.1. BASAGLIA UND DIE GEGENWÄRTIGEN SUBJEKTIVEN GESUNDHEITSREPRÄSENTATIONEN.....8

4.1.1.	ERGEBNISSE DES HISTORISCHEN VERGLEICHS SUBJEKTIVER STÖRUNGSMODELLE.....	14
--------	---	----

4.2. BASAGLIA UND DIE GEGENWÄRTIGEN SUBJEKTIVEN ARBEITSSTRATEGIEN28

4.2.1.	DIE ROTATIONSSTRATEGIEN, DIE TURNUSSE, DIE SUBGRUPPENORGANISATION UND DIE TÄTIGKEITEN DER PFLEGE BEDIENSTETEN.....	35
4.2.2.	ERGEBNISSE DES HISTORISCHEN VERGLEICHS SUBJEKTIVER ARBEITSSTRATEGIEN.....	61
4.2.2.1.	DIE BEZIEHUNGSARBEIT	63
4.2.2.2.	DIE PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE ARBEIT UND DIE AUFMERKSAMKEIT ALS BESTE MEDIZIN	78
4.2.2.3.	DIE INTEGRATIONSARBEIT ALS KONSTRUKTION DER FREIHEIT	91
	EXKURS 5 ALS ZUSAMMENFASSUNG DER SUBJEKTIVEN ARBEITSSTRATEGIEN: EIN BLITZBESUCH IM DIAGNOSI E CURA (SPDC)	114

4.3. EVALUATION DER SUBJEKTIVEN ARBEITSSTRATEGIEN DURCH DIE BEDIENSTETEN UND DIE NUTZER 129

4.4. BASAGLIA UND DAS HEUTIGE SUBJEKTIVE TÄTIGKEITSERLEBEN DER PFLEGE- UND LEITUNGSBEDIENSTETEN, DER BETROFFENEN UND DER ANGEHÖRIGEN 142

4.4.1.	DAS SUBJEKTIVE BELASTUNGSERLEBEN DER BEDIENSTETEN	148
4.4.1.1.	DIE SUBJEKTIV ERLEBTE ORGANISATIONSINTERNE KOMMUNIKATIONSQUALITÄT	150

4.4.1.2.	DAS PHÄNOMEN DER ‘FÜHRUNG’ AUS BEDIENSTETEN- UND NUTZERSICHT.....	177
4.4.1.3.	DAS PHÄNOMEN DER ‘MACHT’ AUS BEDIENSTETENSICHT.....	184
4.4.1.4.	RESSOURCENANREICHERUNG DURCH INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN AUS BEDIENSTETEN- UND NUTZERSICHT: DER ABWECHSLUNGSREICHTUM, DIE QUALIFIKATION UND DIE KOOPERATION.....	198

**4.5. DAS HEUTIGE DSM VON TRIEST UND DIE NEUGESTALTUNGSVORSCHLÄGE AUS
DER SICHT DER PFLEGEBEDIENSTETEN UND DER ANGEHÖRIGEN..... 229**

4.5.1.	DAS DSM ‘DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE’ DER STADTPROVINZ TRIEST UND DAS BASAGLIA GESETZ.....	230
4.5.2.	DIE NEUGESTALTUNGSVORSCHLÄGE AUS DER SICHT DER PFLEGEBEDIENSTETEN UND DER ANGEHÖRIGEN.....	246

5. DISKUSSION UND AUSBLICK:.....

DANKSAGUNG.....

LITERATUR.....

WEITERFÜHRENDE UND VERTIEFENDE LITERATURLISTE.....

ANHANG.....

ÜBERSICHTEN, ABBILDUNGEN, LEGENDEN UND DIAGRAMME.....

WEITERFÜHRENDE DATENQUELLEN.....

AUSGEWÄHLTE SCHRIFTSTÜCKE, FORMULARE UND DSM-INTERNE ARBEITSPAPERS.....
INTERNATIONALE UND NATIONALE INTERNET- UND PRESSEMITTEILUNGEN.....
THEMENSPEZIFISCHES FILMMATERIAL.....
BEWERTUNGSKRITERIEN DER ETA.....
ZEICHENERKLÄRUNG.....

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden mit Hilfe der bis hierher dargestellten Methodenkombination (vgl. Abb. 7 und allgemein Kap. 3) gewonnen, mit den Beobachtungen, den Interviews- und Organisationsdatenanalysen, den Experteninterviews und den Gestaltungsarbeiten aller vier hauptsächlich betroffenen Personengruppen: Leitungs- und Pflegebediensteten, Betroffenen und Familienangehörigen.

Die naive Forschungsintention der Zerstörung der Psychiatrie (vgl. Einführung) als Ort und Paradigma der Einschließung anstatt der sozialen Inklusion wirkte sich im Laufe dieser sechs Studienjahre insofern aus, als durch Beobachtungen und Mitarbeit die am DSM vorgefundenen Grenzen, Schwierigkeiten und Kompetenzen neu definiert wurden und mich zur Bereitschaft animierten, konstruktiv am Veränderungsprozess der Angebote mitzuarbeiten.

Die spezifischen Nachfragen von Bediensteten, Betroffenen, Familienangehörigen, Akademikern und allgemein Interessierten, die ich in diesen Jahren traf und von denen ich manche auch näher kennenlernte, darunter auch welche, die nicht direkt in öffentliche und/oder private Dienstleistungen des Gesundheitsangebotes involviert waren, bestimmten die Richtung der Darstellung der Ergebnisse, immer ausgehend vom am DSM angetroffenen Wissensstand und von den dort konkret umgesetzten Tätigkeiten, die sich in den letzten 30 Jahren formierten.

Dieses konkrete Interesse des angetroffenen gesellschaftlichen Kontextes deute ich als übereinstimmend mit der Aussage der Interviewten, psychische Gesundheit sei im Interesse aller, weil sie ja in jedermanns Leben eine große Rolle spiele. Im Abschnitt (4.1.) werden daher die Gesundheits- bzw. Störungsrepräsentationen der Interviewten hervorgehoben, auf deren Grundlage der Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Gesundheit erörtert wird. Aus den markanten und weit gestreuten Erfahrungen explizieren die Interviewten mit redundanter Bestimmtheit, die auch der italienischen Sprache beizumessen ist (die sie beherrschen), dass es sich in der psychischen Gesundheit nicht um ein duales Konzept (Krankheit vs. Gesundheit) handelt.

Die inzwischen von der WHO differenziert institutionalisierten Antidiskriminierungs- und Sensibilisierungskampagnen auf globaler, nationaler, regionaler, schulischer und sonstiger gemeindenaher Ebene erweisen sich als dürftig und mit unberechenbaren unglücklichen Nebeneffekten, sofern diese nicht von qualitativen hohen Standards einer praktischen Verantwortungsübernahme ergänzt bzw. untermauert werden, an Hand zugänglicher Dienstleistungen für jeden. Damit würden sie einen staatlich-öffentlichen Charakter besitzen, der bis heute bei den AkteurInnen als einziger die Entwicklung eines Menschenbildes (gegenüber privaten, die den marktwirtschaftlichen Gesetzen des ökonomischen Weltbildes unterliegen) implizit ermöglichen würde. Dieses Menschenbild sollte den Menschen als aktiven Mitgestalter der komplexen Gesellschaft mit sich wandelnden Werten und rasanten wirtschaftlichen Entwicklungen verstehen, also nicht 'nur' als ein Individuum. Es sei noch hinzugefügt, dass dieses Menschenbild im atheistischen Verständnis die Minimierung der Ausgrenzung der 'Differenten' hin zur Integration anstrebt, und als Optimum hin zu einer gemeinschaftlichen globalen Gesellschaft. Das atheistische Verständnis von Minimierung von Ausgrenzung erschließt sich am besten am Beispiel der Integration von Homosexuellen. War und ist noch immer die Homosexualität in manchen Teilen der Welt bestenfalls als Krankheit angesehen (sonst als Sünde), expliziert zum Beispiel gerade die Charta der Rechte für DSM-Nutzer aus einem atheistischen Blickwinkel eine freie Entscheidung der eigenen Sexualität.

Die Ergebnisse dieser Forschung bilden darum Standards, die am Beispiel der Bediensteten und Nutzer des DSM von Triest dargestellt werden, ohne eine Endgültigkeit zu beanspruchen. Sie stellen eine der vielen Möglichkeiten dar, im hochkomplexen und ambivalenten Arbeitsfeld der Produktion psychischer Gesundheit gesellschaftlich Schwächere nicht zu bemitleiden, sondern sie realpolitisch in die Szene der Arbeitswelt und allgemein des gesellschaftlichen Lebens mit einzubeziehen und subjektiv zu einem 'Wohlergehen' zu begleiten.

Ob diese Standards eine gewisse Übertragbarkeit auf andere kulturelle (Berufs-) Kontexte besitzen, wird am Beispiel des Arbeitserlebens der Bediensteten und des Tätigkeitserlebens der Nutzer untersucht. Die Qualität des Erlebens misst sich an der nachhaltigen Aufrechterhaltung der kritischen und konstruktiven Kohärenz (im Sinne von Antonovsky 1997: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit), der Weiterführung humanwissenschaftlicher sozialer Repräsentationen mit Hilfe von

Verhandlungen, Konsensarbeiten und den darauf folgenden Entwicklungen und Einsichten der Bediensteten.

Die Ergebnisdarstellung wird von den gegenwärtig gültigen subjektiven Repräsentationen der Störungsmodelle psychischen Leidens ausgehen (4.1). Denn das Denken der Tätigen beeinflusst sehr wohl ihr Handeln. Außer einem philosophisch-strukturalistischen Hinweis gibt dies dem außenstehenden Interessierten noch keine Hinweise darüber, wie die Tätigen im Moment des Bedürfnisses die Handlungen konkret umsetzen, also welche ihre subjektiven Arbeitsstrategien (4.2.) sind. Diese sind eingebettet in zeitlich übergreifende Modelle, welche die Tätigkeiten darstellen, die am DSM durch wiederholtes Konfrontieren, Neudefinieren und Beschließen zum Zeitpunkt der Untersuchung aufgefunden wurden. Die Qualität dieser Tätigkeiten wurde anschließend (4.3.) aus der Gegenüberstellung des Bewertungskriteriums der STA-G und ETA Analyse ‘sinnvoller Beitrag für den Betrieb und die Konsumenten’ erschlossen. Sie stellt die Evaluation der subjektiven Arbeitsstrategien dar, einerseits aus der Sicht der Tätigen selbst, andererseits aus der Sicht der Empfänger, Betroffenen und Angehörigen.

Dieser ersten Erlebensevaluation der Tätigkeiten seitens aller vier AkteurInnengruppen folgt (4.4.) die arbeits- und organisationspsychologisch zentrale Auswertung des Erlebens sozialpsychiatrischer Tätigkeiten in Anlehnung an das besprochene Anforderungs- und Belastungsmodell von Oesterreich und Volpert (1999) dadurch, dass arbeits- und organisationspsychologische Entscheidungen in Bezug auf (4.4.1.) ‘Kommunikationsqualitäten’, (4.4.2.) ‘Führung’, (4.4.3.) ‘Macht’ und schließlich (4.4.4.) ‘Ressourcenanreicherung durch institutionelle Rahmenbedingungen’ erschlossen werden.

Dies auch, weil sich durch die Beobachtungen und späteren Fragen vieler Interessierter herausstellte, dass es inzwischen (glücklicherweise) nicht nur in Triest humane und demokratieorientierte Ansätze dafür, wie im Bereich der psychischen Gesundheit menschengerecht gearbeitet werden kann, vorhanden sind.

Jedoch werden diese kaum umgesetzt, da gute Vorsätze und humane Intentionen nicht ausreichen: Auch bei nicht standardisierten Modellen, die eine humanere und demokratischere Tätigkeitspalette auflisten, wird sozusagen der gesamte Kuchenteig nicht in eine organisationale Form gelegt und unter Berücksichtigung eines zeitlichen

Kontinuums ‘gebacken’. Was also organisationale Demokratie (Weber, 1999) ist, wurde hier am Beispiel der Entscheidungen und deren Effekte auf das Erleben evaluiert.

In Abschnitt (4.5.) wird schließlich einerseits das DSM in seiner organisationalen Gesamtstruktur nachskizziert, wie es sich aus den Tätigkeiten und innerhalb der Veränderungen gesellschaftlicher Zustände für sich und für den/die Anderen - mit Anstrengungen und ausgehandelten Entscheidungen - als Angebot entwickelt hat und andererseits werden die Verbesserungsvorschläge diskutiert, die sich aus den Interviews und aus den Tätigkeitsanalysen sowohl der tätigen Experten als auch der Nutzer- Experten ergaben.

So wurde hier an Hand des Erlebens aller vier betroffenen Gruppen, der Leitungs- und Pflegebediensteten und der Betroffenen wie auch ihrer Angehörigen, die Angebotsqualität evaluiert, damit jeglichem Verdacht auf ideologisierende Wissensvermittlung entgegengewirkt werden kann, denn, „wie Sartre meinte und von Basaglia zitiert“ wurde, herrscht am DSM heute noch die Meinung vor, „die Ideologie ist Freiheit während man sie macht, Unterdrückung ist hingegen objektiviert“ (vgl. Virgadola, R. 2004, S. 314).

Das Ziel dieser Arbeit ist demnach, jenen interessierten und engagierten Arbeitsgruppen und Einzelnen im Bereich der Reduktion sozialer Ausgrenzung einige evidente Werkzeuge in die Hand zu geben, damit sie für sich und die Anderen sorgen können, und nicht gezwungen sind, den immer noch bestehenden unmenschlichen, entfremdenden, stigmatisierenden, schwer belastenden und ausgrenzenden statt integrierenden konventionellen (biologischen Menschenmodell) psychiatrischen Tätigkeiten ausgesetzt zu sein.

4.1. Basaglia und die gegenwärtigen subjektiven Gesundheitsrepräsentationen

Die Frage, welche Repräsentationen Basaglia und die Bediensteten in Hinblick auf den Menschen und seine Gesundheit haben, erweist sich insofern als zentral, als damit die intentionale und sinnorientierte Handlungsorganisation und die Tätigkeit der Bediensteten gegenüber den Nutzern zusammenhängen.

„So wie es Vernunft gibt, gibt es Unvernunft“ (Basaglia, 2000, S. 105).

Basaglia (vgl. ebd., S. 113) selbst gab eindeutige Hinweise auf seine Repräsentation von Krankheit und Gesundheit. Nach ihm ist Krankheit ein „Ausdruck von Widersprüchen in einem sozialen Kontext“, was nicht bedeutet, dass die Widersprüche ausschließlich sozialer Herkunft sind (vgl. auch 1975, S. 99). Er hielt den Wahnsinn, wie alle Krankheiten, *auch* für den „Ausdruck von Widersprüchen unseres Körpers“ und meinte dabei sowohl den organischen wie den sozialen Körper. Daher ist Krankheit nicht auf unikausale, sondern auf multifaktorielle Entstehungsgründen zurückzuführen und unter einem gesellschaftskritischen Aspekt zu hinterfragen. Krankheit entsteht damit aus der „Interaktion zwischen all den Ebenen, die unser Leben bestimmen: biologische, soziale, psychische ... An dieser Interaktion sind unzählige Faktoren beteiligt“ (2000, ebd.). So existiert „die Krankheit“ nicht nur für die „Gesellschaft, die sich davor schützen“ will, sondern auch für „die Subjekte, die sie erleben und sich davor (ebenso) schützen wollen“ als „Ablehnungsausdruck einer lebensunwerten Existenz“ (Basaglia 1975, S. 103; Ü. R. V.).

Basaglia unterstrich dabei den historisch-sozialen Produktcharakter aller Krankheiten, die sich innerhalb der jeweiligen Gesellschaft und dem jeweiligen historischen Kontext herausbilden. Hat jede Krankheit „eine Geschichte und einen Grund“, so nimmt Basaglia an, dass die Veränderungen „ökologischer Verhältnisse“ bei der Entstehung der Krankheit mitverantwortlich sind. Den Fokus richtet Basaglia auf die „Beziehung zwischen dem organischen und dem sozialen Körper, in dem wir leben“ (Basaglia 2000) und er schlägt vor, den Menschen „zum Moment hin zu begleiten, an dem seine Initiative deklinierte und die Entscheidung getroffen wurde, sich zu objektivieren, wie das Ding zwischen den Dingen“ (Virgadola, R. 2004, S. 304 zit. nach Colucci/Di Vittorio 2001, S. 65).

Die Bediensteten der Vorreformzeit berichteten in ihren Interviews, von Basaglia gelernt zu haben, dass die Krankheit nichts Abstraktes und von uns Externes sei. Sie könne jedem passieren, und sie stehe im Zusammenhang mit der Armut (Herr

Ferruccio II. Int. Durchgang, Kategorie 56). Weiters lehrte Basaglia, die Krankheit als Teil unseres Lebens zu sehen. Die kranken Menschen sind nicht Fremde, meint er, Krankheit und Gesundheit ist ein Faden, sie könne sich von einem Tag auf den anderen ändern. Keiner ist vor der Krankheit sicher, man muss daher dem gegenüber, was anderen geschieht, aufmerksam sein, weil es einen selbst treffen kann (Herr Ferruccio ebd., Kategorie 62). Basaglia wollte mitteilen, dass durch eine Prävention, durch Gehör – schenken, die Symptome rechtzeitig erkannt werden könnten, um diese Menschen zu einem Wohlergehen zu begleiten.

Während der Reform versuchte man durch konkrete Kampagnen (Festlichkeiten in den verschiedenen Stadtvierteln, Aufsuchen der Familienangehörigen und Arbeitskollegen usw.) das Vorurteil der Gefährlichkeit psychisch Leidender zu relativieren, da ja quantitativ betrachtet, mehr so genannte normale Menschen töten und Schäden verursachen. Psychisch Kranke wurden als vulnerabel und darum krank beschrieben. Man bot das soziale Netzwerk als Unterstützung an, um leben zu können und mit der Krankheit zusammenleben zu können (Herr Ferruccio ebd., K. 64). Diese Arbeit wird heute weitergeführt und verlangt die Berücksichtigung der sich stark veränderten gesellschaftlichen Kontexte, doch dazu später.

In diesem ersten Ergebnisteil wird die (Ursprungs-) Bedeutung typisierend strukturiert, welche die Repräsentanten des DSM den Phänomenen zuschreiben und alle die Menschen aufzeigen, mit denen sie (über die Zeit) interagierten oder gerade mit Hilfe bzw. auf Grund einer psychiatrischen Diagnose beginnen, beruflich zu interagieren. Dafür wurden deduktiv die folgenden sechs „Modelle“ als Formen der Gesundheitsrepräsentation herangezogen:

- | | |
|------|--------------------------------------|
| I. | das biomedizinische Modell |
| II. | das abweichungstheoretische Modell |
| III. | das psychotherapeutische Modell |
| IV. | das soziogenetisch-politische Modell |
| V. | das multifaktorielle Modell |
| VI. | das psychosoziale Belastungs-Modell |

Übersicht 20: Sechs Modelle zur Erklärung der Entstehung psychischer Störungen (vgl. Zykowski 1989; S. 43-90)

Viele Autoren behandelten das Thema der „psychopathologischen Störungsbilder“ aus den Forschungsfeldern, die den sechs Bereichen inhärent sind. Es ist aus zeitlichen Gründen nicht möglich, alle zu nennen und zu bearbeiten. Es wurde auch beschlossen, sie in prägnanter Form wiederzugeben und für weitere Vertiefungen in Hinblick auf Kritikpunkte und Einwände, beispielsweise auf die Arbeiten von Zykowski (1989) und Keupp (1972c, 1986 u. v. m), zu verweisen.

Die „Modell-“eigenschaft der sechs Perspektiven ist in Anlehnung an Häfner (1969) den „Orientierungsschemata von hohem Verallgemeinerungsgrad“ (zit. nach Zykowski, 1989, S. 44) zuzuschreiben.

Sie werden mit den Perspektiven von Franco Basaglia den theoretischen Rahmen darstellen. Jene der Bediensteten werden diesen, wenn möglich, zugeteilt. Die Ergebnisse werden jedoch weniger einen bewertenden Schwerpunkt der Entscheidung der Bediensteten haben, vielmehr wird es möglich sein, den langjährigen Wissenstransfer der Pioniere auf die Neubediensteten in den jeweiligen Epochen zu erschließen: Ein Aspekt, der unter dem Kapitel „Leistungsberatung“ geführt werden könnte, der jedoch nicht zu den Aufgaben dieser Dissertation gehört.

Diese Argumentation umgeht eventuelle kritische Anmerkungen, warum schlussendlich ‘nur’ Pflegebedienstete in Hinblick auf die organisationalen Repräsentationen der Gesundheitserklärungsmodelle untersucht wurden, wenn doch die Leitungsrolle die große Verantwortung trägt, die Bediensteten mit Arbeitsinhalten, -werten und -kulturen zu versehen.

Für diese typisierende Strukturierung wurden alle durchgeführten Interviews herangezogen und qualitativ bearbeitet.

- I. Das biomedizinische Modell besitzt eine biologistische und ontologische Perspektive und sieht
 - die Biologie des Individuums als verantwortlich für organisch bedingte Anomalien, die *in* ihm zu suchen sind und als Krankheiten gelten, mit all den Vorurteils-, Urteils- und Interaktionsfolgen, im negativen und positiven Sinn, obwohl mit Hilfe

naturwissenschaftlicher Forschungsmethoden nur nachgewiesen werden konnte, was psychische „Krankheiten“ *nicht sind* (vgl. Zykowski 1989, S. 55).

Für den Arzt und Wissenschaftler Basaglia (1975; 2000) war nicht die Krankheit ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen, sondern der Mensch und seine Bedürfnisse.

- II. Das abweichungstheoretische Modell (Labeling-Perspektive) überwand das biomedizinische Modell, wenn auch in einer normativistisch verkürzten Form, über die sozialpsychologische bzw. interaktionistische Hervorhebung der Wirkung interpersoneller Definitions- und Stigmatisierungsprozesse hinsichtlich der Bedeutung gesellschaftlicher Prozesse für die Entstehung psychischer Störungen (vgl. Zykowski, 1989, S. 64; S. 77).
- Demnach wird abweichendes Verhalten von sozialen Normen erzeugt, etikettiert und chronifiziert, wobei zwischen „normal“ und „abweichend“ eine Kontinuität existiert (vgl. Keupp 1986, zit. in ebd., S. 57).
 - Psychische Störungen bewirken eine soziale Karriere und keine Krankheit. Die soziale Karriere ergibt sich aus den Anpassungszwängen und den Reaktionsmustern (kognitive, normative und handlungsbezogene), die von gesellschaftlichen Normen hervorgerufen werden.
- III. Das psychotherapeutische Modell inkludiert alle theoretischen Positionen, die für die psychische Genese, die Aufrechterhaltung oder Beseitigung von psychischen Störungen stehen. Merkmal ist die psychogenetische Erklärung (und nicht die organische) psychischer Störungen (Psychologisierung).

Dieses Modell verwendet weiterhin ein krankheitsorientiertes diagnostisches und therapeutisches Begriffssystem als Hilfsvorstellung, obwohl es vorgibt, sich davon zu unterscheiden, und es hebt über Psychologisierung die private Selbstveränderung hervor, während gesellschaftliche, historische und politische Tatbestände auf rein individuelle und privat verstandene seelische Faktoren reduziert werden (vgl. Zykowski ebd., S. 74).

Mit der nicht körperlich begründeten Perspektive traten durch Basaglia (1967; vgl. dazu auch Colucci/Di Vittorio 2001, S. 53) am Beispiel der Psychoanalyse, die Psychotherapien als hoffnungsvolle Stärken in die Psychiatrie. Sie erwiesen (und

erweisen) sich als dem System dienend, ohne es zu verändern. Sie engagieren sich für die eigene Lobby gegen die Übermacht der Mediziner in der Psychiatrie (vgl. Hörmann&Nestmann 1985, zit. nach Zygowski ebd., S. 76). Ausdrucksvoll zeigt sich dies in der Klinifizierung psychotherapeutischer Tätigkeit.

- IV. Das soziogenetisch-politische Modell sieht gegenüber dem abweichungstheoretischen Modell kapitalistische Produktionsverhältnisse als objektive Ursachen für psychische Störungen. Letztere gelten als eine restriktive Form des Aufbegehrens gegen gesellschaftliche Widersprüche.

Gemeinsamkeiten weisen die beiden Perspektiven darin auf, dass a) ihnen zufolge individuumsbezogene professionelle Interventionen wie die Psychotherapie störungserhaltende, die Psychochirurgie störungsverstärkende Wirkungen verursachen, b) staatliche Institutionen die Unterdrückung mit sozialen Kontroll- und Normierungsabsichten verkörpern, und c) den gesellschaftlich marginalisierten Gruppen Zuwendung entgegengebracht wird (vgl. Zygowski 1989, S. 77).

Basaglias und Ongaro-Basaglias (1971; 1968) Frühwerke sind für Zygowski der Beweis für die Hinwendung zum soziogenetisch-politischen Gesundheitsmodell der Reformbewegung in Italien.

- V. Das multifaktorielle Modell ist der Versuch, biologische, psychologische und soziale Faktoren für die Entwicklung und die Behandlung psychischer Störungen, für verantwortlich zu betrachten. Aus der Literatur und aus der verbreiteten Praxis erscheint dieser Ansatz weder theoretisch noch praktisch erreicht, vielmehr handelt es sich meines Erachtens um eine realpolitische Entscheidung der Konfliktvermeidung (v. a. von Seiten der Medizin), nämlich die stärker gewordenen Professionen mit einzubeziehen, um sie zu entschärfen. In Anbetracht dieses Modells erscheint die Erforschung der gleichberechtigten Verantwortungsübernahme der drei verschiedenen Positionsvertreter zentral. So ergibt sich bei der Entwicklung eines (therapeutischen) Programms oftmals eine Diskrepanz zwischen den Vertretern der drei verschiedenen Ansätze. Hat der Arzt die letzte Verantwortung und vertritt er (wie in sehr vielen Fällen) eine biologistisch-medizinische Ursachenzuschreibung, so wird der betroffene Mensch stark psychopharmakologisch (wenn nicht gar psychochirurgisch und/oder schocktherapeutisch) behandelt. Es ergibt sich dann, dass der Betroffene für nicht-

biologische Interventionen (Arbeitsintegration vs. Psychotherapie) nicht mehr ansprechbar ist (zu starke Sedierung, Konsequenzen auf die Wahrnehmung durch Schocktherapien, allgemein bekannte Nebenwirkungen usw.).

- VI. Das psychosoziale Belastungs-Modell (Zygowski 1989) ist ebenso ein Versuch, die Genese und Aufrechterhaltung psychischer Störungen als Verbindung von individueller Subjektivität und gesellschaftlicher Objektivität zu verstehen. Zygowski unterstreicht darin, psychische Störungen würden sich aus sozioökonomisch begründeten psychosozialen Widersprüchen konstituieren, die sich subjektiv als psychosoziale Ambivalenzen erweisen und pluriform belastend wirken.

„In ihrem Mittelpunkt steht das konträre Gegenüber von Individualitätsform und persönlichem Individuum, das sich sozialisationsvermittelt und auf alle Lebenssphären des Individuums bezogen, in einem komplexen Gefüge ‘mehrwertiger’ Belastungen realisiert“ (Zygowski 1989, S. 220).

Das psychosoziale Belastungsmodell als Erklärungsansatz für psychische Störungen verortet die Aufmerksamkeit des Praktikers bei psychologischen Ursachen im Menschen selbst und die sozialökonomischen Ursachen in der Gesellschaft und ihren Rahmenbedingungen. Die Frage, welche der beiden Determinanten wann eine größere Aufmerksamkeit bekommen soll, wird - wie im bio-psycho-sozialen Modell der Multi-Faktoren - nicht beantwortet.

Beide Modelle, die eine Integration anstreben, wobei letzteres die körperliche Dimension außer Acht lässt, erweisen sich im praktischen Moment als schwer handhabbar, weil sie die Verantwortung der Schwerpunktverlegung berechtigterweise dem Praktiker überlassen, der den betroffenen Menschen und seinen Kontext kennen sollte.

4.1.1. Ergebnisse des historischen Vergleichs subjektiver Störungsmodelle

Wie die Explikation der Modelle zeigt (und wie bereits in Kap. 3.3.1. Abschnitt (g) angeschnitten wurde), war es nicht angebracht, die Interviewäußerungen auf alle sechs

Modelle hin zu typisieren, da das multifaktorielle Modell den Anspruch erhebt, sie ohnehin zu integrieren und es inzwischen weltweit von vielen geteilt wird (vgl. u.a. dazu den Direktor des DSM Dell’Acqua (2003, S. 77 – 89), der auch der Vulnerabilitätstheorie große Aufmerksamkeit schenkt). Dieses Modell ist jedoch dahingehend anfechtbar, dass in den meisten Fällen der Praxis die integrierte Berücksichtigung der Einflussnahme dreier verschiedener Perspektiven kaum stattfindet, so dass es sich um einen propagierten Wert handelt.

Genau genommen besteht in der Praxis ein Dilemma, welches von der vertikal hierarchischen Organisation und Rollenübernahme der verschieden mächtigen Berufsgruppen diktiert wird. Bei Entscheidungen, beispielsweise während eines ‘case managements’, welches dem Menschen nach einer Bedürfnisevaluation angeboten wird, nehmen jene Modellzuwendungen (denen dann Handlungen folgen) überhand, die von den Mächtigen der anwesenden Berufsgruppen (mehr oder weniger) festgelegt werden.

Zur vertikalen Entscheidung summiert sich bei diesem Beispiel eine bestimmte Modellzuwendung, die nicht von allen geteilt wird und die nicht notwendigerweise auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingeht. Hier wird die Verantwortungsreflexion der leitenden TechnikerInnen absolute Priorität haben.

Extraktion und Analyse der verschiedenen Interviewtextstellen in Hinblick auf die hier hervorgehobene Frage der Gegenüberstellung von historischen Redefinitionen der vorherrschenden Repräsentationen bezüglich der Entstehung psychischer „Krankheit“ bzw. „Gesundheit“ ergeben, dass die Vorreform-, die Reform- und die Restaurationsbediensteten des DSM die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit und Gesundheit multifaktoriellen Faktoren (Modell V.) zuschreiben.

Mit der typisierenden Strukturierung der Modelle von I.-VI. (mit Ausnahme von II. und V, siehe Kap. 3.3.1. (g)) wurde indes eine Spezifizierung geleistet, welchen Faktoren die Bediensteten eine zentralere Rolle zuschreiben: den biologischen, psychologischen, gesellschaftspolitischen oder sozial-ökonomischen.

Manchen mag die Untersuchung der Reibungspunkte zwischen den klinischen und sozialen Berufsgruppen (und mit verschiedenen Ausbildungen), die am DSM vorzufinden sind, interessant erscheinen, da diese Multidisziplinarität gerade durch die letzte Generationswende von 2003-2006 verstärkt wurde und oft auf Teamebene sehr

schwer zu organisieren war. Doch hätte eine solche Untersuchung eine andere Fragestellung erfordert und stellte ein obsoletes Ergebnis dar: verschiedene Ausbildungen und die daraus resultierenden SR wie auch OR bewirken ein jeweils verschiedenes Welt- und demnach Störungsbild (vgl. dazu Thommen, Ammann, von Cranach, 1988). Jedoch die Aufgabe öffentlicher Institutionen liegt in der Herausforderung, eben mit jenen Berufsgruppen zu arbeiten, die an Hand von staatlich festgelegten Kriterien für den betreffenden Bereich bestimmt sind (dazu kommt die Schwierigkeit, mit jenen Bediensteten zusammenzuarbeiten, die die zeitlich unbegrenzte Anstellung auf Grund von öffentlichen Wettbewerben ‘gewinnen’, und nicht auf Grund einer gezielten, oftmals einengenden Auslese durch ein Assessment, wie es etwa im privatisierten Dienstleistungssektor und in der Privatwirtschaft gebräuchlich ist).

Wenn auch (am DSM von Triest von Anfang an) auf ein multidisziplinäres Team gesetzt wurde, so war es bis auf die letzten Rentengänge des Jahres 2005 vom Berufsbild des psychiatrischen Krankenpflegers gekennzeichnet, welcher von den Tagesanstellungen der Vorreformzeit über Reform zu zeitlich unbegrenzten Anstellungen gelangte. Die Herausforderung der Leitungsbediensteten und der Veränderungswilligen war die Inklusion der ‘Widerwilligen’ (einschließlich widerwilliger Gewerkschaftler und Politiker)ⁱ, wofür die interviewten Vorreformbediensteten die Leitung loben.

Ab heute stellen nicht mehr psychiatrische Krankenpfleger die ausnahmslose quantitative Gruppenstärke dar, sondern es wurden die durch die Ausscheidenden (Ruhestand) frei werdenden Stellen mit den Vertretern der OSS-OTAP (PflegehelferInnen im psychiatrischen Bereich) und mit RehabilitationstechnikerInnen nachbesetzt: Eine Intention der DSM Leitung, die durch die Rentenabgänge und die über lange Jahre geforderten, mitorganisierten und z. T. durchgeführten Ausbildungsangebote durchgesetzt wurde.

Darum geben die Ergebnisse der hier erarbeiteten subjektiven Erklärungen zur Entwicklung von „Störungsbildern“ auch Hinweise auf die langjährige (schwierige) Arbeit des Wissenstransfers der Leitungsebene und der Wissensveränderung beim Bediensteten (hauptsächlich psychiatrischen Krankenpfleger), mit dem Ziel eines humanen (gewaltlosen) und demokratischen (menschen- und bürgerrechtsorientierten) Umgangs mit den Nutzern.

Die typisierende Vorgehensweise wurde in der Fragestellung der ‘*subjektiven Störungsmodelle*’ (4.1.) für alle Interviews und ihre Durchgänge (I. und II.) angewandt, während für die ‘*subjektiven Arbeitsstrategien*’ (4.2.) und das ‘*Tätigkeitserleben*’ (4.3.), wie in Kap. 3 im Abschnitt (3.3.1.g) und (Übersicht 5, 6 und 15) angekündigt, die jeweiligen Unterfragen von einem Vertreter bzw. Vertreterin der drei Anstellungsepochen beantwortet wurden.

Modelle Epochen	biomedizinische	Psycho- therapeutisches	soziogenetisch- politisches	Psychosoziale Belastung	Summe der Bezugnahmen
Vorreform	I (2)	II (1)	III (13)	VI (11)	27
Reform	I (2)	II (5)	III (0)	VI (15)	22
Restauration	I (2)	II (1)	III (2)	VI (5)	10
Typisierte Gesamtfunde	I (6)	II (7)	III (15)	VI (31)	59

Übersicht 21: Aufteilung der Typisierungsausprägung ‘subjektive Störungsmodelle’

(Erläuterung: I bis IV beziehen sich auf die Krankheitsmodelle. In Klammer wird die Häufigkeit der Bezugnahmen angegeben.)

Dafür wurden Kategorien der InterviewpartnerInnen aus drei verschiedenen Anstellungsepochen extrahiert, zu den verschiedenen Modellen hin typisiert und jeweils summarisch in Übersicht 21 dargestellt. Diese Aufteilung der Typisierungsäußerungen geben einen Hinweis darauf, wie viele Fundstellen in den Interviews vorhanden sind, sie gibt jedoch keine Gewähr dafür, wie sich die Gruppe gegenüber den anderen in bestimmten Aussagen unterscheidet oder deckt und sie gibt auch keine Gewähr über die gruppeninterne Konsistenz. Die gruppeninterne Konsistenz ist demnach nur hinweisend anführbar, da es sich hier um einzelne GruppenvertreterInnen einer größeren Gruppe handelt (v. a. bei Reformbediensteten). So kehrte ich wieder zu den Kategorien zurück und erstellte rekursiv eine kategoriale Gegenüberstellung. Diese inhaltliche Strukturierung pro Epoche stellt den Redefinitionsunterschied zwischen den Bedienstetengenerationen dar, und gibt also

Aufschluss in Hinblick auf Wissenstransfer, gesellschaftlichen Kontext und Professionalisierung.

Schließlich wurden die Repräsentationen von Basaglia und der nachfolgenden Leitungsebene gegenübergestellt und diskutiert.

Interviewpartner und Anstellungsepoche/ Störungsmodell	A Vorreform	B Vorreform	F Vorreform	C Reform	D Reform	E Reform	M Reform	E+A Restauration	I Restauration	H Restauration
(I) bio-medizinisches		(Int. B. I, K.55), wie Diabetes oder Herzleiden	(Int. F II, K. 236) Vielleicht Veranlagungen etwas an organischem	(Int C I, K. 83, C. II, K. 44), Zucker krankheit; Krankheit verursacht objektive Grenzen					(Int. I I., K. 77, 78) identifizierbare Krankheit wie der Krebs, kann auch sein, dass es Erbkrankheiten	
(II) psycho-therapeutisches			(Int. II, K. 886) seelische Verletzungen	(Int. C I, K.86, 85, 82, C II, K 6, 11) Krankheit als Persönlich keitsstruktur die reversibel ist, Mensch muss sich verändern, Interessen und gesunde Anteile fördern						(Int. H II., K. 154) Probleme angehen
(III) soziogenetisch-politisches	Int.I A; K. 129/139/140 II K. 101, 102, 103, 105) /Status (Reichtum); Krieg verantwortlich. ökonomische, existentielle Schwierigkeiten;	(Int. B. II, K. 41; I. K.56; K. 60; 61) (Int. B. II, K. 34) Begriff der Krankheit wegen a) sozialpolitischen Strategien (sonst keine Invalidenrente) und b) um nicht zwischen den sozialen Schichten zu diskriminieren (sonst die Reichen „nur“ komisch; die Armen „verrückt“) Welt die einer Halluzination gleicht.	(Int. F. II, K. 185, 236) Gesundheitssimulation, als Angst vor Institutionen; Lebenssituation sabhängig						(Int. I I., K.80) sich erhalten können, ein Zuhause haben	(Int. H II., K. 94) Armut
(VI) Psychosoziale Belastung	Int. A I K. 129, 139, 142 Int.II K. 105;) Intelligenz, subjektive Fähigkeiten; Situation aushalten; hinter Wahnvorstellungen verstecken Gesundheit /Krankheit gibt es nicht, ist ein Kontinuum., Lebensort, Subjektive Möglichkeiten; gesellschaftlicher Ursprung; Ungerechtigkeiten "armen Hunde bleibt nur mehr das Gefägnis"	(Int. B. II, K. 58, 60, 76, 34) Aufmerksamkeit beste Medizin. die Psychopharmaka auf ein Minimum reduzieren; es geht nicht um die Heilung, auch wenn es die Menschen verlangen, sondern die Menschen zu einem Wohlfühlen hin zu begleiten, Verschiedene Erfahrungen verändern den Menschen in der Interpretation der Welt	(Int. F. II, K. 236) die Krankheit kann jeden von uns treffen, sie ist nicht voraussehbar, ; Gewisse Menschen sind vulnerabler	(Int. C I., K. 88, 89, 90, 83; C. II, K. 11, 43) Krankheit ist Lebens kontext-beziehungs-familien abhängig, Biographie, Krankheits bewusstsein präventiv wichtig, für richtige Reaktions muster, Diagnosen notwendig um Problem ein zuschätzen für ziel-gerichtete Antworten	(Int. D I, K. 68, 69, 70, 72, 74; D II, K. 194) Gewohnheiten; psychisches physisches Kleid, innerliches Gleichgewicht unbeschwert leben, nicht akzeptieren, was das Leben so mit sich bringt, wie Veränderungen, ausgewogen in die Wirklichkeit herablassen oder zumindest die Wirklichkeit als solche wieder zu erkennen, Krankheit hat zeitlich/ räumlichen Aspekt, Wirklichkeit nicht verstehen, Wohlfühlen organisieren	(Int. E I, K. 232-239) wie er spricht, wie er sich ausdrückt, wie er sich nicht ausdrückt, die Haltung	(Int. M I, K 95, 91) Familienwerde-gänge, wenig strukturiert, schwach, reaktions-unfähig, verteidigungs- und angriffsunfähig und demnach unfähig zum Selbstschutz	(Int. E+A I, K. 94) Normalität ist Verrücktheit alle sind verrückt, Verrücktheit ist mit unglücklich sein verbunden	(Int. I I., K. 77, 78) psycho- physischen Faktoren, Unwohlsein mit sich selbst, mit sich nicht Zusammen- leben können, keinen Ausweg finden; Biographie und tragen die Konsequenzen, schlechte Eltern- erfahrungen, Kindheits- traumata, als Kind verlassen, geringes soziales Netzwerk, erschöpften sich als Kind	(Int. H II., K. 79, 94, 154) Krankheits- bewusstsein ist Ausgangspunkt; schreien, halluzinieren, psychischen Kompetenzen, mit schlimmen Familien- und persönlich biographischen Situationen
herangezogene Fundstellen pro Zeitepoche	Vorreform: I (0); II (0); III (7); VI(4)	Vorreform: I (1); II (0); III (5); IV (4)	Vorreform: I (1); II (1); III (1); IV (3)	Reform I (2); II (5); III (0); IV (7)	Reform I (0); II (0); III (0); IV (6)	Reform I (0); II (0); III (0); IV (3)	Reform I (0); II (0); III (0); IV (2)	Restauration I (0); II (0); III (0); IV (1)	Restauration I (2); II (0); III (1); IV (2)	Restauration I (0); II (1); III (1); IV (3)
Gesamt modellspezifisch zuordenbar	I (2); II (1); III (13); IV (11)			I (2); II (5); III (0); VI (15)				I (2); II (1); III (2); VI (5)		

Übersicht 22: Einzelne und insgesamt herangezogene Kategorien (K.) verbalisierter Interviewpassagen und deren Ausprägungen/Fundstellenausmaß zu den einzelnen subjektiven Störungsmodellen: biomedizinisches, psychotherapeutisches, soziogenetisches, psychosoziales Störungsmodell

Erläuterung: Die Kurznamen in Klammer (z.B. Int. B. I., K. 55) geben an, woher die jeweiligen Zitate stammen. In diesem Fall handelt es sich um 'Interview (Int.) der Frau Beatrice (B.), deren Erst-Durchgang (I.), Kategorie (K.) 55. In der folgenden Ausarbeitung der Funde wird auf diese Kurznamen in der Übersicht 22 verwiesen, um den Lesefluss zu erleichtern.

Die Vorreformbediensteten

Für die Bediensteten der Vorreform ergaben sich in Hinblick auf das biomedizinische Modell (I.) insgesamt (2), das psychotherapeutische Modell (II.) (1), das soziogenetisch-politische Modell (IV.) insgesamt (13) und das Modell psychosozialer Belastung (VI.) insgesamt (11) Aussagen.

Dies zeigt, dass die Vorreformbediensteten seit ihrer Anstellung heute zwar ein multifaktorielles Modell der Entwicklung psychischer Störungen vertreten, den Schwerpunkt jedoch auf soziogenetisch-politische Ursachen legen. Eine zentrale Rolle spielen dabei psychosoziale Belastungen, während psychotherapeutischen und medizinisch-biologischen Faktoren praktisch keine Bedeutung zugeschrieben wird. Die InterviewpartnerInnen schließen eine genetische Veranlagung oder eine organische Kausalität für die Entstehung psychischer „Störungen“ nicht von vornherein aus und sie überlassen der Forschung die Aufgabe und die Verantwortung über eine nunmehr seit über einem Jahrhundert laufende neuropsychologisch begründete Hypothesenprüfung. Aus der Sicht der Medizin verweisen sie auf die Psychopharmakologie als notwendige Therapie, um „*Leiden zu lindern*“, aus dem Bedienstetenblickwinkel fordern sie, der Auftragsdurchführung im Sinne einer Beziehungsarbeit nachkommen zu wollen.

Der im Arbeitsalltag und in den Interviews verwendete Begriff „*psychische Krankheit*“ weist auf jene realpolitische Situation hin, Bürgern mit „*psychischen Krankheiten*“ nur über einen „*Krankheitsbegriff*“ in demselben Maße nahe zu stehen wie etwa solchen Menschen, die an „*Diabetes oder Herzkrankheiten*“ leiden (diesen speziellen Vergleich verwenden die Interviewten selbst). Die Bediensteten unterstreichen dies, wissend, dass der Begriff der „*Krankheit*“ eine dem

Gesundheitssystem immanente notwendige Strategie ist. Somit ist die Klassifizierung der „*Krankheit*“ eine realpolitische Antidiskriminierung, um dem Menschen hinsichtlich der Rechte auf Gesundheit Schutz gewährleisten zu können (Beispiel: ohne Klassifikation kein Recht auf Invalidenrente).

Neben der stigmareduzierenden Eigenschaft einer immer noch verbreiteten Klassendiskriminierung „*Reiche wären nur komisch und Arme verrückt*“, beinhalten die Aussagen die typische soziogenetisch-politische (IV.) Interpretation, nach der es die Krankheit an sich nicht gibt. Es gibt ein „*Kontinuum*“, bei dem sich durch soziale Schichtzugehörigkeit und die daraus resultierenden Möglichkeiten Erfahrungen als Weltinterpretationskompetenzen ergeben, die Vor- und Nachteile (Reichtum-Armut) verbergen. Die Vorreformbediensteten sprechen daher ökologischen Merkmalen, also räumlichen, sozialen, materiellen Faktoren und der Qualität der Lebensorte, dem Habitat, (so heißt auch eines der größten Projekte des DSM) eine bedeutsame Kausalität zur Entwicklung und Determination der hier genannten psychischen Krankheit zu. Diese ökologische Perspektive (vgl. Lewin 1963, Graumann 1978, Kaminski 1981 et al) verweist auf die Verantwortung für die Lebensqualität innerhalb einer Mikro-Sichtweise (heute ist am DSM die Debatte um die ‘microaree’ sehr aktuell) und auf die damit zusammenhängenden existentiellen bzw. materiellen Schwierigkeiten einer Makro-Sichtweise. Dieser zu berücksichtigende Widerspruch verdeutlicht sich auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene an den Kriegen, welche hauptverantwortlich sind für soziale Diskrepanzen. Diese fremdkritische Repräsentation ergänzen die Bediensteten mit einer selbstkritischen Auffassung, dass nämlich die Angst der Menschen vor den Institutionen Gesundheitssimulation bewirkt, was wiederum bedeutet, dass die Bediensteten die Verantwortung dafür haben, ob Menschen selbst ihre Zustände verändern wollen.

Die soziogenetisch-politisch bedingten Widersprüche sind für die Vorreformbediensteten Hauptfaktoren, die zu berücksichtigen sind, um nachzuvollziehen, wie Menschen subjektive Kompetenzen wie etwa „*Intelligenz*“ entwickeln. Die damit zusammenhängenden Coping-Fähigkeiten - beispielsweise das sich „*Verstecken hinter Wahnvorstellungen*“ - sind im ersten Moment psychotherapeutisch (II.) als „*psychische Verletzungen*“ zu verstehen, die jedoch auf Grund von „*Vulnerabilitätsfaktoren*“ zu Belastungen führen. Denn einig sind sich die Bediensteten der Vorreform darüber, dass subjektive Möglichkeiten gesellschaftlich

bedingt sind, und dass ihr Auftrag nicht ein heilender sein muss, sondern eine „*Begleitung hin zu einem Wohlsein*“, die über „*verschiedene Erfahrungen der Weltinterpretation*“ stattfindet. Demnach folgern sie, dass „*Krankheit*“ jeden betrifft und nicht „*vorhersehbar*“ ist.

An diesen Stellen führen sie bereits Arbeitsstrategien an und nennen die „*Aufmerksamkeit*“ als „*beste Medizin*“, mit der erreicht werden kann, die „*psychopharmakologische Behandlung auf ein Minimum zu reduzieren*“.

Die Vorreformbediensteten verkörpern, wie gesagt, das multifaktorielle Modell als Integration ihrer Ansichten. Schwerpunktmäßig vermitteln sie, dass das soziogenetisch-politische Modell (IV.) eindeutig im Mittelpunkt ihrer Ursachenerklärungen für die „*Krankheit*“ steht. Damit erklären sie auch die Verwendung des Begriffes „*Krankheit*“ als notwendige realpolitische Strategie, die dem aktuellen Gesundheitssystem innewohnt. Damit verbunden ist allerdings eine gesellschaftlich produzierte materielle Ungerechtigkeit, die eine Stigmatisierung mit sich bringt. Daraus entstehen unterschiedliche Möglichkeiten der Kompetenzaneignung, die im Gesamten dem Einzelnen unterschiedliche Bewältigungskompetenzen anbietet, um Widersprüchen standzuhalten. Aus diesem Grund messen sie dem Modell der psychischen Belastung (und der Vulnerabilität) eine zweitrangige Bedeutung bei. Dem medizinisch-biologischen und dem psychotherapeutischen Modell schreiben sie am wenigsten Wichtigkeit zu. Psychopharmaka können durch Aufmerksamkeit auf ein Minimum reduziert werden, eine notwendige Beziehungsarbeit wird ermöglicht, die biologistischen Hypothesen als solche bleiben unbestätigt.

Die Reformbediensteten

Wie für die Vorreformbediensteten ergaben sich für die Bediensteten der Reform in Hinblick auf das biomedizinische Modell (I.) insgesamt (2) Aussagen. Für das psychotherapeutische Modell (II.) hingegen insgesamt (5), für das soziogenetisch-politische Modell (IV.) insgesamt (0) und für das Modell psychosozialer Belastung (VI.) insgesamt (15) Aussagen.

Die Reformbediensteten schreiben mit großer Wahrscheinlichkeit den psychosozialen Belastungen die Hauptursache für psychische Störungen zu, denn alle Interviewten äußerten sich dazu. Ebenso gruppenkonsistent unterscheiden sie sich gegenüber den „Älteren“ dadurch, dass sie soziogenetisch-politischen Ursachen überhaupt keine Bedeutung beimessen. Dieses erstaunliche Ergebnis ist höchstwahrscheinlich darauf zurück zu führen, dass nach der „Revolution“ (wie die Bediensteten die stattgefundenen Anstaltsöffnungsarbeiten der 60er Jahre nennen) und der Reformzeit das Vorgehen der Pflegebediensteten vielmehr auf konkrete Arbeitsstrategien und immer weniger auf politische und iuridische ‘Fronten’ gerichtet war, wofür sich die Leitungsbediensteten einsetzten (arbeitsteilig).

Die Zuschreibungen des biomedizinischen und psychotherapeutischen Modells deckten sich mit den Repräsentationen der Vorreformbediensteten und mit der Meinung, eine psychische Störung sei eine der „Zuckerkrankheit“ gleichzustellende Krankheit. Völlig im Gegensatz zu den KollegInnen der beiden anderen Gruppierungen schreiben sie Menschen mit der Diagnose Psychose „*objektive Grenzen*“ zu. Auch die psychotherapeutische Sichtweise, wonach reversible Persönlichkeitsstrukturen angenommen werden, für deren Veränderung die Menschen selbst verantwortlich sind, unterscheidet sich zu den Vorreform- und Restaurationsbediensteten. Ihre Aufgabe sehen die Reformbediensteten sowohl in der Förderung der „*gesunden Anteile*“ des Menschen, als auch in der Förderung des Wohls. Von daher ist anzunehmen, dass es auch „kranke“ Anteile gibt.

Zu den psychosozialen Widersprüchen, die zur Belastung mutieren können, zählen Reformbedienstete wie Vorreformbedienstete Habitatkontexte, wobei spezifisch den familiären und allgemein den Beziehungsaspekten eine Wichtigkeit zugeschrieben wird. Sie räumen neben historisch-biographischen Gegebenheiten auch dem Krankheitsbewusstsein die Verantwortung dafür ein, wenn Menschen „*schwach, reaktions-, verteidigungs- und angriffsunfähig*“, kurz „unfähig“ sind zum „*Selbstschutz*“. Neben diesem Fähigkeitsmangel verursachen die Belastungen eine Anpassungsunfähigkeit an Veränderungen, „*die das Leben so mit sich bringt*“, so dass die Menschen kein (inneres) „*Gleichgewicht*“ finden, um sich „*ausgewogen in die Wirklichkeit herabzulassen oder zumindest die Wirklichkeit als solche wiederzuerkennen*“.

Gesundheit/Krankheit sind demnach keine absoluten Werte, sondern von „zeitlich/räumlichen“ Aspekten abhängig. Man trachtet nach einem Gleichgewicht zwischen Herausforderungen und „Gewohnheiten“, um daraus ein „psychophysisches Kleid“ zu stricken. Genau auf dieses psychophysische Kleid beziehen sich die Bediensteten bei ihren Arbeitsbeobachtungen, denn sie können und wollen nicht genau definieren, was gesund und was krank ist; so achten sie hauptsächlich darauf, wie Menschen „sprechen“, wie sie sich „ausdrücken“ und wie die „Haltung“ ist.

Die Diagnose ist für die Reformbediensteten weniger eine realpolitische Schutzstrategie, als bereits ein Arbeitswerkzeug, um „das Problem einzuschätzen und zielgerichtete Antworten“ zu entwickeln.

Zusammenfassend ist aus den Äußerungen der Reformbediensteten, die heute immer stärker die Gruppe der Älteren darstellen, eine Einigkeit darüber feststellbar, dass für den Aufbau von Kompetenzschwächen psychosoziale Faktoren verantwortlich sind, aus denen komplementär auch angemessene Reaktionsmuster gegenüber den Herausforderungen des Lebens entwickelt werden könnten. Auch die Reformbediensteten sehen in der Organisation eines Wohlergehens und der Förderung bereits bestehender Fähigkeiten ihren zentralen Rehabilitationsauftrag.

Gegenüber den Vorreformbediensteten unterscheidet sich ihre Meinung darin, dass sie soziogenetisch-politische Faktoren kaum berücksichtigen.

Medizinisch-biologistisch wiederum deckt sich ihre Sichtweise mit jenen der Vorreformbediensteten, dass nämlich die psychische Störung als eine „Krankheit“ zu sehen ist, wie die „Zuckerkrankheit“ eine ist. Inwieweit diese Interpretation soziogenetische Aspekte enthält, sei dahingestellt. Anders jedoch als ihre Vorgänger erleben sie die „Krankheit“ einerseits als verantwortlich für objektive Kompetenzschwächen und andererseits erlebten sie „Krankheit“ typisch psychotherapeutisch, wonach der Mensch für die Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen verantwortlich ist.

Hinzuzufügen ist die angetroffene Schwierigkeit bei manchen Reformbediensteten, über ihre Repräsentationen der Störungsmodelle zu berichten.

Die Restaurationsbediensteten

Wie für die bereits besprochenen Bedienstetengruppen der Vorreform und der Reform ergaben sich auch für die Bediensteten der Restauration in Hinblick auf das biomedizinische Modell (I.) insgesamt (2) Aussagen. Im psychotherapeutischen Modell (II.) deckt sich die Aussagenausprägung mit jener der Vorreformbediensteten mit insgesamt (1), im soziogenetisch-politischen Modell (IV.) mit insgesamt (2) und im Modell psychosozialer Belastung (VI.) mit insgesamt (5) Aussagen.

Damit sehen die Restaurationsbediensteten wie ihre KollegInnen, die seit der Reformzeit arbeiten, gruppenkonsistent die Hauptursache für psychische Störungen in der unzureichenden Fähigkeit und Möglichkeit, mit psychosozialen Belastungen umzugehen. Sie unterstreichen das Fehlen von „*Krankheitsbewusstsein*“, „*Sozialen Netzwerken*“ und „*psychischen Kompetenzen*“, die verantwortlich sind für „*Ausweglosigkeit*“, mit deren Hilfe aber man den schlimmen subjektiven biographischen Erlebnissen aus „*Familien- und Elternerfahrungen*“ (beispielsweise das „*Verlassen-werden*“) begegnen könnte, um dann das „*Zusammenleben mit sich selbst*“ zu einem „*Wohlsein*“ zu gestalten. Somit ist die „*Verrücktheit*“ mit einem „*unglücklich Sein*“ verbunden, welches sich in „*halluzinieren und schreien*“ äußert und sich möglicherweise soweit verbreitet, dass es die eigentliche „*Normalität*“ darstellt.

Wie ihre KollegInnen der Vorreform und der Reformepoche sprechen auch sie von „*psychophysischen Faktoren*“. Im gesamten teilen sie den multifaktoriellen Ansatz, denn im Unterschied zu ihren ReformkollegInnen sehen sie sehr wohl im „*Sich erhalten - Können*“ und im Besitz eines eigenen „*Zuhauses*“ einen ausschlaggebenden soziogenetisch-politischen Faktor für Autonomie, die zu „*Gesundheit/Krankheit*“ verhilft.

Mit allen anderen KollegInnen teilen sie die medizinisch-biologistische Auffassung, „*psychische Krankheit*“ sei mit „*Krebs*“ gleichzusetzen, sie unterscheiden sich jedoch zu ihren ReformkollegInnen insofern, als sie, wie die Vorreformbediensteten, „*Erbeigenschaften*“ als Hypothese für Entwicklung und Determination gelten lassen. In Anlehnung an psychotherapeutische Ansätze sind sie der Meinung, die Arbeit an

den Problemen müssten von den Einzelnen vertieft und nicht oberflächlich durch pharmakologische Behandlung bearbeitet werden.

Zusammenfassung der historischen Redefinition gruppaler Störungsmodelle

Ist für die Vorreformbediensteten das soziogenetisch-politische Modell (IV.) für die Ursachenerklärungen von psychische Störungen vorrangig, so ist es für die Bediensteten der Reform- und Restaurationsepoche das psychosoziale Belastungsmodell (VI).

Klare Zustimmung von jeder Seite bekommt die auf psychosoziale Bewältigungsstrategien sich stützende Vulnerabilitätsannahme. Dabei weisen alle Gruppierungen auf bereits in der Kindheit bzw. innerhalb familiärer Beziehungskontexte auftretende psychosoziale Belastungen hin, die hauptsächlich in den Augen der Vorreform- und Restaurationsbediensteten durch soziogenetisch-politische Widersprüche wie Armut/Reichtum/Krieg verstärkt eine Diskriminierung von Menschen verursachen, wodurch die Möglichkeit der Kompetenzaneignung verhindert wird, um überhaupt Bewältigungsstrategien erarbeiten zu können.

Alle Bedienstetengruppen teilen die medizinisch-biologistische Auffassung, „psychische Krankheit“ sei wie eine organisch bedingte Krankheit zu behandeln, wobei die Vorreformbediensteten explizit der Verwendung des Begriffs „*Krankheit*“ die notwendige realpolitische Strategie beimessen, die dem aktuellen Gesundheitssystem innewohnt, während die Reformbediensteten darin auch eine Verantwortung sehen für objektive Kompetenzschwächen. Die Vorreform- und Restaurationsbediensteten lehnen es hingegen nicht ab, mögliche genetisch bedingte Faktoren als Hypothesen für die Entwicklung und Determination für psychische „*Krankheit*“ gelten zu lassen.

Die Reform- und Restaurationsbediensteten geben typisch psychotherapeutischen Interventionsmethoden den Vorrang gegenüber den psychopharmakologischen und weisen damit dem Menschen selbst die Verantwortung für die Veränderung der Persönlichkeitsstrukturen zu. Damit wollen sie einer ausschließlich biologisch

begründeten Pharmakotherapie entgegenarbeiten. Dies unterstreichen die Vorreformbediensteten damit, dass psychopharmakologische Behandlungen durch Aufmerksamkeit auf ein Minimum reduziert werden können.

Ergänzt man diese typisierten Funde mit jenen der Beobachtungen und Organisationsdaten, sind die Bediensteten uniform der Meinung, Psychopharmaka ermöglichen die notwendige Beziehungsarbeit, weil sie ein gewisses aufgefundenes Leiden lindern und sie könnten in reduzierter Form angewandt werden, sofern die dafür notwendigen Ressourcen (vgl. dazu weiter unten ‘Beziehungsarbeit’) zur Verfügung stehen.

Folglich schreiben alle drei Bedienstetengruppen dem medizinisch-biologischen und dann dem psychotherapeutischen Modell am wenigsten Wichtigkeit zu.

Ein eklatanter Unterschied besteht zwischen den Überzeugungen der Vorreform-, Reform- bzw. Restaurationsbediensteten. Erstere streichen realpolitisch soziogenetisch-politische Widersprüche heraus, die verantwortlich sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychosozialen Belastungen auf der subjektiven Ebene. Daraus wäre die gesellschaftspolitische Mutation nachvollziehbar, in der eine geringere politische Auseinandersetzung der letzten Jahrzehnte beobachtbar ist, die wiederum in einem globalen Kontext zu verorten ist, in dem sich Reform- und Restaurationsbedienstete befinden.

Die Intention der Bediensteten ist aus jener gemeinsam stark vertretenen psychosozialen Sichtweise erschließbar, eben den Menschen und nicht die Krankheit im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu sehen. Die Schwerpunktsetzung des hier vertretenen multifaktoriellen Modells psychischer Störungen sieht demnach die psychosoziale Belastung im Vordergrund, die sich aus gesellschaftspolitisch bedingten Widersprüchen ergibt und organisch begründbare Nebenerscheinungen hat. Darin sind subjektive und kollektive Arbeitsstrategien der Bediensteten zu erkennen, die vordergründig die Aufhebung der Ambivalenzen über die Kompetenzenvermittlung angehen, um die daraus entstandenen Belastungen bewältigen zu können.

Diese nahezu deckungsgleiche Repräsentation der Entstehung von psychischen Störungen mit jener des Reformdenkers Franco Basaglia, weckt großes Interesse dafür, wie der Wissenstransfer der Leitungsbediensteten stattgefunden hat, um einen solchen nachhaltigen Effekt zu erzielen, und wird sich weiter unten im Abschnitt der

„institutionellen Strukturbedingungen“ näher diskutieren lassen. Unter dem Aspekt der Wissensvermittlung ist ebenso die Präsenz einer ungleichen Verteilung aller anderen Störungsmodelle interessant. Es weckt die Vermutung (die sich mit den Beobachtungen deckt), dass am DSM zwar die Uniformität ebenso von Interesse ist, jedoch über die Möglichkeit differente Interpretationen der subjektiven Arbeitserfahrungen auszudrücken (Versammlungen usw.) angepeilt wird.

4.2. Basaglia und die gegenwärtigen subjektiven Arbeitsstrategien

„Ich jedenfalls glaube, dass wir [...] einige Steine aufeinander setzen werden und damit ein Haus bauen, das wir symbolisch Haus der Freiheit nennen können – eine Freiheit, die nicht aus Worten besteht, sondern auf Fakten gründet“ (F. Basaglia, 2002, S.58).

Wie bereits angeschnitten, sind subjektive Arbeitsstrategien eingebettet in zeitlich überdauernde Tätigkeitsangebote. So ist beispielsweise die Zwangseinlieferung ein Tätigkeitsangebot (welches eine Vielzahl von Widersprüchen in sich vereint, womit wir uns anschließend näher auseinandersetzen werden), welches in der Praxis auf verschiedene Art und Weise durchgeführt werden kann. Auch die psychopharmakologische Therapieübergabe ist hier anzusprechen, wobei die Therapie vom Psychiater verschrieben und in den meisten Fällen (auch in Triest) von den Pflegebediensteten konkret verabreicht wird.

Basaglia beschrieb die subjektiven Arbeitsstrategien, die über die Interaktion stattfinden, als abhängig von der Tatsache, dass dadurch neue soziale Repräsentationen entwickelt werden, „ganz gleich, ob es etwas Gutes oder Schlechtes ist, in jedem Fall aber etwas Reales, das hier entstanden ist“ (Basaglia 2002, S. 57). Basaglias zentrale Arbeitsintention, die jeder Arbeitsstrategie zugrunde liegt, ist die „internationale Befreiungsaktion“ und zwar nicht ausschließlich jene der „Irren“ (ebd.). Denn der Mensch wurde von den aktuellen Gesellschaftsnormen interniert und wird bei seiner Entlassung diese wieder antreffen. In diesem Zusammenhang stellte Basaglia sich die Frage, ob es „noch eine Psychiatrie gäbe, wenn es kein Elend mehr gäbe [...] und wenn

die Gesellschaft sich wirklich verändern würde“ (ebd. S. 59). Basaglia weist diese hypothetischen Fragen aber ab und lädt ein, darüber zu sprechen, wie die Gesellschaft, in der gelebt wird, über „institutionelle Logiken“ (vgl. ebd.) verändert werden kann. Wenn Basaglia von der Entlassung von Irrenhauspatienten spricht, weist er auf die Notwendigkeit hin, die Kettenreaktion zu unterbrechen, die sich auf der familiären Ebene mit der Einweisung in das Irrenhaus ergeben haben und „zu immer neuen Widersprüchen“ (ebd. S. 60) führen. Denn während des Krankenhausaufenthaltes finden die Partner möglicherweise neue Lebensgefährten, die Geschwister „vergessen“ einen. Nach der Entlassung kann nicht einfach die ehemalige Familienkonstellation wiederhergestellt sein, vielmehr wird der Bedienstete das Leben des Betroffenen in der Gesellschaft organisieren müssen, „und der Gesellschaft zeigen, wer dieser Mensch ist, der jetzt zurückkehrt“ (ebd.). Nach Basaglia wird dabei dem Sozialarbeiter großes „Geschick“ abverlangt, „außerhalb der Institution für jemanden einen Platz zu finden, der dort unerwünscht ist“ (ebd.). Wie der Ausgeschlossene nach seiner Rückkehr wieder integriert wird, spiegelt die politische Kultur der Gesellschaft, in der wir leben und ihr Wertesystem wider. Am Beispiel der Rückkehr des Entlassenen kann „sich die Gesellschaft ihrer eigenen Unterdrückung und Unterdrückungsmechanismen bewußt werden“ (ebd.). Basaglia brachte diese Beispiele bei den Vorträgen in Brasilien und sprach von Langzeit-Internierungen, deren Auswirkungen auch für kurze Aufenthalte gelten, jedoch mit anderen psychologischen Nachhaltigkeitseffekten. Für ihn steht der Zugehörigkeitsaspekt der Subjekte im Mittelpunkt, da er dem Menschen Schutz bietet. Dieser Schutz wird beim Übergang von der Entlassung zur Integration Aufgabe der Bediensteten. Vorausahnend unterstreicht Basaglia: „diese Praxis ist sehr schwierig, weil wir immer sehr viele Niederlagen einstecken müssen und nie als Sieger dastehen werden“ (ebd. S. 61). Die zeitübergreifende Hartnäckigkeit, die Basaglia verlangt, fordert er über die notwendige Fähigkeit von Bediensteten so ein: „lernen zu verlieren, dennoch den Kampf immer wieder neu aufzunehmen, denn nur so können wir überzeugen“ (ebd.).

Was ich mache, beeinflusst mein Denken darüber, wie ich es mache!

In diesem Abschnitt sollen vorerst die Tätigkeitsaufträge des DSM dargestellt werden, die aus den STA-G ermittelt und von den Bediensteten selbst genannt wurden, um sie dann an Hand der Interviewaussagen zu ergänzen.

So, wie die im vorigen Abschnitt behandelten Repräsentationen der Entwicklung und Determination psychischer Störungen die Handlungsdurchführung beeinflussen, hat die über den Körper stattfindende Ausführung von Tätigkeiten, die Handlung, auch einen wesentlichen Stellenwert bei der Formung von Denkprozessen (Hacker, 2005; Leontjew, 1982; Sohn-Rethel, 1972).

Leontjew (1982) versteht unter gegenständlicher Tätigkeit eine praktische und geistige Aneignung der Welt und gleichzeitig eine unmittelbare Veränderungen der menschlichen Umwelt durch menschliche Aktivitäten. Dabei richtet sich menschliche Tätigkeit immer auf Objekte a) materielle und b) geistige/ideelle (vgl. ebd., S. 102). Wichtig dabei ist die kreisförmige (und nicht beispielsweise spiralförmige) Vorstellung der Bedeutung von Tätigkeit. „Nach dieser Vorstellung ist es gleichgültig welches Glied oder Moment als Ausgangspunkt oder Ausgangsglied angenommen wird“ (vgl. z.B. ebd., S. 125). So ist Tätigkeit sowohl Ausdruck der sich entwickelnden Psyche als auch Anlass menschliche Psyche hervorzubringen und weiterzuentwickeln. Die Tätigkeit schlägt sich in sichtbaren oder zumindest indirekt erhebaren Handlungen nieder und vereinigt in sich sowohl innerpsychische als auch ausserpsychische, nämlich Umwelteigenschaften- und Prozesse. Diese psychischen und ausserpsychischen, weltlichen Strukturen und Prozesse regulieren das menschliche Handeln. Als Makrostrukturen (hierarchische Struktur) der Tätigkeit versteht Leontjew den Zusammenhang zwischen folgenden Ebenen der Tätigkeit (ebd., S. 102)

I.	Tätigkeit – Motiv	→ akzentuiert den motivationalen Aspekt des Handelns
II.	Handlung – Ziel	→ akzentuiert den Aspekt der Planung und Ausführung
III.	Operation – Bedingung (Operation = Teilhandlung und Bedingung = Handlungsbedingung)	→ akzentuiert den Aspekt der Planung und Ausführung

Übersicht 23: Makrostrukturen der Tätigkeit in Anlehnung an Leontjew (1982)

Wie bereits erwähnt berücksichtigt die dargestellte methodische Vorgehensweise die beobachtete Tradition der Triestiner Reformpsychiatrie und die sozialpsychologische Forscherinterpretation, den Menschen als aktiven Akteur, als Experten seiner Handlungen. Demnach ist der Begriff der Arbeitstätigkeit in diesem Vorgehen als „motivierte, gegenständliche Tätigkeit“ im Sinne Leontjew zu verstehen (vgl. Büssing, 1993, S. 445-481).

Die Tätigkeit artikuliert sich einzig durch das Motiv und die Handlung durch ein Ziel. „Tätigkeiten realisieren sich in Handlungen; ein und dieselbe Handlung kann aber verschiedenen Tätigkeiten zugeordnet werden“ (Ulich 1998, S. 162). So unterstreichen beispielsweise die Vorreformbediensteten den geistig/idealen Wert, dass die Vorbereitung (Operation) unter gewissen Bedingungen (Auto) und die Durchführung der Handlung einen Benutzer vom CSM beispielsweise in das Allgemeine Krankenhaus mit dem Auto zu fahren (Ziel - vgl. dazu auch Übersicht 26, Tätigkeit 10) dazu dient mit ihm die therapeutische Beziehung weiterzuentwickeln (Motiv 1) und nicht, wie es vorkam, um aus dem Zentrum zu kommen und eine kommunikative Pause einzulegen (Motiv 2) oder für den Lebenspartner den Einkauf zu verrichten (Motiv 3) usw..

Zurück jedoch zur Eingangsaussage *Was ich mache, beeinflusst mein Denken darüber, wie ich es mache!* Wir wollen uns hier nicht mit der Frage näher beschäftigen, ob zuerst die Henne oder das Ei war, also ob die Tätigkeit das Handeln über die Beeinflussung durch Denkprozesse oder ob die Denkprozesse über die Beeinflussung des Handelns die Tätigkeiten bestimmen. Mir reicht die Bereitschaft der Integration dieser beiden realen Möglichkeiten aus. Das Denken beeinflusst das Handeln, und die Durchführung von Tätigkeiten beeinflusst das Denken. Die Eigenschaft der Tätigkeiten bestimmt dabei unsere Denkinhalte und –prozesse. So ist der Ansatz dieser Studie der, über die Repräsentationen von Krankheit und Gesundheit und über verschiedene Tätigkeitsaufträge der Institution, die organisationalen Repräsentationen der Bediensteten drei verschiedener Epochen zu erschließen, der Bediensteten, welche die konkreten Handlungen leiten und welche hier also an Hand der subjektiven Arbeitsstrategien dargestellt werden. Damit ist es möglich, die organisatorischen Entscheidungen zu bewerten, die, wie Basaglia es wünschte, dazu führen, die Gesellschaft in eine humanere Richtung zu verändern, um ein Wohlbefinden aller zu garantieren.

Methodisch sei angemerkt, dass diese in den Interviews erkundeten organisationalen Repräsentationen auch ‘nur’ den Wunschstrategien entsprechen können, die in den Köpfen der Einzelnen präsent sind und in der Praxis keine Umsetzung finden. Um diese ideologisierende Gefahr zu minimieren, wurden, wie bereits in Kapitel 3 diskutiert, prozessual-konfrontative Interviews geführt, die sich auf die kontinuierliche Beobachteranwesenheit ausrichteten. Mit anderen Worten, wurden die organisationalen

Repräsentationen der eigenen Arbeitsstrategien während der Interviews immer wieder an die beobachtete und erlebte Praxis angebunden (mit allen Nebeneffekten für die Beziehung zwischen InterviewpartnerIn und Forscher).

Weil die Tätigkeiten am CSM bzw. am DSM von Triest dermaßen vielschichtig sind, werden für die Ausarbeitung der subjektiven Arbeitsstrategien vorweg Turnusse, Subgruppen, angewandte Rotationsstrategien und die gesammelten Tätigkeiten der Pflegebediensteten (4.2.1.) beschrieben. Letztere ergaben sich aus den Gestaltungsarbeiten der STA-G und listen nicht alle Tätigkeiten auf, repräsentieren jedoch jene, die von den Pflegebediensteten zum Zeitpunkt der Sammlung als zentral erachtet und somit auch benannt wurden. Erinnerung sei daran, dass auch die Leitungsbediensteten eine STA-G Analyse durchführten. Beide Ausarbeitungen könnten den von der Institution festgelegten Tätigkeiten gegenübergestellt werden. Diese Gegenüberstellung steht hier jedoch nicht zur Debatte, da sie institutionsinterne Erkenntnisabsichten einschließen würde und auch aus kapazitären Gründen nicht bewerkstelligt werden können. Dasselbe gilt für die Tätigkeitsammlung, die während der ETA Analysen den Angehörigen und Betroffenen oblag. Skeptische LeserInnen können eine Gegenüberstellung der STA-G und ETA selbst anstellen, indem sie Aussagen darüber erarbeiten, welche Leistungen die Nutzer (Betroffene und Angehörige) nennen entgegen zu nehmen gegenüber jenen Leistungen, die von den Bediensteten angeboten werden.

Erst im Anschluss (4.2.2.) daran wird es möglich sein, die subjektiven Arbeitsstrategien bezüglich einiger ausgewählter Tätigkeiten der Beziehungsarbeit, der Arbeit mit Psychopharmaka und der Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit, in Hinblick auf ihre historische Redefinition zu typisieren, wobei die aussagekräftigsten InterviewpartnerInnen hierfür herangezogen wurden. Dann wird das Ergebnis des historischen Vergleiches zwischen den drei verschiedenen Anstellungsepochen der Bediensteten der Vorreform, der Reform und der Restaurationszeit möglich sein. Welche Interviews genau für die typisierende Strukturierung herangezogen wurden, zeigt Übersicht 24, die Fundstellen sind in Übersicht 25 nachzusehen. Übersicht 24 ist ein Auszug der Übersicht 7 (Kap. 3):

Anstellungsepoche	Vorreform	Reform	Restauration	Untersuchungskategorie: <i>subjektive Arbeitsstrategien</i>
Herangezogene Interviews	Int. II: Herr F.	Int. I/II: Herr C.	Int. II: Frau I.	Beziehungsarbeit

für die typisierende Strukturierung	Int. Alle Interv.	Int. Alle Interv.	Alle Interv.	Arbeit mit Psychopharmaka
	Int. I/II: Frau B.	Int. I/II: Herr D.	Int. II: Frau H.	Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit

Übersicht 24: Herangezogene Interviews für die typisierende Strukturierung in Hinblick auf die Untersuchungskategorie ‘subjektive Arbeitsstrategien’

Wie aus der Übersicht 24 ersichtlich ist, wurde zwecks Erkundung der Unterkategorien der Beziehungs- und Integrationsarbeit jeweils ‘nur’ ein Interviewpartner der jeweiligen Epoche herangezogen. Dies deshalb, weil (wie bereits in Kapitel 3 beschrieben) für die drei (historisch) verschiedenen subjektiven Arbeitsstrategien einzelne Begriffe sowohl in italienischer als auch in deutscher Sprache vorerst in allen Interviews (und ihren Durchgängen) angesehen wurden, die kategorisiert und anschließend gestrichen (reduziert) wurden. Infolgedessen wurden gerade jene Interviews für die typisierende Strukturierung herangezogen, die quantitativ und inhaltlich die meisten und wichtigsten Aussagen ergaben. Für die Auswahl der ‘wichtigsten Aussagen’ kam teilnehmende Beobachtung zum Tragen. Die Aussagen der jeweiligen Einzelpersonen können in einem weiteren Sinn als typisch für ihre Epoche gelten, weil starke Inkonsistenzen (sehr differierende organisationale Repräsentationen) zwischen denselben EpochevertreterInnen explizit dargelegt wurden. Die Aussagen wurden in Hinblick auf die iterativ emergierten Kategorien der Einstellungen, der Voraussetzungen, der Strategien und der Effekte untersucht. Diese Vorgehensweise entspricht einem Sampling der Aussagen der Interviewten der jeweiligen Epoche, in dem eine schrittweise Streichung und Reduktion des Materials vorgenommen worden ist.

Für die verschiedenen drei Unterkategorien Beziehungsarbeit, Arbeit mit Psychopharmaka und Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit wurden sowohl in der inhaltlichen Strukturierung in deutscher Sprache als auch in den qualitativen Zusammenfassungen (Paraphrasierung, Generalisierung und Reduzierung) der einzelnen Interviewten in italienischer Sprache folgende deutsche und italienische Begriffe gesucht:

- Beziehungsarbeit: relazione/rapporto/Beziehung
- Arbeit mit Psychopharmaka: Psychopharmaka, Medikamente, Therapie, Depot/farmaci, terapia, medicinali, depot

Reform					29 herangezogene Fundstellen					
Restauration								38 herangezogene Fundstellen		

Übersicht 25: Einzeln und insgesamt herangezogene Kategorien (K.) von verbalisierten Interviewpassagen und deren Ausprägungen/Fundstellenausmaß zu den einzelnen subjektiven Arbeitsstrategien: Beziehungsarbeit (ABA); psychopharmakologische Therapievergabe (APTV) und Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit (AIAKF)

Diese Begriffe ergaben sich aus den Beobachtungen als zur Freiheitsarbeit immanent verstandene Kategorien und beweisen, dass das langjährige Leitmotiv ‘la libertà è terapeutica – die Freiheit ist therapeutisch’, welches man heute noch auf den alten Mauern des ehemaligen psychiatrischen Krankenhauses San Giovanni groß präsentiert bekommt und als Titel verschiedener Abhandlungen zur italienischen Psychiatriereform verwendet wurde (vgl. beispielsweise von Mauri, D. (1983) mit dem identischen Titel, während Schmidt, S. (1979) mit dem Titel ‘Die Freiheit heilt’) insofern keinen ideologisch-propagandistischen Charakter hat, als dieses Motiv von den Beschäftigten geteilt wird.

4.2.1. Die Rotationsstrategien, die Turnusse, die Subgruppenorganisation und die Tätigkeiten der Pflegebediensteten

Die Tätigkeiten der Pflegebediensteten, die hier behandelt werden, ergaben sich aus der STA-G Arbeit, bei der die Tätigkeiten in der Gruppe subjektiv gesammelt und anschließend gruppal zusammengefasst wurden, um so Wiederholungen zu vermeiden.

Die Tätigkeiten entsprechen der Reihenfolge durch die Gruppenmitglieder und werden in diesem Abschnitt grundsätzlich in drei Bereiche aufgeteilt, damit die/der LeserIn weiß, wo die Tätigkeiten in der Praxis stattfinden:

- a) ausschließlich im Zentrum (CSM),
- b) sowohl im Zentrum als auch außerhalb,
- c) ausschließlich außerhalb des Zentrums.

Erinnert sei daran (näheres dazu im Abschnitt 4.3.2.1. der subjektiven Kommunikationsqualität), dass alle dienstbezogenen Informationen täglich dem gesamten Team über die Dienstversammlung, die Tagebuchvermerkungen und die Aussprachen zwischen den Berufstätigen bekannt gegeben werden.

Bevor die Tätigkeiten der gesammelten Liste zuerst sachlich beschrieben, dann differenziert den drei verschiedenen Orten, an denen sie ausgetragen und jenen Berufsbildern, die sie vollziehen, zugewiesen werden, ist es notwendig, einige Rotationsstrategien, die Subgruppen und im allgemeinen die Turnusdienste des Teams zu skizzieren.

Die Turnusdienste, die Rotation und die Subgruppen im Allgemeinen

Die Pflegebediensteten des DSM/CSM setzten sich zum Zeitpunkt der Tätigkeitserhebung vorwiegend aus psychiatrischen Krankenpflegern zusammen. Inzwischen wurden die Rentenabgänge vermehrt mit den Berufsbildern der technischen RehabilitationstechnikerInnen (tecnico della riabilitazione), der OSS (operatore socio sanitario) und OTAP (operatore tecnico assistenziale psichiatrico, Pflegehelfer im psychiatrischen Bereich), also mit sozialgesundheitlichen Pfl egetätigen, nachbesetzt. Doch während der Erhebungsphase von 2002-2005 war die vorgesehene Turnusanwesenheit von drei bis sechs Pflegebediensteten aus Rationalisierungsgründen nicht gewährleistet. Dadurch war im Zentrum selbst des öfteren nur eine Person anwesend, obwohl die Planung mindestens zwei Pfleger (aufgeteilt auf die klinischen und sozialgesundheitlichen Berufsbilder) vorsah, während die restlichen außerhalb des Zentrums arbeiteten.

Die zwei im Zentrum verbleibenden Mitarbeiter rotieren innerhalb der Pflegebedienstetengruppe. So wird teamintern und mit Berücksichtigung des Tagesplanes entschieden, wer im und wer außerhalb des Zentrums arbeitet. Auf diese Weise findet eine von den Pflegebediensteten autonom organisierte Rotation statt, die den Leitungsbediensteten mitgeteilt wird. Organisationspsychologisch ist diese Rotation positiv hervorzuheben, denn sie unterstützt sowohl die Vielfältigkeit als auch die Ganzheitlichkeit der durchzuführenden Tätigkeiten. Eine berufsbildübergreifende

Rotation findet, wie weiter unten genauer beschrieben wird, für die Tätigkeit der Aufnahme (17) statt.

Insgesamt wurden vier Subgruppen angetroffen. Die erste Subgruppe betrifft die Aufteilung des gesamten Teams in Hinblick auf das Einzugsgebiet des CSM, welches ca. 55.000 Einwohner zählt. Alle Leitungsbediensteten führen eine Untergruppe an, zu der ca. 5-8 Pflegebedienstete gehören, die jeweils für 5-20 BenutzerInnen samt ihren Systemen (Angehörige, soziale Netzwerke, Arbeitgeber, Mitstreiter usw.) verantwortlich sind. Dafür werden am CSM an verschiedenen Zeitpunkten des Arbeitsjahres Untergruppierungen (Subgruppen) neu gebildet und supervidiert, auf die sich die Benutzer des Zentrums hinsichtlich ihrer Stadtviertelherkunft verteilen (mit Ausnahme jener, die beispielsweise ausschließlich die slowenische Sprache sprechen und demnach eine zweisprachige Betreuung von Bediensteten benötigen). Es finden auch Untergruppenversammlungen statt. Die restlichen drei Untergruppen bekommen spezifische Aufgabenbereiche zugeteilt, die

- a) die Arbeitsförderungsprogramme (borse di lavoro),
- b) die Organisation des Day Hospital und der spielerischen Tätigkeiten,
- c) die Personalentwicklung (Ausbildungen usw.) betreffen.

Die Zeiten der Turnusse stellen die Voraussetzung für die Durchführung der 24 Stunden Dienstleistung dar, was die eigentliche Besonderheit der Reformpsychiatrie von Triest gegenüber anderen Institutionen ist. Sie unterteilen sich in drei Schichten:

- Vormittagsturnus von 07.00-14.00 Uhr
- Nachmittagsturnus von 14.00-20.00 Uhr
- Nachtturnus von 20.00-07.00 Uhr

Die Entwicklung der Turnusdienste war und ist noch immer eine zentrale organisatorische Arbeit am DSM. Denn auf Grund der Planungsautonomie der Pflegebediensteten und hinsichtlich der Notwendigkeit einer komplexen Vorplanung der Pflegegruppe mit Hilfe ihres Vertreters ergeben sich verschiedene Effekte (vgl. 4.3.2.1.). Außerdem wird hier nicht direkt auf die genaue Turnusorganisation eingegangen, da sie einerseits für verschiedene Interviewte als die ausschlaggebende Voraussetzung für ein Wohlbefinden am CSM steht und sie andererseits wegen der damit zusammenhängenden Erschwerung der 'therapeutischen

Kontinuitätsmöglichkeit’ (continuità terapeutica) der Pflegebediensteten im Arbeitsalltag zur Zeit am DSM/CSM neu überdacht wird, um andere Wege der Programmierung auf Grund der Ressourcenkürzungen zu finden.

Am untersuchten ZPG (deutsche Abkürzung für CSM ‘Zentrum für psychische Gesundheit’) wurden zwei Berufstätige angetroffen, die nicht im Turnus stehen, die so genannten turnusfreien, die keine Nachtschichten verrichten. Dafür hatten sie lange Zeit auf die gewerkschaftlich vereinbarten Nachtzulagen verzichtet. Mit 2004 wurde ihnen die ‘therapeutische Kontinuität’ zuerkannt, eine langwierige inhaltliche und vor allem gewerkschaftliche Debatte, auf die im Abschnitt der Gestaltungsarbeiten näher eingegangen werden soll. Die ‘therapeutische Kontinuität’, wie wir sehen werden, ist eine von den Bediensteten selbst apostrophierte Notwendigkeit der Beziehungsarbeit. Sie sieht die zeitlich und inhaltlich ganzheitliche Hinwendung des Bediensteten vor, beispielsweise einen Menschen von der Einlieferung bis zur Integration begleiten zu können. Die Turnusdienste selbst und die mit den Turnussen im Zusammenhang stehende Anwesenheit erschweren die ‘therapeutische Kontinuität’.

Natürlich gibt es auch an der Reformpsychiatrie die Möglichkeit einer vertraglich vereinbarten reduzierten Anwesenheitspflicht (parttime, 78% usw.).

Mit Übersicht 26 wollen wir uns der Tätigkeitsliste der Pflegebediensteten zuwenden, die beim ersten Arbeitstreffen des ersten Moduls der STA-G Analyse von der 16-köpfigen Vertretergruppe erarbeitet wurde. Anschließend werden die Tätigkeiten und einer der drei Orte, wo sie durchgeführt, zugeteilt und ergänzt werden näher beschrieben, und es wird dargelegt, von wie vielen Pflegebediensteten sie verrichtet werden.

1. Visite im Sprechzimmer	23. Beziehung mit psychiatrischem Dienst für Diagnose und Pflege (psychiatrische Notfall- Erstpflge)
2. Hausbesuche	24. Nächtliche/Tageskontrolle der Türen, Fenster, Sicherheit
3. Therapievergabe	25. Spielerische Tätigkeiten
4. Pflege der Person/ Zentrum (Betten/Grundbetreuung)	26. Erleichterung des Benutzers/Zentrums durch Ausgang mit Pfleger
5. Betreuung der Familienangehörigen- und der Benutzergruppen	27. Schließung der Türen am Tag
6. Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation zwischen Nutzern und Tutoren	28. Körperliche/chemische Eindämmung, Abraten und Beruhigung: Körper über Umarmung; Überwachung der Tür
7. Basispsychopädagogischer Eingriff: Waschen, Autobus, Kochen	29. Krisenbewältigung auf dem Territorium
8. Überprüfungs- und Unterstützungsgespräche: „Therapeutisches Projekt“	30. Krisenbewältigung im Urlaub
9. Aktivierung anderer Dienste: Gemeinde, Sanitäre Dienste, Krankenhaus, Freiwilligenverein, Familienärzte, Öffentliche Sicherheit, Rechtsanwälte, Tierschutz	31. Krisenbewältigung in Privatwohnungen
10. Autobegleitung von Benutzern und Ärzten	32. Krisenbewältigung im CSM/ZPG

11. Organisation Fortbildungskurse: Benutzer/Ang./Neuangeestellte, Kochkurs, Theaterkurs	33. Mediation zw. Bediensteten- Betroffenen- Angehörigen
12. Außerklinische Tät.: Theater, Küche, Sport, Ausflüge, Urlaub, Feier, Kaffee, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesung der Wochen/Tageszeitung, Ausstellungen, Museen	34. Day Hospital
13. Vertretung und Tutoring in Schulen und bei Aus- Fortbildungen: OSS, OTA, prof. Krankenpfleger, ausländische Gruppen, Praktikanten	35. Blutabnahmen und Überbringung bzw. Begleitung
14. Individuelle intensive Betreuung	36. Interne - externe Fachunterstützungen
15. Suche von bekannten problemreichen Personen außerhalb der Zone auf Signalisierung	37. Unterstützung des Benutzers bei externen Einlieferungen
16. Telefondienst	38. Vereinsleben
17. Aufnahme im CSM	39. interne oder externe Weiterbildung
18. Dienstversammlungen	40. Pflege/Erhaltung Autos
19. Externe Versammlungen	41. Wäscherei für stationär Betroffene
20. Tagebuchvermerkungen	42. Geldverwaltung: Renten, Beihilfen, ausserordentliche Finanzierungen (Unatantum), Bezahlungen
21. Zwangseinlieferung, freiwillige Einlieferung, klinische Zwangsfeststellung	43. Bote
22. Psychopharmakologische Arbeit (Gestione Farmaci)	44. Zusammenarbeit mit: 118 Rettung, Polizei, Feuerwehr, CSM, Stadtpolizei, Carabinieri, Finanzpolizei, Bahnpolizei, WWF

Übersicht 26: Die Tätigkeitsliste der Pflegebediensteten des DSM erarbeitet bei der Durchführung der STA-G, unterschieden zwischen im Zentrum (gelb), im Zentrum und im Territorium (türkis) und ausschließlich außerhalb des Zentrums stattfindenden Tätigkeiten (rot)

Denn der am DSM herrschende Grundsatz, territoriale Arbeit müsse auf alle Fälle in einer Zweierkonstellation verrichtet werden, wurde während dieser strengen Rationalisierungsphase mehrmals gesprengt. Die Auflistung wurde in italienischer Sprache erstellt, die Übersetzungen direkt vom Forscher geliefert.

a) Die Tätigkeiten, die ausschließlich im Zentrum angeboten werden

(1), (4), (16), (17), (18), (20), (24), (27), (32), (34), (41)

Die mindestens zu zweit im Zentrum anwesenden Bediensteten sind für die Tätigkeiten der Grundbetreuung (4) der im Zentrum anwesenden Menschen und des Zentrums selbst zuständig: für den Telefondienst (16), für die Aufnahme neuer Benutzer (in Absprache mit dem gesamten Team) und die im Zentrum eingehenden Anfragen (17), für die Sicherheitskontrolle (24), die Schließung der Tür (27) und die Wäsche der stationären Benutzer (41). Einige Arbeiten werden jedoch mit Unterstützung aller anwesenden Bediensteten ausgeführt. Dabei wird die Tätigkeit (16) des Telefondienstes in der Praxis und bei Bedarf von jenen durchgeführt, die sich gerade in der Nähe des Telefons befinden. Ebenso wird die Krisenbewältigung (32) für die im ZPG anwesenden Betroffenen und Angehörigen grundsätzlich von dem Bediensteten

getragen, der dem Betroffenen beziehungsweise am nächsten steht, bei Bedarf jedoch von allen.

Ähnlich wird auch die Tätigkeit (1) der Begleitung der Ärzte, der PsychologInnen und der SozialassistentInnen bei der Gesprächsdurchführung im Sprechzimmer organisiert und von jenen Pflege- und Leitungsbediensteten getragen, die für die Person zuständig und am betreffenden Tag im Turnus sind. Ist dies nicht möglich, werden von den Leitungsbediensteten jene Pflegebediensteten miteinbezogen, die gerade im Zentrum anwesend sind. Da werden Bedürfnisse, psychopharmakologische Belange, biographische Erlebnisse und weitere Schritte in Anlehnung an die personalisierten Projekte der Integration besprochen. Auf diese Weise lernen die Pflegebediensteten die Betroffenen und ihre Angehörigen kennen, wie auch Techniken der Gesprächsführung und die Ziele der Institution in schwierigen Entscheidungsprozessen.

So kann eine kontinuierliche Ausbildung im Feld stattfinden, was dem Gesprächsführer bzw. Psychotherapeuten jene qualitativ gediegene Fähigkeit abverlangt, dem Kontext schulübergreifend gerecht zu werden.

Insofern sei angemerkt, dass am DSM nicht im klassischen Sinn Psychotherapien durchgeführt werden, wie sie etwa von den Angehörigen und auch von den Betroffenen vermehrt verlangt werden (vgl. dazu die ETA Ergebnisse der Angehörigen und der Betroffenen). Wohl wenden beispielsweise systemisch Ausgebildete solche Theorien an, die Methoden jedoch werden den kontextuellen Notwendigkeiten angepasst (insofern vertritt die DSM Leitung die Meinung, keine Budgetteile für Kamera und Einwegspiegel in Räumen zu investieren, wo mindestens zwei PsychotherapeutInnen gleichzeitig arbeiten). Die Kritik an der Psychotherapie, ihren Grenzen und ihrer Systemimmanenz wäre ein eigenes zu vertiefendes Arbeitsfeld. Sie dauert seit Basaglia an: „Die Grenzen der ... Psychoanalyse und der Anthropophänomenologie, die als revolutionäre Bewegungen im psychiatrischen Bereich ihren Ausgangspunkt fanden, haben sich weiterhin im Inneren des psychopathologischen Diskurses aufgehalten, wo sie nicht die Objektivierung des Kranken in Frage stellen, sondern weiterhin die Möglichkeiten der Objektivierung analysierten. Sie sind im System geblieben“ (Colucci & Di Vittorio, S. 72; Ü.R.V.). Es soll noch angemerkt werden, dass die beobachtete psychotherapeutische Arbeit eher einer psychosozialen Beratung gleicht. Zygowski (1989) versteht unter psychosozialer Beratung folgendes: Aus kapitalistischen/patriarchalen Gesellschafts- und Strukturzusammenhängen resultieren

psychosoziale Widersprüche aus Anforderungen und individuellen Bedürfnissen (bereits aus der Sozialisation). Der Autor folgt dabei mehr einem psychosozialen und weniger einem psychoanalytischen Konfliktmodell der Triebnegation. Die objektiven Widersprüche auf der Individualebene konstituieren sich als psychosoziale Ambivalenzen, bedingt beispielsweise von kognitiven/individuellen Möglichkeiten. Der Betroffene wendet verschiedene psychosoziale Abwehrmechanismen an, wie etwa

- Verleugnung psychosozialer Widersprüche,
- Gleichgültigkeit und Resignation,
- Unterwerfung der eigenen Individualitätsform bzw. Identifikation unter bestehende gesellschaftliche Strukturen bis hin zum Vergessen der eigenen Interessen,
- Missachtung der eigenen Individualitätsform, dadurch dass die Gesellschaftsinteressen überhaupt nicht berücksichtigt werden.

Als Interventionsformen der psychosozialen Beratung nennt Zykowski noch die Orientierung der Menschen, die Förderung ihrer Entscheidungshandlungen über Reflexionshilfen durch Aufklärungsarbeit. Damit deckt sich seine Vorstellung mit der Intention Basaglias, den Menschen mit der sozialen Wirklichkeit zu konfrontieren. Auch für Zykowski handelt es sich nicht um Psychotherapie, da man sich nicht auf internale Faktoren konzentriert, sondern externale, gesellschaftliche fokussiert. Ziele sind die Fähigkeit zur psychosozialen Reflexivität und die psychosoziale Handlungsfähigkeit. Das Individuum lernt demnach, seine psychosozialen Probleme anzugehen. Dafür müssen Kategorien übernommen und individualisiert biographisch gedeutet werden. Problematisch ist dabei, dass das Individuum kognitiv trainiert wird, seine Rolle zwischen den Machtdynamiken zu organisieren. Techniken, um die psychosozialen Kompetenzen zu verändern, sind der Perspektivenwechsel (Mead), Rollendistanz (Moreno), Verhaltenstraining sozialer Kompetenzen (praktische Veränderung der eigenen Rolle).

Im Unterschied zum Ansatz der psychosozialen Belastung wird beim soziogenetischen Ansatz Normalität unverständlicherweise weiterhin pathologisch gesehen.

Für die (4) Grundbetreuung der im CSM stationierten Benutzer sind ausschließlich die im Zentrum anwesenden Pflegebediensteten vorgesehen. Diese Betreuung sieht eine Reihe von Tätigkeiten vor, die mit den Benutzern im Zusammenhang stehen. Die

Körperpflege (cura del corpo) setzt bei der Bekleidung an, begleitet die allgemeine Körperpflege der Person (waschen, rasieren usw.) und reicht bis zur Säuberung der Betten und der spezifischen Instandhaltung des Zentrums (beispielsweise im Fall einer Zerstörung eines Fernsehers oder eines Fensters durch einen Betroffenen). Diese Grundbetreuung ist nicht mit der generellen Instandhaltung und Raumpflege des CSM zu verwechseln, die an Sozialgenossenschaften übergeben werden und die jetzt auch den Catering- und Servicedienst der Mahlzeiten ausführen. Denn bis 2003 oblag die Ausgabe der Mahlzeiten für nicht-stationär Betroffene den in der Stadt verteilten Restaurants (sogenannte ‘Barettine’). Der Grund war einerseits die Bekämpfung der Armut und die Bindung dieser Betroffenen an die Institution, wohlgerne über eine deinstitutionalisierte Beantwortung existentieller Bedürfnisse. Diese deinstitutionalisierte Angebotsform führte Betroffene und nicht Betroffene zusammen, was auf der gesellschaftlichen Ebene eine Reduzierung des Stigmas unterstützte. Aus einem klinischen Blickwinkel, beispielsweise bei der Veränderung von Sozialisierungsangst, erleichterte das Essen in der Stadt verhaltenstherapeutische Projekte, während es aus dem arbeitspsychologischen Blickwinkel die Abwechslung bei den betroffenen Begleitpersonen förderte, die (auch hier wieder rotierend) ebenso in den ‘Barattine’ zu Mittag aßen.

Den Ansatz der Vermischung der Verschiedenheiten (hier Menschen mit und ohne psychiatrischer Diagnose) und das gemeinsame Durchführen von Tätigkeiten findet man auch in der Wäscherei (41) für stationär Betroffene. Die Tätigkeit des Wäschewaschens wird, soweit möglich, gemeinsam mit den Benutzern (wie wir konkret im nächsten Abschnitt der subjektiven Arbeitsstrategien sehen werden) durchgeführt. Das gemeinsame Durchführen von täglichen Arbeiten bekommt am DSM im Sinne einer Kompetenzvermittlung seitens der Beschäftigten und Kompetenzzaneignung seitens der Betroffenen einen zentralen Stellenwert. Arbeitspsychologisch gesehen stellt dieser Ansatz die Beschäftigten nicht auf die Ebene der dienenden HelferInnen, sondern auf die Ebene der FortbildnerInnen, er verlangt diesen Kompetenzen ab und überhaupt eine größere zeitliche Bereitschaft. Unter der Tätigkeitsbenennung ‘Wäscherei’ fällt auch die Ausgabe von Kleidungsstücken an Betroffene. Im Laufe der Jahre sammelten dafür die CSM Bediensteten eine stattliche Anzahl von Mänteln, Hemden, Hosen, Röcken, Unterwäsche u. v. m..

Die Tätigkeit des Telefondienstes (16) wird in der Aufnahme im Erdgeschoss des Zentrums durchgeführt, von wo die Anrufe in den ersten Stock weitergeleitet werden. Hier nimmt der zweite Bedienstete jene Gespräche entgegen, die an Bedienstete und/oder Betroffene gerichtet sind, die sich gerade im Flur aufhalten und in einem der drei Gesprächszimmer nicht zu erreichen sind.

Dazu ist zu erwähnen, dass während der Forschungszeit die Pflegebediensteten ohne tragbares Diensttelefon arbeiteten. Erst in den letzten Monaten wurde diese Tätigkeit durch ein Schnurlostelefon erleichtert. Vermerkt sei auch der Aufwand, der sich wiederum durch technische Schwierigkeiten ergab, angesichts des schlechten Empfangs im alten Gebäude des CSM.

Diese Tätigkeit wurde gern zusammen mit jenen BenutzerInnen ausgeführt, die entweder in ein Arbeitsintegrationsprojekt eingebunden waren, das sie vielleicht auf die Rolle eines Sekretärs vorbereitet, oder mit jenen, die sich wiederholt und/oder für einen längeren Zeitraum im ZPG aufhalten müssen und deshalb alle Bediensteten gut kennen. Zusätzlich ist zu sagen, dass die Betroffenen selbst entscheiden, sich nützlich zu machen. Sonst mussten bezahlte Praktika als Arbeitsintegrationsprojekt gestartet werden. Denn das DSM selbst und die Bediensteten aller Berufsbilder und Anstellungsepochen sind sich über die ergotherapeutische Tätigkeit als Kennzeichen totalitärer Institutionen im Klaren.

Ein längerer Aufenthalt ist von verschiedenen Faktoren bedingt, wie beispielsweise von der Unmöglichkeit, den Betroffenen eine Alternativlösung zu einer anzumietenden Wohnung anzubieten, einen Platz in einer Wohngemeinschaft oder in einer therapeutischen Gemeinschaft. Die Strategie dabei ist, sowohl das Elternhaus als auch die Betroffenen von negativen Familiendynamiken zu entlasten, und wenn es nur für einige Wochen ist.

So kommt es vor, dass der angehende Sekretär die Anrufe entgegennimmt und sie weiterleitet; der Bedienstete übernimmt die Doppelfunktion der Begleitung und setzt sich mit den inhaltlichen Arbeiten auseinander, die sich eben aus den Anrufen ergeben.

Auch die Aufnahme im CSM (17) wird von den an diesem Tag dem Zentrum zugeteilten Bediensteten durchgeführt, wobei diese Rolle jeden einmal monatlich berufsbildübergreifend trifft, da auch sie in Rotation organisiert ist. Dies bedeutet für den von Ressourcenkürzungen betroffenen Turnus der Pflegebediensteten, dass für Tage, an denen nur eine Person für das Zentrum zuständig ist, ein Leitungsbediensteter den Aufnahmedienst im Parterre versehen muss. Durch die Organisation des

Telefondienstes und vor allem der Aufnahme verspricht man sich die Aufrechterhaltung der niederen Warteschlangen trotz weniger Personal, während die damit verbundene Selektion und Weiterleitung einen Lerneffekt bewirkt.

Hervorzuheben ist die fast drei Jahre währende Verhandlungsdiskussion zur top down gewünschten Umsetzung der Aufnahme-strategie, die von den Pflegebediensteten wegen der knappen Personalbesetzung auf Grund der Rationalisierung sabotiert wurde, bis sich alle Leitungsbediensteten bereit erklärten, ebenso in die Rotation einzusteigen, was genauer im Abschnitt der ‘subjektiven Kommunikationsqualität’ besprochen werden wird. Dort wird auch dargestellt, wie durch die Aufnahme die freie Bewegung im CSM eingeschränkt wird. Die bereits am Eingang des CSM situierte Aufnahme erschwert das Haus bei unsicheren Gefühlen zu verlassen, also beim Erleben eigener Widerstände, denn die Person an der Aufnahme nimmt sofort die Anfrage und die Anwesenheit auf, wie ein Rezeptionist im Hotel.

Zur Arbeit der im Zentrum ständig anwesenden Pflegebediensteten gehört die Schließung der Tür am Tag (27). Diese widersprüchliche Tätigkeit, der wir uns auch in anderen Abschnitten nähern werden, da sie das Konzept des ‘Open Door System’ in Frage stellt, erwies sich bei der Tätigkeitsbewertung der STA-G Arbeiten für die Pflegebediensteten von großer emotionaler Anstrengung. Davon zeugte auch die spannende Debatte, die während der STA-G Arbeiten zwischen den Anwesenden entflammte. Die Schließung der Tür tagsüber ist notwendig, wenn stationär behandelte Menschen den Drang, den Wunsch, das Bedürfnis, das Recht verspüren, vom Zentrum fortgehen zu wollen. Sind genügend Bedienstete anwesend, werden diese Menschen beim Ausgang begleitet. Die Bediensteten nennen dies Ausgangsbegleittätigkeit, da sie auch ohne Anfrage der Menschen unternommen wird, um die Durchführungen von anderen Tätigkeiten im Zentrum zu erleichtern (Tätigkeit 25). Ist jedoch, wie es in den letzten Jahren wegen der bereits mehrmals besprochenen Personalkürzung der Fall war, nur ein Bediensteter anwesend, und will gerade jetzt ein Mensch hinaus, wird ihm das nicht einfach gewährt, da dies für die Bediensteten ein laissez a fair-Verhalten darstellen würde, auf Grund der Verletzungs- und Verirrungsgefahr für den Benutzer selbst. Dieser wird aber auch nicht hinter eine Tür gesperrt. Die Schließung der Tür bei Tag fordert vom anwesenden Bediensteten, an der offenen (also nicht mechanisch verschlossenen) Ausgangstür zu stehen. Die Arbeitsstrategie gründet darauf, den Austritt (bzw. Eintritt) durch die Tür, die auch von anderen Menschen benutzt wird,

durch Gespräche zu verhindern. Gerade die Arbeitsstrategie, nach der Körper und der Dialog Schlüssel und Türen ersetzen, wird zwar von allen geteilt (dazu auch im Abschnitt ‘Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit’), gleichzeitig aber wird die Tätigkeit der Schließung der Tür in einen direkten Zusammenhang mit dem Personalschlüssel gestellt und nicht persönlichkeitsfördernd für den Benutzer erlebt. Vielmehr fordern die Pflegebediensteten die Möglichkeit für die Betroffenen immer, wenn das Bedürfnis vorhanden ist, das CSM in Begleitung verlassen zu können (vgl. auch Abschnitt 4.5.). Sind nämlich alle sechs vorgesehenen Pflegebediensteten im Turnus, können jene, die sowohl im Zentrum als auch außerhalb tätig sind, den Menschen hinausbegleiten. Daraus ist ersichtlich, dass die Zwangsmaßnahme, wie die Pflegebediensteten die Tätigkeit der Schließung der Tür nennen, hier nur auf einem gesellschaftsbedingten Widerspruch als Folge der Personalkürzungen und nicht auf der Arbeitsintention der Bediensteten basiert.

Für die Day Hospital (34) Aktivitäten ist, wie schon gesagt, eine eigene Subgruppe zuständig, die sich aus turnusfreien Bediensteten und PraktikantInnen zusammensetzt. Die Mitglieder dieser Subgruppe sind auch Teil der oben genannten Subgruppe, die für die Betreuung von 5-20 Benutzern zuständig ist. Die zur Rehabilitation zählenden Angebote, die den sowohl stationärenⁱⁱ als auch nicht stationären ‘Gast’ (wie der Betroffene vor allem während der Vorreformzeit genannt wurde) direkt im Zentrum angeboten werden, sehen verschiedene Projekte vor, die, abhängig von den Ressourcen, auch von PraktikantInnen angeboten werden: die Besprechung von Tageszeitungen, die Organisation und Durchführung von Leserunden, Turnieren, Festlichkeiten, Ausflügen u. v. m. Die direkte Ressourcenabhängigkeit zwingt den Pflegebediensteten immer wieder, Anfragen zu prüfen und an Hand der Möglichkeiten neue Angebote zu finden. Die Vorreformbediensteten berichten von einer graduellen Kürzung der Ressourcen für solche ‘extra-klinischen’ Tätigkeiten im Laufe der Verbetrieblichung und noch stärker seit 2001, als auf lokaler, regionaler und gesamtstaatlicher Ebene eine Mitte-Rechts-Regierung die Budgets zuteilte.

Alle Bediensteten sind verpflichtet, die Handlungen und deren Ergebnisse im Tagebuch (20, dazu Näheres auch im Abschnitt ‘subjektive Kommunikationsqualität’) zu vermerken. Dafür finden die nicht turnierenden Bediensteten während des gesamten Tages Momente, die anderen hauptsächlich vor, während oder nach der täglichen Dienstversammlung (18), die beim Turnuswechsel um 14 Uhr beginnt. In der Zeit der

Personalkürzungen konnten manche den Versammlungen nicht beiwohnen, da sie Überstunden nachholen wollten/mussten. Die Tätigkeit der Tagebuchvermerkung ermöglicht den Austausch und das Zirkulieren von Informationen. Sie stellt einen Kommunikationsknotenpunkt zwischen den Beschäftigten dar.

Bei Tag wie auch während des Nachtdiensts, der ohne Ausnahme von zwei Pflegebediensteten aufrecht erhalten wird und bei Eintritt der neuen Berufsbilder einige Akzeptanzschwierigkeiten verursachte, die die Leitungsbediensteten jedoch mit Erfolg beseitigen konnten, sind die Bediensteten aufgefordert, für die Sicherheit des Ortes zu sorgen (24).

Alle Bediensteten arbeiten vernetzt mit ihren KollegInnen, wenn es darum geht, Krisen (32) zu bewältigen, die sowohl von Betroffenen im Zentrum durchlebt werden, wie auch von Besuchern des Zentrums.

In Krisenbewältigungssituationen beobachtete ich in allen Jahren keine Anwendung klassischer Zwangsmaßnahmen, sehr wohl aber heftige Wortwechsel, die auf die Nähe zwischen Betroffenen und Bediensteten zurückzuführen sind, und starke psychopharmakologische Eindämmung, obwohl die Medikamente nicht immer den versprochenen Effekt zeigten. Als ich nach monatelanger Arbeit mich in der Situation befand, mit Herrn Rossi (Name geändert) eine plötzliche Krise gewaltfrei und aggressionslos für ihn und für alle Anwesenden bewältigen zu müssen, handelte ich spontan und hatte damit bereits die Interventionsstrategien des Ortes übernommen, indem ich mich zwischen Herrn Rossi und die Wand stellte und ihm leise und verständlich zusprach. Er hatte offensichtlich die Absicht, seinen bereits im Stadtbus verletzten Kopf weiter gegen die Wand zu schlagen. Alle Anwesenden reagierten auf mein Verhalten mit stummem Nicken, zustimmenden Handschlägen und vielen Komplimenten. Doch auch dazu im nächsten Abschnitt über ‘subjektive Arbeitsstrategien’.

b) Vom Zentrum ausgehende und wieder zurückgemeldete Tätigkeiten, die sowohl im Zentrum als auch außerhalb durchgeführt werden

(2), (3), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (19), (21), (22), (23), (25), (26), (28), (33), (35), (36), (37), (38), (39), (40), (42), (43), (44)

Die Tätigkeiten der Pflegebediensteten, die sowohl im als auch außerhalb des Zentrums stattfinden, werden wie alle anderen Tätigkeiten mündlich (bei den formalen Tagesversammlungen und im informellen Austausch, der auf Grund der organisationalen Strategien überwiegt und schriftlich (im Tagebuch - 'Diario di bordo' (20)) an das Team rückgemeldet. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, die überall dort durchgeführt werden, wo sie sich ergeben, bzw. notwendig, gesundheitsfördernd oder angemessen sind. Kennzeichen für diese Arbeitskultur sind die Hausbesuche (2), die wie andere Tätigkeiten mit den Ressourcen zusammenhängen und im Großen und Ganzen alle Tätigkeiten beinhalten, die auch im Zentrum angeboten werden, jedoch die Überzeugung ausdrücken, den Menschen in seinem Kontext aufzusuchen und begleiten zu müssen. Im Großen und Ganzen deshalb, weil den Pflegebediensteten bei Hausbesuchen angesichts der Ressourcenkürzungen gerade so viel Zeit bleibt, die psychopharmakologische Therapie (3) zu vergeben und kurze Bedürfnisdiagnosen zu machen. Denn wie die Bediensteten im Zentrum grundlegende psychologische und pädagogische Grundbedürfnisse abdecken (7) und für Beratung und Beruhigung der Betroffenen verantwortlich sind (28), worin sie Umarmungs- und Dialogtechniken einsetzen (beispielsweise bei der 'Überwachung der Tür als Abschließung' (27)), wurden diese bis 2002 auch bei Hausbesuchen angeboten, so dass die körperlich-chemische Eindämmung weniger stark eingesetzt werden musste. So wurde vor allem während der Vorreform und Reformzeit direkt in der Wohnung der Betroffenen Körperpflege und Unterstützung bei den häuslichen Arbeiten angeboten, auch anstehende Reparaturen und beispielsweise Mediationsarbeiten zwischen Hausbewohnern bzw. Arbeitskollegen, Angehörigen und Pflegebediensteten der Betroffenen (33).

Zwischen einem Besuch direkt zu Hause des Betroffenen oder am Arbeits- und/oder Fortbildungsplatz begleiten die Pflegebediensteten Benutzer bei verschiedenen Verwaltungsgängen, die entweder mit öffentlichen Transportmitteln oder mit den (vier bis fünf) Dienstfahrzeugen des CSM ausgeführt werden (10). Diesen Dienst versucht man so zu organisieren, dass auch Ärzte mitfahren können und man sieht nebenbei zu erledigende Tätigkeiten (43) vor, bei der Pfleger die Boten zwischen verschiedenen

CSM-externen Institutionen und Verwaltungsbüros sind. Die Pflegebediensteten sind für die Instandhaltung der Fahrzeuge verantwortlich (40). Darüber, wer wann ein Fahrzeug für CSM-externe Tätigkeiten bekommt, einigen sich die Pflege- und Leitungsbediensteten durch mündliche Vereinbarungen auf Grund der Bedürfnisse der in Zweierkonstellation stattfindenden Außendienstaktivitäten. Die damit zusammenhängenden Tätigkeiten sind neben den Hausbesuchen auch die Unterstützung der Betroffenen bei externen Einlieferungen ins Krankenhaus, beispielsweise für medizinische Visiten aufgrund körperlicher Beschwerden (37). Solche externe Fachunterstützungen (36) werden von den Pflegebediensteten organisiert (z.B. durch telefonische Voranmeldungen, das Abholen, Beistehen und wieder Zurückbringen), sobald sie die internen Fachkräfte dafür bereits aktiviert haben. Die (Auto-) Begleitungen gehören zu den intensiven individuellen Betreuungen der Person (14), da schon hier die Beziehungs- und Emanzipationsarbeit, auf die im Abschnitt 'Beziehungsarbeit' näher eingegangen wird, stattfindet. Sie beansprucht eine zeitliche Intensität und Kontinuität, wie beispielsweise die (oben bereits) angesprochene Schulter-an-Schulter-Begleitung von stationären Benutzern, die den Ausgang aus dem CSM erbitten bzw. herausfordern. Findet dieser Ausgang, der, wie gesagt, auch eine Erleichterung sowohl für den Benutzer selbst als auch für das Zentrum ist (26), wegen der genannten Ressourcenkürzungen nicht statt, und schafft es aus den selben Gründen der einzige Pfleger nicht, ständig die Tür zu überwachen (vgl. oben 27), passiert es öfter, dass Betroffene das Zentrum verlassen, weil ja keine Zwangsmaßnahmen gesetzt werden und somit die Türen des Zentrums nicht verriegelt sind. Die Folge ist die umgehende Suche (15) nach dieser Person, die sich inzwischen auch außerhalb der Stadtzone des CSM befinden kann. Bei Arbeitsüberlastung kann es schon passieren, dass die Abwesenheit erst nach geraumer Zeit durch Anrufe der Netzwerkorganisationen oder der Viertelbewohner bemerkt wird. Nun wird die Suche in Zusammenarbeit mit solchen 'Verbündeten' aufgenommen, die ihre Kenntnisse über die Gewohnheiten der Betroffenen zur Verfügung stellen und so klarerweise eine nicht zu vernachlässigende und doch kritisch zu betrachtende Ressource einbringen (nicht immer sind die Bedürfnisse dieser 'Verbündeten' zum Wohle der Betroffenen, sondern eher zum Wohle des Systemerhaltungsprinzips durch Wegschieben störender Effekte). Die Zusammenarbeit mit Dienstleistungen der Stadt und des Staates (44) verlangt eine kontinuierliche Vorarbeit durch Aussprache und Vermittlung von Arbeitsstrategien. Zu

berücksichtigen sind die Rechte der Betroffenen, der Respekt vor ihnen, die soziale Miteinbeziehung, die Menschenwürde im Allgemeinen und das Recht, nicht stigmatisiert und diskriminiert zu werden. Hinter diesem kulturellen Austausch steckt (es braucht Zeit und eine große Anstrengung bis der zu sensibilisierende Polizist, bzw. der Erste-Hilfe-Freiwillige usw. die Arbeitskultur der CSM Bediensteten versteht und auch annimmt, denn es ist Voraussetzung, dass er Vorurteile bzw. die bis dahin gültigen sozialen Repräsentationen/Kulturen ablegt bzw. verändert) ein großer Einsatz der DSM/CSM Bediensteten, da gerade von ihnen Reduktion bis zur gänzlichen Absage an jegliche Anwendung von Zwangsmaßnahmen ausgeht. Daher müssen, bevor die Zusammenarbeit umgesetzt wird, gerade die CSM Bediensteten sich verstärkt einsetzen, weil zu guter Letzt nicht nur das Problem, sondern auch die Verantwortung für ‘Nebeneffekte’, wie es ein Selbstmord ist, meist auf sie als kulturelle Initiatoren abgeschoben wird. Diese Verantwortungsabschiebung traf im Verlauf der letzten 30 Jahre des Öfteren vor allem Angehörigen der leitenden Berufsbilder und führte zu Gerichtsverhandlungen und kritischen Medienberichten. Heute stellt sich dieses Problem als ein in Kauf zu nehmendes und auszuhaltendes Risiko dar.

Vorbildhaltung und zeitaufwendige Fortbildung (13) gelten auch für die Aktivierung anderer Dienste (9) wie Krankenhausdienste bei periodisch notwendigen Blutabnahmen (35), für rechtliche Angelegenheiten wie Erbschaften (42), wo Anwälte als Berater herangezogen werden. Dies alles ist jedoch nicht zu verwechseln mit der Verwaltung des Taschengeldes und mit der Organisation der Beihilfen, der außerordentlichen Finanzierungen (Unatantum) und der Renten der im CSM konfluierenden Betroffenen. Für die Ausbildung von Berufsbildern, die eventuell im Bereich der psychischen Gesundheit tätig sein werden, wird eine Fortbildungstätigkeit angeboten, auch für die PraktikantInnen aus aller Welt. Diese Ausbildungstätigkeiten erbringen heute dem DSM ein kleines Einkommen. Neben Selbstreflexionen dieser Art besuchen die Pflegebediensteten vor allem interne Weiterbildungen (39), die von den dienstälteren Vorreform- und Reformzeitbediensteten wie auch von ehemaligen Mitstreitern der Reform koordiniert und angeboten werden und die inzwischen in universitären Einrichtungen (z.B. Giannichedda, Ota de Leonardis u.v.m.) oder in anderen Dienstleistungen im In- und Ausland tätig sind (z.B. Luc Ciompi, Erich Wulff u. v. m.). Als externe Fortbildungen gelten in den letzten Jahren im gewissen Sinn auch Besuche bei anderen Dienstleistungen, wo die Pflegebediensteten von ihrer Arbeit

berichten. Andere externe Fortbildungen, wie beispielsweise der Besuch einer Bulimie - Veranstaltung in Verona, wurde von der DSM Leitung mit der Argumentation eines gezielten Ressourcenmanagements nicht genehmigt. Die Notwendigkeit, diese Veranstaltung zu besuchen, hatte sich aus der inzwischen jahrelangen Begleitung einer Person ergeben, die inzwischen auf 23 kg Gewicht abgemagert war und gemeinsam mit zwei Pflegebediensteten von mir personalisierte Stundenbetreuungen erhielt. Zwar reagierte die DSM Leitung sofort und bot in der Folge interne Fortbildungen zum Thema an, diese Haltung wurde trotzdem von den Pflegebediensteten als ‘Abkapselung von der externen fachlichen Welt’ negativ erlebt (vgl. Reform- und Restaurationsbedienstete), „während die Leitungsbediensteten ständig in der Weltgeschichte reisen“ (B.I. E+A und andere).

Die Freiwilligenvereine und allgemein die Unterstützung, Begleitung und Mitorganisation des Vereinslebens (38) wird als Ressource verstanden und sie sind in der organisationsinternen Charta der Rechte (siehe dazu 4.5.1.) aufgelistet. So sind die Gemeindeärzte, die Ansprechpartner der Angehörigen und der Betroffenen selbst immer stärker in die DSM/CSM Arbeitskultur einbezogen, um so den präventiven Aspekt und das kontinuierliche Monitoring auf ambulanter Ebene zu stärken. Daraus entstand dann der Selbsthilfeclub ‘Club Zyp’ und der Familienangehörigenverein ‘A.Fa.So.P.’, deren BesucherInnen zur ETA Analyse herangezogen wurden. Eine erweiterte Ausbildung dieser Netzwerkorganisationen findet durch deren Einbeziehung in externe Versammlungen (19) statt. Darunter sind Treffen zu verstehen, bei denen mit DSM-externen Partnern (wie z.B. Agenten der Fortbildungszentren (z.B. ENAIP), Partner der sozialen Genossenschaften, Beschäftigte der Gesundheitssprengel, Wachdienste, Feuerwehr, Erste Hilfe, Polizei, alternativmedizinische Experten, Verantwortliche der Jugendarbeit, kirchliche und Stadtviertelvertreter usw.) Projekte geschmiedet, evaluiert und neu definiert werden. Diese systematische Miteinbeziehung bewirkt erfreulicherweise eine qualitativ hohe Durchführung und eine quantitativ niedrigere Notwendigkeit von Zwangseinlieferungen (21), die sich im Jahr 2004 auf 22 Zwangseinlieferungen (TSO) auf 250.000 Einwohner beschränkten. Die Pflegebediensteten beklagen in den Interviews die vielen externen Versammlungen neben der täglichen Mittagsversammlung, die sich für jeden Bediensteten durchschnittlich auf vier Treffen pro Tag belaufen. Die Qualität der Durchführung der Zwangseinlieferungen zeigt sich durch die respektvolle und gewaltfreie (beispielsweise

ohne im Stadtviertel Aufsehen zu erregen) Umsetzung, die sich nachhaltig auf die freiwillige Einlieferung niederschlägt und auch als ein Erfolg der subjektiven Arbeitsstrategien der Bediensteten anzusehen ist. Diese scheuen nicht davor zurück, die Menschen beispielsweise trotz nicht angenehmer (schmutzige Wohnungen, von Streit, Gewalt und Aggression gekennzeichnete Lebenssituationen usw.) Interaktionsmomente wiederholt aufzusuchen und sie mittels meist emotional aufreibenden Verhandlungsgesprächen zur Bewusstheit zu führen, die angebotene Unterstützung doch widerstandslos in Anspruch zu nehmen. Was die Zwangseinlieferungen betrifft, ist die Beziehung zur psychiatrischen Notfallstation, die im öffentlichen Krankenhaus stationiert ist, notwendig (23). Diese Abteilung ist zwar der ‘schwarze Peter’ des Basaglia Gesetzes, wird aber bei ordnungsgemäßer Umsetzung zum Knotenpunkt zwischen dem Territorium und dem zuständigen CSM, denn laut Gesetz muss der Mensch nach max. 24 Stunden SPDC - Aufenthalt (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – psychiatrische Notfallstation) entweder in sein zuständiges CSM, nach Hause oder in andere Alternativorte begleitet werden (gemäß dem Gesetz 180, bezeichnet als ‘Basaglia Gesetz’, siehe Abschnitt 4.5.1.).

Zur Durchführung der Zwangseinlieferungen und der Arbeit der Polizei will ich am Ende dieses Abschnitts zwei konkrete Beispiele anführen, aus welchen verständlich wird, welche Auswirkungen die oben angesprochene Netzwerkausbildung verursachen kann und wie sehr Beziehungsarbeit für schwierige Situationen notwendig ist.

Die themenzentrierten Evaluierungen bzw. (Neu-) Definitionen des (laufenden bzw. zu startenden) therapeutischen Projektes (8) werden mehrmals in Abwesenheit der Leitungsbediensteten zu zweit gemeinsam mit den Betroffenen und eventuell deren Angehörigen, Freunden und anderen Systemmitgliedern durchgeführt. Dafür ist das Team, wie gesagt, in teilautonome Untergruppen aufgeteilt, auf Grund der Herkunft (Stadtzone) des Benutzers bzw. der Passung und des Bekanntheitsgrades (zur Passung näheres auch in den Abschnitten ‘Beziehungsarbeit’ und ‘subjektive Kommunikationsqualität’). Das therapeutische Projekt ist ein auf das Subjekt zugeschnittenes Paket von Angeboten und Vereinbarungen, welches auf dem Einverständnis des Betroffenen gründet und die Veränderung belastender Faktoren im Blick hat. Es sieht kontinuierliche Aussprachen vor, zu denen, gemäß der systemischen Sicht, alle AkteurInnen eingeladen werden. So gehört die Arbeitseingliederung (6) zu den wichtigsten Projektzielen und sie wird periodisch mit den Betroffenen abgestimmt,

mit den Tutoren beispielsweise bei einem Ausbildungslehrgang, oder mit dem persönlichen Begleiter (meist Bedienstete sozialer Genossenschaften, mit welchen Übereinkünfte getroffen wurden) wie auch mit dem Arbeitgeber, dem Praktikanten oder Angestellten. Auch gehört die kontinuierliche Überprüfung der psychopharmakologischen Therapie dazu, die wegen der Zeitknappheit immer seltener durchgeführt wird, wie manche Interviewpartner kritisieren. Neben der bereits besprochenen Therapieverabreichung gehört zur Aufgabe der Pflegebediensteten die gesamte Verwaltung der Psychopharmaka (22). Dabei wird über die Therapiekarriere jedes Benutzers Buch geführt, wie auch über die Nachbestellung und die Entsorgung des Altmaterials. Die Benutzer des DSM besuchen jedoch nicht nur Fortbildungen, die von externen PartnerInnen angeboten werden, die CSM - Bediensteten organisieren selbst oder mit KollegInnen der Abteilung für Rehabilitation Kurse (z.B. Kochkurse, Theaterkurse) (11). Ebenso organisieren sie auch Fortbildungskurse für Angehörige, in denen in verschiedenen Modulen Einblick in die psychiatrische Diagnose, in das Zusammenleben mit Betroffenen und auch in die psychopharmakologische Behandlung geboten wird, oder belastende Situationen bearbeitet werden, die dann in den Selbsthilfverein der Angehörigen einfließen können (Verein A.Fa.So.P.). Die Pflegebediensteten sind gemeinsam mit einem Leitungsbediensteten zuständig für die wichtige Betreuung dieser Fortbildungsgruppen und der Gruppen der Benutzer selbst ('Club Zyp'). Neben der Organisation und der gemeinsamen Durchführung und Betreuung der Fort- und Ausbildung beschäftigt sich eine dafür eigens zuständige Subgruppe mit sogenannten 'extra-klinischen' Tätigkeiten (12), die die eigentlichen Day Hospital - Aktivitäten darstellen und für die ein eigenes Jahresbudget vorgesehen ist. Dazu zählen auch die spielerischen Tätigkeiten, wie die sportlichen Aktivitäten (Fuß-, Volley-, Basketball usw.), die inzwischen in einen eigenen Verein zusammengeführt worden sind (Verein 'Fuoric'entro'). Die Verantwortung wurde in die Hand von zwei Pflegebediensteten gelegt, nachdem man nachweisen konnte, dass durch sportpsychologische Betreuungen der Bedarf an Psychopharmaka und die Einlieferungen und Aufenthaltszeiten im CSM sanken. Diesem Ansatz wird wegen der verschiedenen Möglichkeiten wie der Gruppen/Mannschaftsdynamiken und der Reisen zu Turnieren im In- und Ausland große Beachtung geschenkt. Die noch nicht dokumentierten Beobachtungen („weil wir Krankenpfleger weniger schreiben als die Leitungsbediensteten“ – Aussage mehrerer Krankenpfleger) verleiten zur Annahme,

dass die körperliche Aktivität die persönliche physische Gesundheit fördert und die Ausübung innerhalb einer Mannschaft die Stigmatisierung reduziert. Auch lassen sich durch diese deinstitutionalisierten Tätigkeiten sehr viele Day Hospital Aktivitäten von selbst zusammenführen, wie Festlichkeiten, gemeinsames Essen, Reisen, Training, Aussprachen (wer spielt, warum spielt er, und ich nicht usw.).

c) Nicht vom Zentrum ausgehende und ausschließlich außerhalb stattfindende Tätigkeiten, die dem Zentrum rückgemeldet werden.

(29), (30), (31)

Tätigkeiten, die ausschließlich außerhalb des CSM Zentrums für psychische Gesundheit von den Pflegebediensteten durchgeführt werden, betreffen die Krisenbewältigung im Territorium, sprich auch in anderen Institutionen wie Altersheimen, therapeutischen Gemeinschaften, sozialen Genossenschaften, Wohngemeinschaften, auf der Straße usw. (29), im Urlaub, bei Reisen, bei Ausgängen usw. (30) und in Privatwohnungen (31). Hier kommt wieder die subjektive Arbeitsstrategie zum Tragen, die weiter unten näher behandelt wird, wobei es sich organisationstypisch, wie die Tätigkeiten (28) beispielhaft zeigen, um Krisenbewältigungsstrategien handeln wird, wo nicht Zwangsmaßnahmen im allgemeinen Verständnis angewendet werden, manche Interviewpartner sich aber wohl bewusst sind, dass diese Strategien genau genommen auch einen Zwang beinhalten. So kritisieren sie sich selbst, wenn sie die Strategien insofern als gewaltsam erleben, als oft die Strategie des ‘wenn-dann’ angewandt wird und die Pflegebediensteten sich selbst auf der Seite der ‘Machthaber’ erleben (vgl. dazu Abschnitt ‘Machtphänomen’). Folgt demnach ein Betroffener nicht den Anweisungen und Vereinbarungen, wird pädagogisch meistens eine Drohstrategie eingesetzt, die real auch auf der Zwangseinlieferungsoption basiert. Gegen solche Drohstrategien setzten sich in den letzten Jahren meiner Forschungsarbeit verschiedene Leitungsbedienstete öffentlich ein, angefangen vom Direktor des Gesundheitsbetriebes bis hin zum Direktor des

DSM. Die Schwierigkeit dabei ist der Charakter der Strategien, die gesellschaftspolitisch auf vielen Ebenen vorzufinden sind. Diese Drohstrategie, wie wir sehen werden, wurde in den beiden folgenden Beispielen insofern erfolgreich umgesetzt, als der gesellschaftliche Störeffekt aus der Welt geschafft werden konnte.

Herr Bagawa und die verschiedenen Formen der Bedürfnisäußerung

Als ich an einem regnerischen Frühlingsnachmittag gemeinsam mit den Interviewpartnern Cesare und Davide von verschiedenen Hausbesuchen in das CSM zurückkam, wurden wir gleich von den dort tätigen Pflegebediensteten und dem Leiter des Zentrums aufgefordert, in das Stadtviertel von Herrn Bagawa (Name geändert) zu fahren, da der Besitzer jener Bar angerufen hatte, in der der CSM - bekannte Bagawa meistens die Nachmittage verbrachte. Bagawa hätte in seinem Lokal Sachschaden angerichtet und trotz einiger Versuche, ihn davon abzubringen, stehe Bagawa nun in der Mitte einer großen Straßenkreuzung und rezitiere einen Straßenpolizisten. Neben dem Risiko, sich zu verletzen und Unfälle zu verursachen, falle er auch mit heruntergekommenem Aussehen auf und würde Gäste wie Passanten mit Körpergerüchen belästigen.

Herr Bagawa ist im CSM seit Jahren bekannt. Nach einer leidvollen Kindheit kam er mit dem Zentrum in Kontakt, weil er seine Wohnung in Brand gesteckt und damit das gesamte Viertel in Gefahr gebracht hatte. Nach vielen gesetzlichen Unterstützungen, Mediationen in seinem Wohnviertel und nach mehreren verschiedenen langen Aufenthalten im CSM war jede Arbeitsintegration gescheitert. Er lebt im selben Viertel, wo er von den Pflegebediensteten periodisch aufgesucht wird. Die Arbeit im Viertel dauerte Jahre, um die Tat von Herrn Bagawa den dort Ansässigen deutlich zu erklären und so das Zusammenleben zu erleichtern (was gleichzeitig auch das CSM in der Hinsicht erleichtert, dass die Bediensteten nicht für jede Kleinigkeit gerufen werden) und eine Kooperation mit dem CSM zu erreichen.

Wir stiegen also in das Auto mit dem Auftrag, Herrn Bagawa zwangseinzuliefern. Polizei und Rettung waren bereits verständigt worden. Als wir vor Ort waren, befand

sich Bagawa wie beschrieben inmitten der Straßenkreuzung und leitete von dort aus den Verkehr, der sich inzwischen in einem Chaos befand. Es regnete immer noch, und Herr Bagawa stand barfuss mit einem zerfetzten Regenmantel zwischen hupenden Autos und fluchenden Passanten. Cesare und Davide sprachen sich kurz aus, einer ging langsam durch die Autoreihen auf Bagawa zu, während der andere versuchte, die Autofahrer zu beruhigen. Ich blieb auf dem Gehsteig neben dem Barbesitzer und einigen Kunden. So stand Cesare ca. zehn Minuten bei Bagawa, der immer noch den Verkehr leitete, während Davide, erfolglos und beschimpft von Geschrei wie „schließt die Verrückten einfach wieder ein, was soll das“, zu uns zurückgekehrt war. Dann sahen wir, dass Herr Bagawa und Cesare miteinander sprachen, doch Davide, der Barbesitzer, die Kunden und ich fragten uns, was sie wohl sagten, denn Herr Bagawa konnte für uns nicht verständlich sprechen. Niemand verstand ihn. Der Verkehr wurde immer dichter und die aus den vier Straßen herannahenden Autos standen im Stau und hupten wie nach einem Fußballderby. Dann ließ Cesare Herrn Bagawa alleine zurück und kam zu uns herüber. Davide und Cesare verstanden sich sofort und schlugen den Weg in Richtung Dienstauto ein. Ich folgte ihnen. Als wir am Auto angekommen waren, drehte ich mich um und sah, wie Herr Bagawa bereits neben dem Barbesitzer stand und versuchte, sich eine nasse Zigarette anzuzünden, was ihm nicht gelang. Da reichte ihm ein betagter Barbesucher eine neue. Wir fuhren los und Cesare informierte uns von seiner Vereinbarung mit Herrn Bagawa, am nächsten Tag in das CSM zu kommen, um eine Aussprache mit dem zuständigen Arzt/Psychologen zu halten, sich neue Kleider zu holen und etwas Warmes zu essen und so geschah es auch. Am nächsten Tag kam Herr Bagawa und entschloss sich nach der Aussprache, einige Tage im CSM zu bleiben, um vor allem die Unterernährung und die ausgesetzte psychopharmakologische Behandlung in den Griff zu bekommen.

Für Cesare und Davide, die schon vorher ganze Nächte mit Herrn Bagawa verbracht hatten, war dessen Verhalten ein klares Signal, ihn unter dem Vorwand etwas Schlimmes anzustellen, in das CSM einzuladen, damit er, Bagawa, Grundbedürfnisse wie essen, rasieren, waschen, schlafen befriedigen konnte. Die Leitungsbediensteten waren mit der Entscheidung der zwei Pflegebediensteten, Bagawa nicht zwangseingeliefert zu haben, einverstanden.

Herr Franci und die Möglichkeit der verhandelbaren Freiheit

Als ich in einer Donnerstagnacht, anschließend an meine wöchentliche Radiosendung bei Radio Fragola, entlang der dreispurigen Einbahnstrasse in Richtung Piazza Goldoni nach Hause spazierte, sah ich bereits von weitem inmitten der kaum befahrenen Strasse, einen Fußgänger. Ich versuchte schneller zu gehen, um genau zu erkennen, wer er war. Auf seiner Höhe angelangt, erkannte ich Herrn Franci (Name geändert), der vor sich hin pfiiff. Herr Franci ist ebenfalls seit Jahren bei den Pflegebediensteten bekannt. Öfters schon verbrachte er Zeiten im CSM, die auch bis zu sechs Wochen am Stück dauerten und er betrachtete das CSM als seine Wohnung. Heute lebt Herr Franci endlich in einer eigenen Wohnung zusammen mit einem anderen Mann.

Ich war sehr unentschlossen, ob ich mich bei dieser Gelegenheit ihm nähern sollte, um ihn einzuladen, die Fahrbahn zu verlassen. Doch ich war allein und man hatte mir nahegelegt, auf dem Territorium sollte man immer zu zweit arbeiten. Während ich nachdachte, hörte ich ein Auto, ich drehte mich um und erblickte die Polizeistreife. Auf unserer Höhe angelangt blieben die Polizisten neben Herrn Franci mit Warnblinker (und nicht Blaulicht) stehen. Ich konnte nur hören, dass sie miteinander sprachen, den Inhalt konnte ich nicht verstehen. Die Polizisten stiegen nicht aus, sondern fuhren nach ihrer kurzen Aussprache weiter, während Herr Franci vergnügt seinen nächtlichen Spaziergang weitersetzte. Ich war etwas betroffen von dieser Haltung, da sie riskant war. Während ich nachdachte und Herr Franci fröhlich weiterging, bemerkte ich, wie er langsamer wurde und sich jetzt in Richtung Gehsteig bewegte, um dann in einer Nebenstrasse zu verschwinden. Ich war von diesem Erlebnis sehr berührt und bin es heute noch, denn wie mir am nächsten Tag einige Bediensteten erklärten, lief die Vereinbarung zwischen den Polizisten und Herrn Franci wahrscheinlich darauf hinaus, ihn mitzunehmen falls er nach einer Viertelstunde noch auf der Straße sei. Dieses Erlebnis führte mich zur Frage, inwieweit es in Triest möglich ist, die Freiheit der Verrücktheit zu leben.

Die Restaurationsbediensteten wie auch die Reformbediensteten beantworteten die Frage so: an Hand der notwendigen Verhandlungs- und Kompromissbereitschaft und solange du die anderen nicht zu sehr störst, ist sie lebbar.

Zusammenfassung

Für die Deinstitutionalisierungsarbeit/Freiheitsarbeit ist es organisationspsychologisch wichtig, dass die diesbezügliche Arbeit außerhalb der Institution und direkt in der Gesellschaft/Gemeinde stattfindet. Dafür ist bei einem Einzugsgebiet von 55.000 Einwohner arbeitspsychologisch der Einsatz von mindestens 6 Pflegebediensteten und 2-3 Leitungsbediensteten notwendig, was für eine 24h Dienstleistung, die drei Turnusdienste bereits stellen muss, eine Besetzung von ca. 36 Bediensteten bedeutet (vgl. dazu die drei unterschiedlichen nationalen Projektbeschreibungen für die psychische Gesundheit „Progetto nazionale di salute mentale“ in www.forumsalutementale.it). Es ergab sich, dass bestimmte Rationalisierungen, wie die Blockierung der Nachbesetzungen von Rentenabgängen diese Notwendigkeit ignorierten und so die Bediensteten mit noch ausstehenden Arbeiten zu dieser speziellen Zeit zusätzlich belasteten. Die autonome Organisation der Rotation ermöglicht eine Vielfalt und Ganzheitlichkeit in der Ausführung der Tätigkeiten. Wird die Personalkapazität für die durchzuführenden Tätigkeiten überschritten, können die Bedürfnisse der Betroffenen immer weniger berücksichtigt werden.

Viele Subgruppen ergänzen die Vorteile der autonomen Rotationsorganisation. Sie ermöglichen eine personalisiertere Ausbildung im Feld auf Grund der kleineren Arbeitsgruppen und erlauben die Absprache für die notwendige Organisation der Handlungs- bzw. Tätigkeitsdurchführungen. Steigt jedoch die Anzahl der Versammlungen, notwendig für den Wissenstransfer, schmälert das wiederum die Zeit für die Durchführung der anstehenden Tätigkeiten. Die Turnusdienste erschweren die für die ganzheitliche Tätigkeitsdurchführung notwendige Anwesenheitskontinuität. Daher ist ein Überdenken der Turnusorganisation dauernd notwendig, damit die 24h-Dienstleistung weiterhin gewährleistet wird und die Betroffenen für ihre Bedürfnisse nicht auf anders organisierten Arbeitsgruppen zurückgreifen müssen. So könnte man z.B. bei der Turnustätigkeit eine Rotation überlegen, die sich in Form von Modulen organisiert. Dabei könnte der Pflegebedienstete in Abstimmung mit den anstehenden ‘therapeutischen Projekten’, für die er verantwortlich ist, zu (selbst)bestimmten und mit dem Team abgesprochenen Zeiten turnusfrei arbeiten, nachdem der Unterschied in der Bezahlung zwischen turnierenden und turnusfreien Mitarbeitern kürzlich, und laut

einigen STA-G MitarbeiterInnen auch auf Grund der dort erarbeiteten Neugestaltungsmaßnahmen, behoben wurde.

Die hier diskutierten Tätigkeiten stammen aus der STA-G Analyse der Gruppe der Pflegebediensteten und stellen einen Teil der Tätigkeiten am DSM/CSM dar. Die hohe Zahl der Tätigkeiten, die im Zentrum und Territorium stattfinden, beweisen die kohärente Intention der organisierten Deinstitutionalisierung, sprich der Kritik, und - in Klammersetzung - der Institution selbst und ihrer Effekte. Diese Intention deckt sich eins zu eins mit dem Vorhaben des Reformpraktikers Franco Basaglia, sie ist heute aber durch die massive Personal- und Ressourcenkürzung gefährdet, wie es am Beispiel der Tätigkeit der ‘Schließung der Tür tagsüber’ zu sehen ist. Einerseits wird damit der Betroffene in seinen Rechten beschnitten, andererseits muss der Bedienstete eine Tätigkeit durchführen, die zwar nicht der Einschließung im traditionellen psychiatrischen Umfeld gleich kommt, er damit aber ein sehr hohes Arbeitsrisiko eingeht, denn er, der Bedienstete, ersetzt mit dem eigenen Körper und im Verhandlungsdiallog die mechanische Schließung der Tür. Somit ist die der Gesellschaftspolitik zuzuschreibende neoliberale Rationalisierungsstrategie verantwortlich für die schleichende Gesundheitsgefährdung des Menschen, Betroffener wie Bediensteter.

Unter neoliberaler Rationalisierung verstehe ich die Personalkürzung auf den unteren Hierarchieebenen mit der Argumentation, Gelder einzusparen, wenn auch im selben Moment den Ausführenden und Mediatoren dieser Strategien finanzielle Prämien zugesichert werden. Der neoliberale Charakter äußert sich meines Erachtens darin, dass wohl einige wenige von den Strategien profitieren, viele (meist schwächere) aber keinen Nutzen davon haben.

Die vielen teilautonomen Subgruppen der eigentlichen Arbeitsgruppe des CSM machen es möglich, auf der einen Seite verschiedene Formen der Aus- und Fortbildung auf dem Feld und in vorbestimmten Settings anzubieten, auf der anderen Seite die vielen Tätigkeiten auch durchzuführen, da nur wenige (die hier nicht behandelt werden, da sie in der STA-G der Leitungsbediensteten aufgelistet sind und meist Projektbeschreibungen, Berichterstattungen und psychiatrische Gutachten für Renten, Beihilfen usw. betreffen) von Leitungsbediensteten durchgeführt werden. Diese transversale Organisation der Durchführung der Tätigkeiten ist berufsbildübergreifend, kann selbständig in mindestens einer Zweierkonstellation organisiert werden und muss

dem gesamten Team immer rückgemeldet werden. Dies geschieht, um die Durchführung zu gewährleisten und um die Kontrolle auf Teamebene zu ermöglichen, was dem Betroffenen wie dem Bediensteten (Schutz, Austausch, neue Ideen, Wissensvermittlung, Ausräumen von Unsicherheiten, usw.) zu Gute kommt.

Mit der Rotation, die für alle organisatorischen Belange angewandt wird, nähern sich die Berufsbilder einander an. Sie hält den Anspruch der Professionalisierung in Grenzen, wie etwa die genaue Festlegung der Aufgabenteilung, was allerdings nicht von allen Tätigen gutgeheißen wird, jedoch zur Reformzeiten wegen der dadurch möglichen „Auswechselbarkeit aller“, eingesetzt wurde.

Aus den beiden Beispielen, einmal Herrn Bagawas nicht stattgefundenen Zwangseinlieferung und einmal Herrn Francis Zusammentreffen mit den Ordnungshütern, ist der Erfolg der jahrelangen Sensibilisierungsarbeit der Stadtbewohner zu erkennen, die selbst Akteure in verschiedenen Fort- und Ausbildungskursen sind. Über die entstandene Repräsentation von psychischer Störung durch die Polizei wie auch durch die Stadtviertelbewohner konnten zwei Zwangseinlieferungen vermieden werden, die sich im gesamten Jahr 2004 auf 22 Zwangseinlieferungen auf 250.000 Einwohner beschränkte. Bis 2005 wurde die Grenze von elf Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner nie überschritten, mit einem Durchschnitt von sieben Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohnern, während der nationale Durchschnitt um die 30 bis 40 Zwangseinweisungen im Jahr beträgt.

Eine anstehende Strategieänderung sehen die Bediensteten in der Androhung einer Einweisung gegenüber Betroffenen, die andernorts sofort zwangseingeliefert werden. Die Schwierigkeit, diese Strategie zu ändern, liegt darin, dass sie selbst die aktuelle gesellschaftspolitische Taktik pädagogischen Verhandeln spiegelt. Auf jede nicht beachtete Vereinbarung folgt eine Konsequenz, die die soziale Ausgrenzung fördert und mit Leid und Angst besetzt ist, wobei das oberste Gebot, welches von den Leitungsbediensteten, insbesondere vom Direktor des DSM vertreten wird, jenes ist, niemals mit der Beendigung der Beziehung zu drohen.

4.2.2. Ergebnisse des historischen Vergleichs subjektiver Arbeitsstrategien

Die Ergebnisse der subjektiven Arbeitsstrategien werden, wie angekündigt, zentrale Tätigkeitsbereiche beleuchten, die bereits im Abschnitt 4.2.1. angeschnitten wurden und die von Basaglia, wie auch heute am DSM, als zentral angesehen werden. Sie stellen die Kategorien dar, denen die Aussagen der Interviews typisierend zugeordnet werden. Darunter finden sich die viel diskutierte Beziehungsarbeit (4.2.2.1.), die psychopharmakologische Arbeit, die immer auf großes kritisches Interesse stößt, weil viele meinen, in Triest würde man ohne diese auskommen (4.2.2.2.), und schlussendlich die Arbeit zur gesellschaftlichen Integration (4.2.2.3.), die als Weiterführung der früheren ‘Befreiungsarbeit aus der Anstalt’ zu verstehen ist. Hinsichtlich der Vorbereitung auf die Arbeitswelt verbirgt sie den Verdacht der Ideologie, der vom langjährigen international bekannten Leitmotiv der Reformpsychiatrie Triest ‘la libertà è terapeutica - die Freiheit heilt’ ausging.

Für die Methode der typisierenden Strukturierung sei wiederum auf die Übersicht 12 in Kap. 3 und in den Übersichten 20, 21, 22 und 23 in diesem Ergebniskapitel (s. w. o.) verwiesen, andererseits wird in jeder Abschnittseinführung die genaue Vorgehensweise erläutert. An dieser Stelle will ich jedoch vorausschicken, dass die Analyse der Interviewtextteile manchmal bei der jüngsten Bedienstetengeneration begann. Der Grund ist ein zweifacher: Einmal sind die herrschenden Strategien der jüngsten Generation die aktuellen und zweitens ergeben sie sich aus dem Wissens- und Erfahrungstransfer der bewährten Einsichten der Älteren und aus dem mitgebrachten Ausbildungswissen der jüngeren Generation.

Aus dieser Perspektive könnte man auch versucht sein, ausschließlich die jüngste Generation von Bediensteten zu analysieren. Dies würde jedoch nur erlauben, die aktuellen subjektiven Strategien darzustellen, während der hier unternommene historische Vergleich zwischen den drei Bedienstetengruppen verschiedener Anstellungsepochen es ermöglicht, im Zusammenhang mit gesellschaftspolitischer Veränderung den Nachvollzug der bewährten, veränderten und neu entwickelten Strategien zu unternehmen, was wiederum eine Bewertung der Qualität der Überlieferungsstrategien erlaubt, welchen wir bereits bei der Beschreibung der Tätigkeiten begegnet sind. So erwiesen sich die Feld- und Frontalausbildungen, die zahlreichen Versammlungen und die Organisation von Aus- und Fortbildungen seitens der Bediensteten selbst oft als belastend, weil den Tätigen dadurch dann die Zeit zur aktiven Arbeitsdurchführung fehlte.

Über die Analyse der subjektiven Arbeitsstrategien wird demnach dem Praktiker ein Vorgehen vermittelt, das mehr oder weniger geteilt sein kann. Dem Theoretiker wird eine Evaluation dessen angeboten, was die Effekte der angetroffenen Überlieferungsstrategien sind. Die Analyse liefert weiters die Möglichkeit, Schwierigkeiten zu eruieren, die sich aus den Strategien ergeben und sie hat damit einen unterstützenden Charakter für jene Interessierten, die entscheiden, auf die hier beschriebene Weise für die psychische Gesundheit Anderer mitverantwortlich sein zu wollen. Diese Entscheidung ist meines Erachtens eine Überlegung wert, denn, wie das Einleitezitat zum folgenden Abschnitt aussagt, beeinflussen die Strategien auch die Zufriedenheit und die Motivation am Arbeitsplatz.

Auch werden wir in diesem Abschnitt sehen, dass der eklatante Unterschied zwischen den drei Anstellungszeiten der Pflegebediensteten des untersuchten CSM in Hinblick auf die subjektiven Arbeitsstrategien vor allem in den Schwierigkeiten liegt, die in der Praxis vorgefunden werden. Sie sind von verschiedenen gesellschaftspolitischen Strategien, vor allem vom Kostenmanagement bedingt, die verschieden günstige Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen.

Erwähnen möchte ich das Verständnis von Arbeitsstrategie der Bediensteten, welches 1977 bei einem internationalen Kongress folgendermaßen formuliert wurde:

„...die Alternative zur Strafe kann nicht die einfache Akzeptanz der ‘Verrücktheit’ sein, sondern das Lernen, eine Begegnung mit dem anderen zu fördern, die real und bedeutungsvoll ist, ohne das Leiden in Raum und Ideologie abzutrennen; ein Lernprozess, der zugleich die Nicht-Ausgrenzung des Andersseins

und die Erkenntnis des eigenen Andersseins erlaubt...Diese Grenze/Prüfstein – sie/er besteht für die ‘Kranken’ in der Anwesenheit anderer, mit der Ablehnung einer Beziehungsabbrechung, sobald sie nicht mehr in der Lage sind, diese (Beziehung) ohne Probleme aufrechtzuerhalten -stellt die einzige Möglichkeit für die Begegnung – Gegenüberstellung – Anerkennung der Bedürfnisse der leidenden Person und der Bedürfnisse derer dar, die eine Beziehung mit ihr aufrechterhalten...Dies bedeutet, dass diese Begegnung ermöglicht werden soll [gleichzeitig] ohne sie an Hand vorgebildeter Sozialisationsformen zu organisieren“ (zit. nach Virgadola, 2004, S. 305).

Ähnlich ist die Einstellung noch heute. So drückt die jüngste Interviewpartnerin Frau Heidi den Menschen gegenüber, mit denen sie arbeitet, ihre Bereitschaft folgendermaßen aus: „Brauchst Du uns, sind wir hier“ (Int. H., II. K. 174). Diese Haltung wird von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe geteilt.

4.2.2.1. Die Beziehungsarbeit

Man verlässt den Arbeitsplatz nicht wegen der Beziehung zu den Menschen, Benutzern und Mitarbeitern (Int. M., I. K.89).

Basaglia, wie mittlerweile auch ein großer Teil der internationalen Praxis- und Theorieliteratur zur sozialen Arbeit, gibt der Beziehungsarbeit einen zentralen Stellenwert. Welche nun ist die Auffassung der hier interviewten Bediensteten in Bezug auf die geforderte Beziehungsarbeit und welche Vorteile und Schwierigkeiten lassen sich daraus ableiten?

Methodisch suchte ich in den Interviewtexten nach den deutschen und italienischen Begriffen der Beziehung/relazione/rapporto.

Am Ende wurde die historische Redefinition an Hand überdauernder und als organisationale Repräsentationen neu hinzugezogener subjektiver Arbeitsstrategien evaluiert. Mit anderen Worten geht es um die Einstellung der Bediensteten selbst, um die bewährten Überlieferungen der Älteren und darum, was jeder aus seiner Ausbildung (und anderen Bereichen) mitnimmt. Auf dieser Basis sind die Arbeitsweise des hier erforschten Teams einerseits und die am DSM und CSM angewandten Strategien der Überlieferung einer Arbeitskultur andererseits bewertbar. Kriterium ist die

Integration verschiedener Sichtweisen durch die Aufrechterhaltung der Anfangsidee, weil sie aus theoretisch-ideologisch-politischer und humaner Sicht sich als wertvoll erweist.

Die Ausarbeitung der inhaltlichen Typisierung wurde so gestaltet, dass die Inhalte der Aussagen unverändert aus den Interviews erarbeitet wurden, und sich daraus Leitsätze und Perspektiven (meist kursiv und/oder unter Anführung) für Praktiker erschließen lassen.

Die Restaurationsbediensteten: „Beziehungsarbeit ist wie Freundschaften pflegen, wo man sich auch selbst entblößt“

Die Aussage von Frau Irene trägt indirekt die Einstellung der jüngsten Bedienstetengeneration in sich: Beziehungsarbeit ist davon gekennzeichnet, Menschen, die im Leben der Betroffenen fehlen, zu ersetzen.

Daher ist *Beziehungsarbeit eine Ersatzarbeit* für fehlende Personen im Leben der Betroffenen. Dies setzt umso mehr bei der Auswahl der Bediensteten seitens der Betroffenen eine *Passung* voraus, da Menschen immer verschieden sind und differente Bedürfnisse haben. Die Passungs-Bewusstheit zeigt sich im *Erkennen der subjektiven Grenzen*, dass es nämlich unmöglich ist, jedem sympathisch zu sein. Dies trifft wiederum für Bedienstete und Betroffene zu. Demzufolge ist *Sympathie* für die Restaurationsbediensteten *subjektiv*. Die Beobachtung und auch die Selbstwahrnehmung aller Interviewpartner, jeder Betroffene würde einen passenden Bediensteten finden, stieß spätestens dann an ihre Grenzen, als Herr Rodolfo (Name geändert) in das CSM gelangte.

Seine Lebensgeschichte wiederholter Sexualverbrechen im ‘minderjährigen Bereich’ stieß die meisten Pflegebediensteten an subjektive Grenzen. Als Ehemann und Vater von zwei Kindern verweilte er wegen seiner laut Diagnose sehr starken Psychose tagsüber im CSM, um abends in das Gefängnis zurückzukehren. Dort musste er die Strafe über wiederholte sexuelle Gewalt auch gegen Minderjährige absitzen. Rodolfo fand kaum einen passenden Bediensteten, da seine laut polizeilichen Berichten

‘abscheuliche’ Tat bei allen Bediensteten an die Grenzen der Verstehbarkeit und Akzeptanz traf. In ihm sahen die Bediensteten einen Verbrecher und nicht einen vom Leiden betroffenen Mann. Schlussendlich gaben sich mit ihm die Psychologiepraktikanten (unter anderem auch ich) und die Leitungsbediensteten des CSM ab. Es kam auch vor, dass die Bediensteten ihm gegenüber Wut, Ärger und Angst äußerten.

Die Sympathie erweist sich somit als ein subjektiv gesetztes Etikett, an Hand dessen die Bediensteten zwischen problematischeren und unproblematischeren Betroffenen unterscheiden. Das Resultat sind verschiedene Beziehungsarten zwischen Bediensteten und Nutzern. Die Grundvoraussetzung, um in Beziehung zu treten, ist eine reziproke Bereitschaft (Bediensteter und Betroffener), wobei die ersten Schritte immer der Bedienstete macht, indem er verbal deutlich sein „Zur-Verfügung-Stehen“ mitteilt und Bedürfnisse erkundet. Die Strategie der kontinuierlichen Bereitschaftsvermittlung führen die Restaurationsbediensteten durch Nachfragen nach biographischen Gegebenheiten aus und sie konstruieren dadurch langsam eine kleine Beziehung, die daran gemessen werden kann, inwieweit einen die Menschen ohne Anhaltspunkt wiedererkennen (beispielsweise an der Stimme beim Telefonieren).

Die Kontinuität der Bereitschaft, von der sie sprechen, ist gekennzeichnet vom „eigenen Interesse zur Interaktion bei jedem Aufeinandertreffen“. Wird Zeit dafür verwendet, den Menschen, seine Gewohnheiten und seine durchgeführten bzw. versäumten Tätigkeiten kennen zu lernen, dann kann der Bedienstete auch Ratschläge geben. Eine Vorgehensweise dabei ist, die subjektiven Zeiten des Anderen wahrzunehmen und zu berücksichtigen, ohne zu überfordern. Die Überforderung behalten die Restaurationsbediensteten vor allem bei neuen Betroffenen im Auge. Sie legen Wert auf das Miteinandersprechen, wobei die Ko-respondenz (sensu Petzold) die Richtung ihrer Dialoge darstellt und die Deinstitutionalisierung der Sprechakte gleichzeitig eine Improvisation verlangt, sie dort auszutragen, wo der Betroffene gerade bereit ist, in das Gespräch einzusteigen. Letztere Entscheidung bewirkt auch, dass man sich nicht immer an alle Inhalte erinnert. Zur Ko-respondenz der Dialoghaltung soll die Aussage von Frau Irene wiedergegeben werden:

„Man darf nicht Angst haben, sich an die Front zu stellen, eine direkte Konfrontation mit den Menschen zu haben, auch von sich selbst zu sprechen. Beide Parteien sprechen von den eigenen Erfahrungen und wie man als Bediensteter Ratschläge gibt, kann ohne

Weiteres auch der Benutzer einen Ratschlag geben. Dies ist, als würde man sich vor den Menschen entblößen und dies macht einem Angst, da man sich entblößt vor dem, was man sein will“ (Int. I., II. K. 61).

Deinstitutionalisierte Momente der Dialogführung sind auch existentielle Momente, wie beispielsweise das gemeinsame Essen. Ihre Strategie ist gekennzeichnet von der Distanzhaltung, außerhalb der Arbeit die Beziehung nicht weiter zu pflegen. Was jedoch nicht bedeutet, dass Bedienstete Herrn Bagawa auf der Straße beispielsweise nicht grüßen oder ihm eine Zigarette schenken würden. Das Resultat dieser Beziehungsarbeit erleben die Restaurationsbediensteten in Form einer Reduktion ihrer Angst gegenüber Betroffenen, weil ein Kennenlernen stattgefunden hat.

Die Reformbediensteten: „Der Autobusfahrer lenkt den Bus, der psychiatrische Pfleger verweilt mit den Menschen“

(zit. aus Int. C.; I. K. 66)

Einstellungen

Die Reformbediensteten zeigten an Hand ihres Störungsmodells, dass das Leiden (wie Verwirrtheit) als momentan und kontextuell berücksichtigt werden muss und zeitlich begrenzt ist.

Eine Beziehungsarbeit muss dem Betroffenen *Schutz, Soziale Unterstützung, Begleitung und Bedürfnisbeantwortung* anbieten. Dabei ist der Bedienstete

aufgefordert, die *eigene Wirklichkeit* (Träume und Wünsche) zu *reflektieren*, damit sie nicht ausschließlich auferlegt wird. *Schwierigkeit* im Bereich der psychischen Gesundheit ist das *Krankheitsbewusstsein des Betroffenen* und die Erfahrung, dass die *Beziehungsarbeit* in diesem Bereich *lebenslang* anhalten kann und *mit Abhängigkeit in Verbindung* steht. Die Reformbediensteten unterscheiden dabei acht Beziehungslevels: das *niedere, einfache, sofortige, dringende, neutrale, entfernte, sterile* und das *richtige* über das *Distanz/Nähe* Dilemma. Die letztere Beziehungseigenschaft gewährleistet Wachstumsmöglichkeiten über die Entwicklung eigener Kompetenzen. Die Voraussetzung dafür ist, dass jeder Bedienstete sich im Klaren darüber ist, welche seine eigenen *Vertrauens- und Freundschaftskriterien* für die Richtigkeit einer Nähe-Distanz Beziehung sind.

Voraussetzungen, die zu berücksichtigen sind, betreffen:

- die Situations- und Personenabhängigkeit der Kontaktstrategien und
- der Stellenwert der Vorarbeit für den Erfolg,
- die organisatorischen und ausbildungsbedingten Rahmenbedingungen,
- das Vertrauen und die Personenkenntnisse,
- die Bereitschaft des Bediensteten,
- die Einstellung, Beziehungsarbeit als zentrale Aufgabe zu sehen wegen ihres nachhaltigen Effektes auf die Zusammenarbeit,
 - o mit dem Bewusstsein, dass der Mensch in den darauf folgenden schwierigen Jahren einem bestimmten Bediensteten eine besondere Rolle gegenüber den anderen Bediensteten zuweist,
- die Strategie einer positiven Kommunikation,
- die Tendenz zum Paternalismus,
- den Phasengang der Beziehung, der auch kritische Momente inkludiert,
 - o weshalb es nötig ist, kontinuierlich Klarheit zu schaffen.

Die *Strategien* differenzieren sich für die

- a) *neuen Benutzer und den zusammenhängenden Angstfaktor*,
- b) *Kontinuitätsarbeit therapeutischer Beziehungen (continuità terapeutica)*,

- c) *schwierige Rolle der Distanz vs. Freundschaft,*
- d) *institutionellen Strategien der Beziehungskonstruktion.*

Bei a) herrscht ein Angstfaktor auf Bediensteten- und Betroffenenenebene vor wegen des Sich - nicht - Kennens. Um diesen Faktor zu minimieren, muss der Bedienstete vorerst *die Elemente der Krise* suchen, da sich ängstliche Menschen verteidigen und so den Bediensteten als ein zusätzliches Angstelement erleben. In diesen Fällen raten die Reformbediensteten, den Körperkontakt lieber zu vermeiden.

Um diesen Faktor beim Betroffenen zu minimieren und damit zur Leidenssituation keine zusätzlichen Faktoren dazukommen, muss man dem betroffenen Nutzer

- 1) Sicherheit vermitteln mit
 - Gesten wie Sozialisierungsstrategien (Kaffee/Tee trinken),
 - Strategien, die als Sorge um ihn/sie erlebt werden wie Kommunikationsstile
 - o des Sich-Vorstellens, damit der andere versteht, wer man ist (die Überprüfung dieser kleinen Dinge kann sofort geschehen)
 - o der Kontexteinführung: das ist dein Zimmer, WC, Dusche
 - o des Verweilens bei dem Menschen
 - o der Aufrechterhaltung des Außenweltkontaktes, wie die Möglichkeit, Telefonanrufe machen zu können
- 2) die eigene Absicht der sozialen Unterstützung vermitteln.

Therapeutisch b) ist für die Reformbediensteten eine Beziehung, die erreichen soll

- dass sich die Person für die eigenen Lebensentscheidungen und ihre Krankheit verantwortlich fühlt,
- im Sinne echt geteilter Situationen zu *ko-respondieren* (sensu Petzold) und nicht von oben aufgezwungen zu handeln hat.

Als Beispiel für die Verantwortung der Menschen nennen die Reformbediensteten die finanzielle Miteinbeziehung bei Ausflügen, Abendessen usw., die das Gefühl der eigenen Entscheidung unterstützen.

Positive Kommunikation als zentrale Strategie der Beziehungsarbeit sehen die Reformbediensteten

- im Klima des Zuhörens,

welches von

- Verstehen, Begreifen, Erforschen, Sprechen und Sondieren

gekennzeichnet ist.

Die *schwierige Rolle der c) Distanz und Nähe* ist gekennzeichnet von

- einer freundschaftlichen Beziehung auf Grund gegenseitigen Respekts,
- der Offenlegung und dem konsensualen realpolitischen Rollenbewusstsein, kein Freund sein zu können, so lange der Mensch die Dienstleistung benutzt,
 - o weil der eine Pfleger ist und der andere sich in einem Kontext von Unwohlsein befindet,
 - o weil die Beziehung der gesellschaftlichen Kontextwirklichkeit entsprechen muss und zwar die soziale Wirklichkeit, in einem CSM zu sein und nicht beispielsweise in der Bar.

Die *institutionellen d) Strategien der Beziehungskonstruktion* am Beispiel des Mensadienstes (der, wie bereits weiter oben angesprochen bis 2002 über Vereinbarungen mit Restaurants in Stadtvierteln angeboten wurde und aus Kosteneinsparungsgründen insofern abgeschafft wurde, als das Essen ‘nur mehr’ im CSM angeboten wird, was eine heikle Diskussion entfachte) helfen, die Organisation in ein „gutes Licht zu rücken“, um über eine einfache Geste eine Beziehung zu den Personen zu schaffen. Zu bedenken ist, ob dabei nicht Ressourcen verschwendet werden, die für andere Betroffene eingesetzt werden könnten.

Effekte:

Das Erleben der richtigen bzw. falschen Beziehungsarbeit ist für die Reformbediensteten selbst eine kritische Arbeitserfahrung, weil Fehler aus dem eigenen Unwohlsein heraus begangen werden können. Die Bediensteten unterstreichen die Wichtigkeit der Fehlerreflexion, um die Fehler auszugleichen.

Fehlt diese Reflexion und droht beispielsweise eine Personalkürzung, ist es einfacher (wie in der Abschlusszeit der Untersuchung vermehrt beklagt wurde), den Menschen in seinen Entscheidungen durch Bevormundung zu ersetzen und Dinge vorzuschlagen. Der Effekt dabei ist die Herabsetzung der Wachstumslevels und die Entstehung einer gewissen Abhängigkeit.

Maria, eine gelungene Arbeit

Herr Cesare kennt Maria und ihre Geschichte seit 1988ⁱⁱⁱ. Er beschreibt sie als eine Person, die immer gegen eine gewisse Gesellschaft war und dieses durch das Übertreten von Normen und durch verbale Aggressivität äußerte. Über gemeinsame Musik-Gespräche entschieden sie, gemeinsam zwei Tage mit dem Zug nach Mailand zu fahren, um ein Konzert zu besuchen. Das gemeinsame Übernachten, Essen und der Besuch des Konzertes führte zu einer besonderen Beziehung zwischen ihnen (Int. C.; II. K. 8).

Seit 10 Jahren lebte sie in einer Wohngemeinschaft, nach einer neunmonatigen stationären Behandlung entwickelte sich 2004 spontan eine Arbeitsgruppe um sie, um das in chaotischer Form geäußerte Bedürfnis, in ihre Eigentumswohnung zurückkehren zu wollen, anzugehen. Man arbeitete einige Zeit, um alles vorzubereiten und jetzt lebt sie dort, es geht ihr gut, und sie hatte bis heute keine Rückfälle.

Herr Cesare kritisiert die Institution, weil diese solche Arbeiten von einem spontanen Zustandekommen einer Arbeitsgruppe abhängig macht, da solche Arbeiten ohne weiteres von oben angeregt werden könnten (Int. C.; II. K. 54).

Mauro, ein nicht gelungenes Arbeitsprojekt

Die CSM Bediensteten kennen einen sehr schwer leidenden Mann, der immer wieder im CSM aufgenommen werden muss. Die Krankenpfleger haben verschiedene Vorschläge gemacht, die von der Leitung nicht umgesetzt wurden. Denn für beide Ebenen scheint es besser, wenn alles so bleibt: die Krankenpfleger haben weniger Arbeit und die Leitungsebene braucht nicht in die schwierige Familie einzugreifen, in der die Person wie in einem Irrenhaus lebt. Erst als alle Ressourcen der Person aufgebraucht waren, griff die Leitungsebene ein.

Daraus schließt Herr Cesare, dass der Eingriff abhängig ist von der „Lust“ einzugreifen, „man lässt es ausarten, bis es klar ist, dass man eingreifen muss“ (Int. C.; II. K. 47).

Die Vorreformbediensteten: „Die Beziehungsarbeit stellt die Schönheit dieser Arbeit dar“

(zit. aus (Int. F., II. K.48).

Einstellungen und Voraussetzungen:

Beziehungsarbeit

- setzt voraus, sich mit den eigenen Grenzen ins Spiel bringen zu wollen
- und über die regelmäßige Arbeit hinaus Zeit zu investieren,
 - o wobei heute im Vergleich zu früher maximal sechs Überstunden angerechnet werden.

Mit dem Menschen eine Beziehung entwickeln bedeutet

- sich in Frage stellen,
- den Menschen als Person zu sehen
 - o und nicht wie im Irrenhaus als eine Einheit, die der Institution gehört;
- die un reale Einstellung ‘ich Pfleger - du Patient’ ablegen, weil sie schadet.

Strategien:

Dem Menschen

- gleichrangig, von Person zu Person, begegnen, schließt beispielsweise während einer Krise mit ein,
 - o auch numerisch nicht überlegen zu sein, (während man im Irrenhaus den Alarm läutete und plötzlich von bis zu 10 Pflegern unterstützt wurde)
- sich über die „Strategie der Übernahme – presa in carico“ zu nähern bedeutet, spontan anstehende alltagsbezogene Tätigkeiten gemeinsam mit der Person zu verrichten wie
 - o Einkauf- und Müllentsorgung,
 - o Wartungsarbeiten in der Wohnung,
 - o Autobegleitungen,
 - o Schulbegleitung,
 - o Urlaube und
 - o die Vermittlung von Ratschlägen.

Diese Tätigkeiten gehören nicht im strengen Sinn zu den Aufgaben des Krankenpflegers, sehr wohl jedoch zu einem Projekt für den Menschen. Die Durchführung solcher menschnahen täglichen Tätigkeiten ist heute von Arbeitsschutzmaßnahmen erschwert. Die Verantwortlichen können bei der Beauftragung solcher Tätigkeiten angezeigt werden.

Die richtige Beziehungsarbeit bei der Tätigkeit „An der Tür stehen“ bedeutet

- Alternativen über den Ich-Bezug finden: „du dürftest nicht raus, tu mir einen Gefallen, geh in den Garten und komm dann wieder“

Die Gegenwirkung auf Aggressivität erfolgt durch:

- Die Entwicklung einer humanen Beziehung,
 - o indem man sich in die Rolle des Menschen versetzt,
 - o Respekt,
 - o die Gewährleistung der Kommunikation und

- das Bemühen, die Anfragen zu verstehen.

Notwendig dafür ist

- Respekt aufbringen, was
 - Beziehungsarbeit ermöglicht und fördert
 - v. a. während einer Krise, wenn man meint, die Betroffenen würden dich nicht verstehen
- nachfragen
 - als Kommunikationsstrategie, mit der Intention, die gesunde Seite der Menschen zur Entfaltung zu bringen, durch das
 - Sprechen über sein Leben, seine Arbeit und seine Familie (Wie geht es zu Hause? Mit wem bist du verärgert, mit mir...?)
- auch kurz zu bevormunden.

Für die Vorreformbediensteten ist nicht die Krankheit wichtig. Daher ist es nicht notwendig, zu fragen, weshalb ein Mensch schreit. Dies hilft, damit der jeweilige Mensch sich normal empfindet (Int. F., II. 101).

Bei Zwangskontexten (wie Blockierung und Therapievergabe) ist es für die Beziehung hilfreich

- eine Nähe zu entwickeln, indem man
 - erklärt, weshalb man zwingt,
 - einen sensiblen Körperkontakt wie das Streicheln anbietet,
 - dadurch respektvoll zwingt und
 - eine Paradoxe Intention bemerken kann, beispielsweise dass der Betroffene beweisen muss, die pharmakologische Therapie nicht zu wollen, obwohl er sie wünscht.

Effekte:

Im Allgemeinen hat die Beziehungsarbeit eine Selbstbereicherung zur Folge. Die Person - zu - Person - Arbeit bewirkt,

- dass man auf das Leben des anderen Einfluss nehmen kann und Vertrauen gewinnt.

Die Ich- Kommunikation bewirkt,

- dass die Menschen den Abmachungen nachgehen.

Der respektvolle Umgang bei Zwangskontexten bewirkt

- Dankbarkeit der Menschen.

Der Mann, der noch Kind war - Beispiel einer gelungenen Beziehungsarbeit

„Wir mussten eine Wohnung leeren und fanden einen Mann um die 18 Jahre vor, er war groß und stark. Wir sympathisierten und ich lud ihn in das Zentrum ein. Man organisierte für ihn eine Wohnung. Ich hatte nämlich ein schlechtes Gewissen, denn wir räumten gerade die Wohnung, in der er schlief. Gemeinsam mit dem ‘Asyl für Arme’ bekam er Geld und Kleidung. Ich lud ihn ein, weiterhin in das Zentrum zu kommen, wo er mit uns gemeinsam eine Zeit lang aß. Nach sechs Monaten traf ich ihn wieder in der Stadt, er lag unter einer Bank, es regnete. Als er mich sah, kam er und schenkte mir und meiner Frau Bonbons. Er begann wieder, das Zentrum zu besuchen und nahm eine Beziehung mit uns auf. Er trank viel und wurde anschließend aggressiv. Dies verursachte einige Gefängnisperioden. Dort besuchten wir ihn regelmäßig, egal in welcher Stadt er war. Wir erreichten die ‘Freiheit auf Bewährung’, wobei wir ihn auch während unseren freien Arbeitszeiten begleiteten. Man organisierte für ihn einen Alphabetisierungskurs. Die Lehrer wollten, dass wir vom Zentrum bei der Prüfung anwesend seien. Er schaffte den Pflichtschulabschluss, kehrte in das Gefängnis zurück, wurde aber wieder befreit. Trifft er uns heute, umarmt er uns.“ (Int. F., II. K.77)

Zusammenfassung der historischen Redefinition zur subjektiven Beziehungsarbeit

Wie das einleitende Zitat von Frau Martina aussagt, steht für alle Bediensteten der verschiedenen Anstellungsepochen die Beziehungsarbeit im Mittelpunkt des Arbeitserlebens. Obwohl in diesem Abschnitt mehr auf die Beziehungsarbeit mit den Betroffenen eingegangen wurde, kommt bei verschiedenen Interviewpartnern die Erkenntnis zum Tragen, dass ihre Beziehungsstrategien auch in der Interaktion mit den Mitarbeitern Geltung haben. Dieses arbeitspsychologische Ergebnis deutet bereits an, wie sich das Erlernen und die Umsetzung von arbeitsimmanenten Kompetenzen auf das Zusammenleben in Arbeitsgruppen auswirken.

In dieser Zusammenfassung wird eine Analyse der historischen Redefinition angefertigt, die sich aus der Gegenüberstellung der organisationalen Repräsentationen der drei Bedienstetengruppen (in Hinblick auf die subjektive Arbeitsstrategie der Beziehungsarbeit ABA) ergibt, ohne dabei die bereits differenzierten Strategien der Bediensteten zu wiederholen. Vielmehr werden in der Abbildung jene subjektiven Arbeitsstrategien der Beziehungsarbeit zusammengefasst, die eine Überdauerung seit der Vorreformzeit bis heute vorweisen. Ihre Typisierung ‘Therapeutische Übernahme - presa in carico’, ‘Mensch fokussieren, nicht Krankheit’, ‘kontinuierliche Beziehungsbereitschaft’, ‘Bedürfnisevaluation’ und ‘Respekt und Rechte’ sind Forderungen, die bereits Basaglia für die Humanisierung verlangte. Die Kategorien ‘positive Kommunikation’, ‘die Selbstreflexion’ und ‘die pädagogische Einstellung’ ergaben sich iterativ aus der Ausarbeitung, wie auch die Effekte auf der Bediensteten- und Beziehungsebene, die abschließend als Evaluation der Strategien gelten sollen.

Damit ist es möglich nachzuvollziehen, dass zwischen den drei Anstellungsepochen keine markanten Unterschiede vorhanden sind. Vielmehr wurden die Strategien weiterentwickelt und zeigen verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten. Die Uniformität der Teamkultur ist demnach in Hinblick auf die auf der Makroebene umgesetzten Strategien abhängig von den subjektiven Kompetenzen und den Rahmenbedingungen und regt an, differenziert mehr zu investieren. Die Rahmenbedingungen, die sich verändert haben, sind a) die Arbeitsschutzkriterien, b) die Personalkürzungen und c) die Betroffenen und ihre Bedürfnisse.

a) Verändert haben sich auch die Rahmenbedingungen für eine humane Arbeit. Dies verdeutlichen die Vorreformbediensteten mit Beispielen. Sie sprechen von Arbeitsschutzgesetzen, die Beziehungsstrategien nahe dem Betroffenen nicht erlauben, sofern sie nicht zu ihrem Berufsbild gehören. Demzufolge bewirkte die Professionalisierung gewerkschaftliche und versicherungsrechtliche Abkommen, die die Deinstitutionalisierungsarbeit erschweren. Die Deinstitutionalisierungsarbeit, wie sie auch die Restaurationsbediensteten näher beschreiben, erlaubt eine ganzheitliche Arbeitsdurchführung (gegenüber einer arbeitsteiligen), findet aber nur statt, weil die Bediensteten die Selbstverständlichkeit entwickelt haben, gegen diese Normen (die eigentlich in ihrem Interesse waren) zu handeln, überzeugt von den beschriebenen Arbeitshaltungen und Effekten.

b) Die zweite eklatante Rahmenbedingung, die im Vergleich zu früher nicht mehr die hier beschriebene humane Arbeit unterstützt, ist die Personalkürzung. Waren während der Vorreform und der Reform noch genügend Bedienstete da, um die notwendige Reflexion über ‘richtige oder falsche’ Beziehungsarbeiten zu ermöglichen, bleibt man heute damit allein. Das Problem Einsamkeit bei der Reflexion und Bearbeitung eigener Grenzen, das sich in der menschnahen Arbeit herauskristallisiert, wird später im Abschnitt der ‘subjektiven Kommunikationsqualität’ weiter ausgeführt.

c) Am Beispiel der Reformbediensteten und ihres pädagogischen Vorgehens bzgl. der Verantwortung der Betroffenen, ist eine neue Benutzergeneration anzunehmen. Waren bei der Öffnung des Irrenhauses und bei der Befreiung der Insassen die Vorreformbediensteten gefragt, existentielle Bedürfnisse zu erfüllen, sind die Bediensteten heute gefordert, auch tiefenpsychologische Fragen zu beantworten und auch über die Arbeitswelt die gesellschaftliche Integration zu erreichen. Dazu schildert Frau Heidi eine Gesamtsicht der Situation:

„Die Benutzer und ihre Ansprüche haben sich verändert. Früher galt es, die Schäden der totalen Institution wieder gut zu machen, heute können die jungen Benutzer sich kaum vorstellen, was das bedeutet. Darum ist auch die Miteinbeziehung dieser Benutzer in Gegenbewegungen - beispielsweise der Gesetzesveränderungen - eine Last, die nicht unbedingt sein muss. Die älteren Benutzer wollen auch bei Feiern nicht das ehemalige psychiatrische Gelände betreten, die jungen Benutzer verlangen Arbeit und wollen nicht in den Reihen der Psychiatrie altern. Die ältere Generation arbeitet gut mit den älteren Benutzern, mit den jungen haben sie Verständnisschwierigkeiten.“ (Int. H., II. K. 55)

Abschließend kann gesagt werden, dass zwischen den drei Epochen eine homogene Arbeitsstrategie in der Beziehungsarbeit vorgefunden wurde, deren Qualität dadurch gekennzeichnet ist, dass sie nicht ideologisch ist, sich vielmehr an den Kontext anpasst und weiterentwickelt wird.

Wie aus den Effekten der Überdauerung und Weiterentwicklung ersichtlich wird, zeugen die vorgefundenen Muster subjektiver Arbeits- und Überlieferungsstrategien von der Bewährung dieser Strategien auf den Ebenen der Bediensteten und Betroffenen.

	Vorreform	Reform	Restauration
Einstellungen und Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion: sich mit eigenen Grenzen ins Spiel setzten; sich in Frage stellen - Mensch fokussieren, nicht Krankheit: den Menschen als Person sehen (nicht Krankheit sondern Mensch im Zentrum); Einstellung der Verschiedenheit Ablegen 'du-ich' - kontinuierliche Beziehungsbereitschaft: zeitliche Investition beim Verweilen mit den Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion: eigene Wirklichkeit reflektieren, wie Kriterien des Vertrauens und der Freundschaft - Mensch im Zentrum, nicht Krankheit: Situations- und Personenabhängigkeit der Kontaktstrategien, Vertrauen und die Personenkenntnisse - kontinuierliche Beziehungsbereitschaft: die Bereitschaft des Bediensteten; ewige Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion: Einsicht der subjektiven Grenzen - Mensch im Zentrum, nicht Krankheit: die Zeiten des Anderen wahrnehmen und berücksichtigen - kontinuierliche Beziehungsbereitschaft: erster Schritt immer vom Bediensteten; zur Verfügung stehen; kontinuierliche Bereitschaftsvermittlung

<p>Strategien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pädagogische Einstellung: kurz bevormunden - Strategie der Übernahme – presa in carico: anstehende alltagsbezogene und existentielle Tätigkeiten gemeinsam mit der Person leben; mit Menschen verweilen - Bedürfnisevaluation: Bedürfnisse abfragen und verstehen; sich in die Rolle des Menschen versetzen - Positive Kommunikation: nachfragen; ich Kommunikation; gesunde Seite; Rekonstruktion biographischer Gegebenheiten; Ko-respondenz - Gegenseitiger Respekt und Rechte: Möglichkeit zu kommunizieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Pädagogische Einstellung: verantworten/nicht bevormunden - Strategie der Übernahme – presa in carico: anstehende alltagsbezogene und existentielle Tätigkeiten gemeinsam mit der Person leben; mit Menschen verweilen - Bedürfnisevaluation: Bedürfnisse abfragen und verstehen - Positive Kommunikation: Zuhören: Verstehen, Begreifen, Erforschen, Sprechen und Sondieren; sich Vorstellen, damit der andere versteht wer man ist; Rekonstruktion biographischer Gegebenheiten; Ko-respondenz - Gegenseitiger Respekt und Rechte: Möglichkeit zu kommunizieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Pädagogische Einstellung: Ratschläge; nicht bevormunden - Strategie der Übernahme – presa in carico: anstehende alltagsbezogene und existentielle Tätigkeiten gemeinsam mit der Person leben; mit Menschen verweilen - Bedürfnisevaluation: Bedürfnisse abfragen und verstehen - Positive Kommunikation: Rekonstruktion biographischer Gegebenheiten; miteinander sprechen; Ko-respondenz; Deinstitutionalisierung der Sprechakte - Gegenseitiger Respekt und Rechte: Möglichkeit zu kommunizieren
<p>Effekte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bedienstetenebene: Selbstbereicherung - Beziehungsebene: Einfluss und Vertrauen gewinnen - Effekte von Strategien: Menschen gehen den Abmachungen nach; Menschen sind dankbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedienstetenebene: Selbstbereicherung durch kritische Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedienstetenebene: Selbst- und Fremdbereicherung durch die Reduktion der gegenseitigen Angst, weil ein Kennenlernen stattgefunden hat

Übersicht 27: Zusammenfassung der überdauernden und weiterentwickelten epochendifferenzierten Einstellungen der Beziehungsarbeit und die Voraussetzungen, Strategien und Effekte

4.2.2.2. Die psychopharmakologische Arbeit und die Aufmerksamkeit als beste Medizin

Denn bevor irgendwelche Medikamente oder Diagnosen einen Sinn ergeben, muss man die sozialen, kontextbezogenen und existentiellen Schwierigkeiten der Person lösen, dies auch, um nicht sofort alle Menschen zu psychiatrisieren (Int. A., I. Z. 993-1007)

Obwohl für alle Bediensteten der verschiedenen Anstellungsepochen und Berufsbilder die psychopharmakologische Arbeit keine zentrale Arbeitsstrategie darstellt, sondern mehr als Kunst der Ärzte gesehen wird, soll die Beschreibung der Verwendung, des

Einsatzes und der subjektiven Arbeitsstrategien mit der chemischen Eindämmung, die historisch gesehen die körperliche Eindämmung ersetzt, auf verschiedenen Ebenen eine größere Bedeutung für diese Untersuchung bekommen. Denn einerseits traf ich in den vergangenen Jahren sehr viele Menschen von Triest begeistert darüber an, dass man hier ohne die chemische Zwangsjacke auskommen würde. Manche sahen sogar in der Reformpsychiatrie den Befreiungsritter gegenüber den psychopharmakologischen Anwendungen in der Psychiatrie, die als Verbündete der psychopharmakologischen Industrie ihre Interessen pflegt. Andererseits entschied ich, dieses Thema zu vertiefen, weil Kritiker (vgl. wie beispielsweise Peter Lehman) in kurzen Touristen-Aufenthalten sich das Recht herausnahmen, die Reformpsychiatrie Triest als Zombiefabrik abzustempeln, ohne all das zu dokumentieren, was unternommen wird, um dieser von der Gesellschaft aufoktroierten und in vielen Fällen von den Betroffenen selbst verlangten Zwangsjacke entgegenzuwirken. Viele Bekannte und Interessierte, wie eben auch Vertreter der Antipsychiatrie (Lehmann, Bucalo), messen die Freiheit innerhalb der Dienstleistungen psychischer Gesundheit an Hand des selbstbestimmten Umgangs mit der psychopharmakologischen Therapie.

Zuletzt wollte ich gerade deshalb dieses Thema diskutieren, weil die psychopharmakologische Behandlung bei Menschen, die in eine Krise kommen, wegen der sehr starken Selbst- und Fremdwahrnehmungsveränderungen ein beachtliches Angstpotential darstellt, das von den Familienangehörigen, Freunden und den Gesellschaftsmitgliedern wegen ihres Unwissens nicht gemindert werden kann und zuallerletzt, weil die nicht ärztlichen Bediensteten dadurch oft an ideologische und persönliche Grenzen gelangen. Das erfuhr ich selbst, als ich während dieser Studie im Zusammenhang mit meiner Kritik zur chemischen Vergiftung von Menschen, die sich in höchst ambivalenten Momenten ihres Lebens befinden, beispielsweise mein eigenes Konsumverhalten in Bezug auf Suchtmittel überdenken musste, die ich selbst zwecks Bewältigung und Verarbeitung immer wieder auffindbarer Ambivalenzen zu mir nehme. Ich war gefordert, mich mit dem an der Reformpsychiatrie herrschenden Leitsatz der ‘Schadensbegrenzung – riduzione del danno’ auseinanderzusetzen und Wege zu finden, die mir nur Betroffene und Experten zeigen konnten. Es brauchte viel Zeit, viel Reflexion und sehr viel Auseinandersetzung auch mit informellen Kontexten. Das Thema der chemischen Zwangsjacke wurde und wird kontinuierlich intensiv diskutiert. Es reicht von den Nebenwirkungen des Psychopharmakons bis zur Kunst

des Arztes, subjektbezogene Abstimmungen zu finden. Diese Themen können hier nicht vertieft werden, denn das Interesse gilt den Arbeitsstrategien, die seit der Vorreform bis zum heutigen Tag umgesetzt wurden. Fest steht, dass die Psychopharmakologie sicher Marktinteressen unterliegt, dass sie die Gesellschaftspolitik der Ordnungsmacht unterstützt und den Menschen kaum einbezieht, da die Substanz an sich aus einer chemischen Reduzierung entsteht, punktuell und problemspezifisch interveniert, sich auf biologisch-neurologische Hypothesen stützt und den Menschen kulturspezifisch überhaupt nicht als sozialen Partner ansieht, sondern nur als Kranken. Zudem verstärkt sich das Stigma der nicht ärztlichen Bediensteten, die zugleich das Vorurteil der Gesellschaft widerspiegeln, dass nämlich Menschen, die Psychopharmaka nehmen, es von alleine nicht schaffen, und also schwächer seien, krank und verrückt – und aus diesem Grund zu meiden wären (so zumindest in meinen bekannten Kulturkreisen).

Es stellte sich eindeutig heraus, dass zwischen den Anstellungsepochen keine Einstellungsunterschiede zu bemerken sind, vielmehr Schwerpunktsetzungen in der kritischen Haltung. Die Evaluation, also wie die Psychopharmaka - Arbeit von den Empfängern bewertet wird, ist erst im nächsten Kapitel des Tätigkeitserlebens aufbereitet.

Wie alle interviewten und nicht interviewten Bediensteten behaupteten, war die Öffnung der Irrenanstalt ohne Verabreichung von psychopharmakologischer Substanz nicht denkbar. Wie damals, ist sie heute noch die funktionale Voraussetzung, mit Menschen in schweren Krisen in Beziehung zu treten. Psychopharmaka erleichtern demnach das Zusammenleben mit Menschen in Krise und ermöglichen die Kenntnisnahme der Verhaltensweisen des Anderen. Gleichzeitig sind sich alle Bediensteten bewusst, dass die Verabreichung von medikamentösen Therapien eine Verantwortung der Bediensteten ist, da sie dadurch auch die Konfrontation mit den Betroffenen vermeiden können. Damit ist, wie die Vorreformbediensteten es ausdrücken,

„die Aufmerksamkeit die beste Medizin“.

Als es noch das Irrenhaus gab, und bevor es 1959 zum Experiment der „Zentren für psychische Hygiene“ (Centri di Igiene Mentale) kam, gab es auf dem Territorium kleine Fürsorgestellen, an denen Psychiatricentlassene medikamentös versorgt wurden.

Hier wurde vor allem Serenase ausgeteilt, doch die pharmakologische Therapie war, laut den Vorreformbediensteten, im Irrenhaus vergleichsweise relativ geringfügig. Es gab nicht das Problem der Krisenbewältigung, weil man die Menschen einfach sedierte. Sonst gab es im Irrenhaus keine pharmakologische Therapie, man hielt die Menschen eingesperrt und sofern sie nicht die wenigen zur Verfügung stehenden Therapien nahmen, landeten sie in der Abteilung der so genannten ‘Unruhigen’. Diese Abteilung war die Strafabteilung der Irrenanstalt San Giovanni. Dort wurden auch jene eingesperrt, die in Schlägereien verwickelt waren. Mit Basaglia versuchte man auf Freiwilligkeitsbasis ohne Psychopharmaka in einem Personalschlüssel von 3 Pflägern zu 2 Benutzern zu arbeiten. Zu dieser Zeit und bis vor zehn Jahren, dies beobachteten die Reformbediensteten, war der organisationsinterne Sprachgebrauch der Ärzte, beispielsweise für Berichte, nicht klinisch orientiert wie jener der Ärzte heute. Diese berichten vorzugsweise von „Verbesserungen der Psychotherapiegespräche und der psychopharmakologischen Behandlung“. Ähnlich berichten die Restaurationsbediensteten von jungen Ärzten, die dahin tendieren, neue Psychopharmaka auszuprobieren, auch wenn die älteren und billigeren funktionieren. Die älteren Ärzte verwenden hingegen weniger und ältere Psychopharmaka, wodurch sie ebenfalls Ergebnisse erzielen, da die Ärzte mehr Erfahrung haben. Nach Meinung der Restaurationsbediensteten beeinflusst auch der Studienort des Arztes den Umgang mit den Psychopharmaka. Allgemein bewerten alle Pflegebediensteten die Fähigkeit der Ärzte, mit Psychopharmaka umzugehen, an Hand der Sedierungsfähigkeit.

Einstellungen und Voraussetzungen

„Wir sind in der ganzen Welt ein Aushängeschild und verursachen in manchen Momenten durch die Verwendung der Psychopharmaka ein kleines Irrenhaus.“ (Int. D.)

Alle Bediensteten sind sich bewusst, dass der ‘psychisch Kranke’ in einer Krisensituation völlig dem Bediensteten ausgeliefert ist. Daher muss berücksichtigt werden, dass man mit Psychopharmaka den Willen töten kann, dass sie aber auch verabreicht werden können, wenn der Bedienstete sich nicht mit dem Betroffenen konfrontieren will. Für alle Bediensteten ist der Gesetzesvorschlag der Mitte-Rechts Regierung (2001-2006), Zwangseinlieferungen zur Therapievergabe zu vollziehen,

undenkbar und zeugt nur vom Interesse einer Privatisierung und einer erhöhten sozialen Kontrolle. Sie sind der Meinung, es wäre Aufgabe der Dienstleistungen, den Menschen über Verhandlungsakte so weit zu emanzipieren, Einsicht in seine Bedürfnisse zu haben und dem zufolge dann die Therapie anzunehmen. Sonst müsste man es ohne Psychopharmaka versuchen (siehe Beispiel weiter unten). Denn alle Bediensteten sind der Meinung, die Psychopharmaka lösen nichts am eigentlichen Problem, solange der Mensch nicht gelernt hat, mit der Krankheit zu leben (*consapevolezza della malattia/convivenza con la malattia*). Daher kehren auf ausschließlich psychopharmakologische Intervention die quälenden Gedanken wieder, während sich Menschen ohne Psychopharmaka auch beruhigen, wenn man es nur schafft, sie für andere Interessen zu sensibilisieren. Aus diesem Grund sind die Vorreformbediensteten überzeugt davon, dass die Psychopharmaka auf ein Minimum reduziert werden sollten, damit nicht irrenhausähnliche Situationen entstehen müssen. Mit der Intention, die inzwischen angestiegene psychopharmakologische Behandlung zu reduzieren, sind alle Bediensteten einverstanden und plädieren für einen vernünftigen Gebrauch.

Die Reformbediensteten raten noch, während der Verringerung der psychopharmakologischen Behandlung den Menschen, falls er leidet, zu begleiten. In dieser Begleitung der Menschen sehen sie einen sinnvollen menschlichen und therapeutischen Kontakt über die Psychopharmaka.

Im Allgemeinen sind sich alle drei Anstellungsgruppen einig darüber, dass Psychopharmakabehandlungen

- den Bediensteten beruhigen,
- ohne andere Maßnahmen völlig nutzlos sind,
- helfen, mit dem dissoziierten Menschen in Beziehung zu treten, mit ihm zu sprechen: „wenn er die Madonna sieht statt dich“,
- mit dem Einverständnis des Menschen unternommen werden müssen, was eine Einverständnissarbeit voraussetzt und dass
- sie vom Menschen ernsthaft befolgt werden müssen.

Einige Restaurationsbedienstete sind der Meinung, Psychopharmaka fördern bei Depression das Selbstwertgefühl.

Strategien

Die Psychopharmaka geben dir Zeit und Raum bei 8 Betten und Menschen, die beispielsweise die Mauern mit ihrem Urin benässen. In diesen Situationen ist man mit den Schultern an die Wand gedrückt. Die persönliche Erfahrung sagt eindeutig, dass, wenn es die Möglichkeit gibt, mit diesen Menschen einen würdevollen Alltag zu leben, dies eine Genesung schafft, die Krisen dauern weniger lang als bei starker Medikalisierung. Ist diese Möglichkeit nicht vorhanden, muss man die Menschen mehr sedieren, um eine gewisse Qualität der Dienstleistungen zu garantieren. (Int. D.)

Betroffenenbezogen

Für die Reformbediensteten stellt die inzwischen in Italien wieder diskutierte Einführung der Prozacverwendung bei Kindern mit „Schulschwierigkeiten“ eine Gefahr dar. Denn am DSM ist man nicht der Meinung, die psychopharmakologische Behandlung hätte was mit der Veränderung der Neurotransmitter zu tun, vielmehr meint man, es handle sich um eine Arbeitsstrategie zur Beziehungsermöglichung, die so weit führt, dass man die Therapievergabe als Anbindungsstrategie benutzt, um damit dem Menschen täglich begegnen zu können. Die Restaurationsbediensteten bringen die Einstellung auf den Punkt und laden die Betroffenen ein, das Problem nicht mit der Hypothese der biologischen Natur zu umgehen, sondern es konkret anzugehen, damit es nicht wiederkehrt, was allerdings auch bewirkt, dass man eine Zeit lang darunter leidet. Die biologische Hypothese definieren die Restaurationsbediensteten als ‘Depersonalisation der Problematik’ und schlagen wie alle anderen Bediensteten vor, sich mit der eigenen Person, der eigenen Familie, den Arbeitsunzufriedenheiten und den Eigenarten der Beziehungsführung zu beschäftigen. Dafür werden die Menschen in Krise in CSM eins zu eins begleitet, was freilich den Pflegebediensteten fordert. Sie sind ferner der Meinung, die psychopharmakologische Behandlung resultiere aus dem Krankheitsmodell der Ärzte.

Die Restaurationsbediensteten berichten auch, wie bei Arbeitsintegrationsprozessen die Therapien reduziert, wenn nicht gar gestrichen werden, damit die Menschen arbeitsfähiger sind.

CSM-bezogen

Im Zentrum werden Menschen aufgenommen, die mit einem starken Unbehagen leben, welches das Leben unmöglich macht. Die Medikamente helfen aus der Sicht aller Bediensteten nur, um in Beziehung zu treten und gehören zur Intervention. Die Reformbediensteten unterstreichen hierbei, dass bei schweren psychomotorischen Krisen die Medikamente es ermöglichen, in einem zweiten Moment eine bessere Kommunikations- und Beziehungsqualität zu erzielen. Die Restaurationsbediensteten ergänzen noch, dass durch die medikamentöse Behandlung Bedienstete wie Betroffene zur Ruhe kommen können.

Es wird nicht einfach die Diagnose erstellt und daraufhin Psychopharmaka verabreicht. Denn Medikamente oder Diagnosen machen erst dann Sinn, wenn man zugleich die sozialen, kontextbezogenen und existentiellen Schwierigkeiten der Person angeht und löst. Bereits die Aufnahme eines Menschen ist für die Vorreformbediensteten Rehabilitation, wissend, dass man ihn/sie nach der Krise wieder aus der Institution hinaus begleiten wird. Dafür ist es notwendig, dass die Menschen spätestens zwei Tage nach der ersten psychopharmakologischen Therapie mit einem Arzt in Kontakt kommen müssen.

Ob es sich nun um die Psychopharmakavergabe oder die Bewachung der Tür handelt, die aus Ressourcen Gründen durchgeführt werden, sehen die Vorreformbediensteten keinen Unterschied. Sie sind jedoch davon überzeugt, dass die negativen Effekte dieser Tätigkeiten mit Hilfe der subjektiven Arbeitsstrategien gemindert werden. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von Würde und menschengerechten Umgangsweisen.

Als Beispiel einer Umgangsweise nennen einige Vorreformbediensteten die Strategie des „Komplimentums“. Die Strategie des Komplimentums würde eine Verbündung zwischen Bediensteten und Betroffenen ergeben und sie unterstreichen dies für die Nachtturnusse. Das heißt konkret:

- die Betroffene in jene Orte/Zimmer einladen, wo sie sonst wegen Alltagsreglementierungen nicht eintreten können (am untersuchten CSM ist es hauptsächlich die Küche),
- miteinander essen und trinken,

- sie einladen, in der Nacht sich ruhig zu verhalten und
- ihnen nicht mit Therapie oder ähnlichem drohen.

Folglich stellt sich die Verhandlung und Miteinbeziehung als willkommene und die Drohung als zu vermeidende Strategie dar.

Weil Psychopharmaka, sofern sie als einzige Intervention eingesetzt werden, ein Suchtverhalten auslösen, erreichen die Betroffenen eine medikalisierte Sicht als die Institutionsmitglieder selbst. Die Pfleger halten sich dem entgegen, legen das Problem im Interesse der Person offen dar und lassen es nicht darauf beruhen.

Familienangehörigenbezogen

Den Familienangehörigen erklärt man Wirkungen, Nebenwirkungen und Effekte der Psychopharmaka, nachdem ihnen die Störungsmodelle beschrieben wurden. Neben solchen Aus- und Fortbildungen stehen alle Bediensteten zur 24h Dienstleistung, die in Triest angeboten wird. Dadurch können Projekte weitergeführt werden und die Menschen sind nicht wie in anderen Städten genau dann allein, wenn alle ihre Arbeit getan haben. Diese Reduzierung der Einsamkeit während Feiertagen und Wochenendtagen gekoppelt mit verschiedensten Projekten stellt eine Erleichterung für die Familienangehörigen dar, die in dieser Zeit wieder auftanken können. Demnach ist das Pharmakon nicht das einzige Angebot, um die Last der Angehörigen zu verringern.

Bedienstetenbezogen

Einige Bedienstete beschlossen bereits während der Öffnung der Irrenhäuser die Handhabung der Medikamente zu ignorieren, um sie nicht verabreichen und damit eine Tätigkeit weniger verrichten zu müssen. Damals herrschte die organisationale Kultur, dass jeder überall mit anpacken müsse, damit jeder austauschbar werde. Es war und ist keine Mißbilligung der Psychopharmaka, da die Vorreformbediensteten, hätten sie es nötig, sie selbst nehmen würden. Die Interviewpartner können auch nachvollziehen, dass manche Bedienstete vor der Arbeit Psychopharmaka einnehmen. Andere, wie vor allem die Restaurationsbediensteten, lernten sie während ihrer Ausbildung kennen und empfehlen daher den Älteren, darüber Ausbildungskurse zu besuchen, da sie der Meinung sind, die Menschen seien ohnehin mit dem Erleben der Medikamente konfrontiert und man müsse auch dieses Problem spezifisch handwerklich angehen,

indem man beispielsweise mit den Menschen darüber spricht. Jedoch die Reformbediensteten unterstützen auch den von einigen Ärzten gestarteten Versuch, über die Alternativmedizin neue Wege zu öffnen. Alternativmedizin wird jedoch nicht von allen Leitungskollegen akzeptiert. Die Pflegebediensteten nehmen schlussendlich die Verantwortung nicht der Verschreibung, wohl aber der Reduzierung von Psychopharmaka auf sich. Ihr tägliches Verweilen und Zusammenleben mit den Betroffenen gibt ihnen diese Möglichkeit. Diese selbstständige Handlung wird dem zuständigen Arzt mitgeteilt. Dazu berichten Restaurationsbedienstete, dass manche Mitarbeiter auch die doppelte Dosis verabreichen, um beispielsweise den Nachtdienst ungestört zu verbringen.

Effekte

Vor allem die Reform- und Restaurationsbediensteten sprechen in Bezug auf die medikamentöse Behandlung der Menschen von Effekten, die auf sie zurückwirken. Zum Beispiel findet eine Identifizierung statt, die folgendes Erleben auslöst:

- die Menschen scheinen Aliens zu sein,
 - sie erscheinen verletzt in ihrer Persönlichkeit,
- woraus man folgert,
- dass man als Psychopharmakaautomat fungiert,
 - dass die erhoffte Wirkung der Gemütsstimmungsveränderung und/oder das Abnehmen des Stimmenhörens verrückt sei und man es nicht akzeptieren kann,
 - dass sie demnach als entfremdend erleben, eine chemische Substanz könne den Menschen zur Normalität hin verändern, so als hätte man weder Willen noch Kraft, selbst für das eigene Wohlsein zu sorgen.

Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die psychopharmakologische Behandlung Betroffener bei den Bediensteten selbst eine Entfremdung verursacht, die bei den Restaurationsbediensteten sogar zu einer Gewöhnung führt, beispielsweise Menschen als übertrieben starr zu beobachten.

Die ergebnisorientierte Berücksichtigung sozialer, existentieller und kontextueller Schwierigkeiten der Person verringert sowohl die psychopharmakologische Behandlung als auch die Psychiatrisierung der Menschen. Vor allem die Reformbediensteten sprechen den Effekt der Professionalisierung im Zusammenhang mit der Thematik der psychopharmakologischen Behandlung an. Nach ihrer Meinung habe die Professionalisierung die Behandlung des „Falles“ bewirkt, zwar mit der Konsequenz von wenigen Kolloquien und geringer Auseinandersetzung mit den Menschen selbst, jedoch mit der bestimmten Pflicht, dem Menschen, der sich den Diensten präsentiert, eine Diagnose auszuhändigen, auf die meistens eine medikamentöse Behandlung folgt.

Die Effekte der psychopharmakologischen Behandlung tragen in den Augen der Vorreformbediensteten zu einer beobachtbaren Steifheit bei, zu einer Stigmatisierung, zu einer Minderung des Leidens und einer Erleichterung des Lebens. Gleichzeitig sind die Bediensteten überzeugt, dass Medikamente bei der Diagnose Schizophrenie zwar symptombefreiend, für den Verlauf jedoch wirkungslos sind.

Bedienstetenbezogen

Das Komplizentum als Strategie der Verbündung reduziert das Agieren gegen den Bediensteten. Die psychopharmakologische Behandlung erleichtert die Beziehungsarbeit, trägt jedoch das Risiko in sich, den anderen behandeln zu wollen, um sich nicht den eigenen Grenzen stellen zu müssen.

Organisationsbezogen

Die Preise der Psychopharmaka neuerer Generation belaufen sich laut den Vorreformbediensteten zwischen 150 und 250 € pro Packung und sind im Vergleich zur älteren Generation teurer. Die öffentlichen Gelder sind gekürzt worden, was von den Vorreformbediensteten zum Teil früherer Verschwendungen befürwortet wird. Hingegen sind die Ausgaben für die Psychopharmaka gestiegen. Damit trifft die Rationalisierung für die teuer gewordenen Psychopharmaka der neuen Generation nicht zu. Ist das Jahresbudget aufgebraucht (meistens im Oktober), dann werden nicht die

Ausgaben für Psychopharmaka, sondern die Überstunden gekürzt. Damit bleiben jene Arbeiten aus, die wichtiger sind als die psychopharmakologische Therapie.

So berichten alle Bediensteten, dass man als Folge der Personalkürzungen allein Hausbesuche durchführen muss, wo man es gerade noch schafft, die Therapie zu überprüfen und zu vergeben, und den Menschen zu grüßen. Für die Leitungsbediensteten erhöht sich vor allem die Verantwortung in den Altersheimen. Dorthin werden sie gerufen, um psychopharmakologisch zu intervenieren. Auch sie finden nicht die Zeit, mit den Menschen zu interagieren.

Im Ganzen gesehen erlaubt die in den letzten Jahren von allen Bediensteten wahrgenommene Erhöhung der psychopharmakologischen Behandlung eine Überbrückung der Ressourcen-, Räumlichkeits- und Personalkürzungen. Insofern ist die Meinung einhellig, dass

„die Rationalisierung indirekt mit der Vergabe der Psychopharmaka zusammenhängt:

Kann man Menschen in die Gemeinde begleiten und Aktivitäten durchführen, verringert sich der Gebrauch und die Notwendigkeit von Psychopharmaka und es braucht niemanden, der die Tür bewacht; ist es nicht so und kann auch niemand die Tür bewachen, muss man manche Menschen (psychopharmakologisch) zum Schlafen bringen“

Rationalisierung und oftmaliger Arztwechsel sind dafür verantwortlich, dass Menschen in einer psychopharmakologischen Behandlung nicht kontinuierlich begleitet werden und, obwohl die kritische Lebensperiode vorbei ist, weiterhin Psychopharmaka nehmen. Dies verursacht Suchtkonsequenzen und erhöht die Spesen der Öffentlichkeit. Die Bediensteten aller Anstellungsepochen schreiben in diesem Sinn der stillen gesellschaftspolitischen Gewalt das übertrieben gestiegene Maß an psychopharmakologischem Missbrauch der letzten Jahre zu.

Dabei vergessen die Bediensteten nicht ihre eigene professionelle und ethische Verantwortung, da, wie gesagt, die Verabreichung der Psychopharmaka einfacher ist als der Aufbau einer engen und kontinuierlichen Beziehung.

Insgesamt sehen die Bediensteten die Psychopharmaka - Therapie als eine Verletzung der persönlichen Souveränität. Dies zieht eine Serie von Aufmerksamkeitsgesten wegen ihrer Nebenwirkungen nach sich. Versteht der Mensch diese Wirkungen auf Grund seines aktuellen Leidens nicht, so muss sich die Organisation darum bemühen, dem Menschen nahe zu sein und ihn zu schützen, vor allem mittels der Organisation

von offenen Türen, wo es keine Zwangsmaßnahmen gibt. Doch auch dies ist oft wegen zahlreicher Anfragen, auf die die Organisation antworten muss, nicht möglich (beispielsweise durch die Einsamkeit der Bediensteten im CSM, weil zu dritt im Turnus und zwei davon bei Hausbesuchen). Entweder man erhöht den Personalschlüssel oder verringert die Tätigkeiten. Die Bediensteten sind der Meinung, in diesem Engpass müsse den im CSM eingelieferten Menschen die Priorität gegeben werden.

Alternativvorschläge

Für die Reformbediensteten ist es notwendig, etwas Neues in der Arbeitsorganisation und Methodologie zu erkunden. Nach ihrer Meinung würde eine höhere Partizipation am Arbeitsalltag aller Bediensteten und die Optimierung der internen Organisation eine höhere Austauschbarkeit der Bediensteten bewirken und demnach eine erhöhte Rotation der Rollen jener, die außerhalb vom CSM Tätigkeiten verrichten. Außerdem sind es immer die Reformbediensteten, die den Leitungsbediensteten nahe legen, für die Betroffenen pädagogische Maßnahmen zu entwickeln, die eine Verringerung von Psychopharmaka zur Folge haben.

Die unterbrochene Arbeitskontinuität durch den Ärztewechsel am Beispiel der Depot – Behandlungen

Alle wissen, dass das Depot ein
Kontrollsystem ist (Int. M.)

Die Reformbediensteten schicken bei der Besprechung der Ambivalenzen der Depot – Behandlungen voraus, dass die betreffende psychopharmakologische Strategie auch früher schon angewandt wurde, und heute jeder Dienst (CSM) den eigenen Arbeitsstil beibehalten hat. Dadurch benutzen einige das Depot mehr, andere weniger.

Am Beispiel eines jungen Menschen, der eine hohe Arbeitsverantwortung hatte, berichten die Reformbediensteten von jahrelanger Arbeit, um bei ihm das Bewusstsein zu entwickeln, dass er in bestimmten Momenten seines Lebens Psychopharmaka nehmen solle. Durch einen Arztwechsel fand eine Unterbrechung dieser Überzeugungsarbeit statt, die von den Bediensteten als Auslöschung der gesamten

Anstrengungen erlebt wurde, da der neue Arzt, ohne sich zu kümmern und ohne den Menschen zu kennen, ein Depot verschrieb. Daher möchten sie folgende Voraussetzungen für die Verschreibung eines Depots betonen:

- die Situation kennenlernen,
- eine Netzwerkarbeit mit den bis dahin Projektverantwortlichen durchführen und
- die Vorarbeiten, die bereits durchgeführt wurden, berücksichtigen,

auch für den Fall, dass man sich in einer für den Betroffenen kritischen Situation befindet.

Der Mann, der sich nicht bis zuletzt durchsetzen konnte

Die Reformbediensteten bringen das Beispiel eines Herrn mit der Diagnose einer affektiven Psychose. Als er eine starke Depression erlebte, wollte er keine Psychopharmaka, und man war damit einverstanden. Man legte ihm jedoch auch nahe, dass dies eine Arbeit an sich voraussetze, die sehr in die Tiefe gehen würde und er bis ans Ende diesen Weg gehen müsse, um Psychopharmaka zu vermeiden. Plötzlich erregte sich der Mann immer stärker, er entfernte sich immer mehr von der Wirklichkeit, allerdings ohne Schaden zu verursachen. Zu dieser Zeit gab es eine Zusammenarbeit mit einem neuen Arzt, der für diesen Lebensmoment mit Nachdruck eine pharmakologische Intervention durchführte. Die Reformbediensteten nun waren der Meinung, dass man auch ohne Psychopharmaka hätte weiterarbeiten können. Dieses Zwangserlebnis bestimmt heute noch die Beziehung zwischen den Bediensteten und dem Betroffenen, der ihnen Gewalt und Bevormundung vorwirft. Heute nimmt dieser Mensch keine Psychopharmaka mehr ein.

Demnach schließen die Reformbediensteten eine dreifache Verantwortung daraus, sowohl auf der Ebene des Betroffenen, des Arztes als auch bei sich selbst und appellieren für solche Momente an alle, weiter die psychopharmakologische Behandlung zu kontrastieren und die Individualität und die Lebendigkeit gegen die aktuelle Störung zu erhalten.

4.2.2.3. Die Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit

Arbeiten für die Freiheit war meine schönste Arbeitszeit (Int. F., II. K. 53-54)
Durch dieses Beharren und Unterstützen gibt es genug Menschen, die sich nach einiger Zeit wohlfühlen. (Int. H., II. K. 119, 121)

An verschiedenen Stellen unterstreicht Basaglia und insbesondere in den ‘Brasilianischen Konferenzen’ (‘Conferenze Brasiliane’ 2000; vgl. dazu die deutschsprachige Ausgabe ‘Die Entscheidung des Psychiaters’ 2002) die zentrale Rolle der Freiheitsarbeit.

Das am CSM und DSM vorgefundene Verständnis von Freiheitsarbeit, welches im Abschnitt 4.2.1. an den Beispielen der Beziehungsarbeit mit Herrn Bagawa und Herrn Franci bereits angeschnitten worden ist, erfuhr im Laufe der Jahre eine Veränderung, abhängig von den geäußerten Bedürfnissen der Betroffenen und den daraus hervorgegangenen Angeboten von Beziehungsarbeit. Es wird sich zeigen, dass diese Bedürfnisse von der „Befreiung aus der Anstalt“ (verschiedene Interviewpartner aller Anstellungsepochen) bis zur Selbstentscheidung über das eigene Leben mittels des Kapitalbesitzes aus selbst geleisteter Arbeit reicht.

Arbeit wird als gesellschaftspolitisch organisiertes und geregeltes Recht des Individuums verstanden, durch deren Ausübung die Möglichkeit einer Selbstentwicklung hin zur Selbstständigkeit gefördert wird, weil hier der Mensch, wie von Basaglia verlangt, sich mit den gegebenen gesellschaftlichen Widersprüchen auseinandersetzt, durch die Interaktion und Konfrontation mit den dort agierenden Kollegen.

Welche Rolle dabei die Pflegebediensteten eines CSM einnehmen und welchen Schwierigkeiten sie dabei begegnen, wird Thema dieses letzten Abschnittes zu den subjektiven Arbeitsstrategien sein. Für ihre Aufgabe, den Betroffenen zu diesen Arbeitsmöglichkeiten zu verhelfen, ohne die Beziehung zu unterbrechen, spricht Frau Heidi den tieferen Wunsch aus, der Strategie des ‘Beharrens’ und des ‘Unterstützens’ größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Dafür ist die bis hierher besprochene Bewegungsfreiheit der Bediensteten und Betroffenen eine organisationspsychologische Voraussetzung^{iv}, weil es ansonsten nicht möglich ist, jede Beziehung ohne Zwangsmaßnahmen aufrecht zu erhalten.

Die Ausarbeitung soll auch diesmal an Hand der Gegenüberstellung der drei Anstellungsepochen angegangen werden. Was die Methode betrifft, suchte ich für die typisierende Strukturierung in den Interviewtexten und deren Ausarbeitungen (Paraphrasierung, Generalisierung, Reduzierung) nach deutschen und italienischen Begriffen. Dabei wurden auch für diese Ausarbeitung alle Interviews durchgeschaut und jene ausgesucht, welche sich quantitativ als ergiebig in Bezug auf die Themenstellung anboten. Aus der Durchsicht ergaben sich verschiedene Begriffe, wodurch der iterative Charakter der Ausarbeitung aller Interviews beibehalten und das Risiko, Kategorien nicht zu berücksichtigen, minimiert wurde. Für die Vorreformbediensteten wurde aus zeitlicher Knappheit keine Typisierung wie bisher durchgeführt, auch weil sich eindeutig aus der Durchsicht der drei Interviews ergab, dass die Reform- und Restaurationsbediensteten gleiche organisationale Repräsentationen hinsichtlich der Integration als Freiheitskonstruktion aufzeigten. Aus diesen zwei Gründen wurden aussagekräftige Interviewpassagen aus der inhaltlichen Strukturierung vor allem von Frau Beatrice (Vorreformzeit) herangezogen, der es durch ihre langjährige Führungsarbeit der Wohngemeinschaften des untersuchten Zentrums für psychische Gesundheit gelingt darzustellen, was seit der Reform mit den Menschen unternommen wird, bevor und nachdem eine Arbeitsintegration stattfindet. Dabei handelt es sich um die Weiterführung des Öffnungsprozesses, weil die Wohngemeinschaften kleine (bis zu sechs Menschen) Wohnstätten sind, die in der Gemeinde integriert agieren. Die Aussagen von Frau Beatrice sind in der inhaltlichen Strukturierung (siehe Anlage: inhalt. Strukt. Int. B., I. und II.) kursiv nachzuvollziehen und werden an manchen Stellen durch aussagekräftige Zitate von den anderen Vorreformbediensteten Frau Andrea und Herr Ferruccio ergänzt.

An Hand dieser Ausarbeitung wird es möglich sein, die zentrale Arbeit gesellschaftlicher Integration durch a) die Rückkehr in die Gemeinde, am Beispiel von ehemaligen Psychatrieinsassen während der Vorreform- und Reformzeit und b) durch die Arbeitseingliederung zu verstehen, die als Strategie sozialer Inklusion berufsbildübergreifend von den Pflegebediensteten des CSMs durchgeführt wird.

Die Voraussetzung, um soziale Eingliederung zu erreichen, ist die bereits oben besprochene Beziehungsarbeit. Eine Schwierigkeit ergibt sich aus der pharmakologischen Vorarbeit, die oft nicht kunstgerecht gelingt, so dass der jeweils Betroffene, zu stark sediert, den Arbeitsanforderungen nicht nachkommen kann. In solchen schwierigen Situationen plädieren Pflege- und Leitungsbedienstete für das therapeutische Projekt (auf Grund der geschaffenen Möglichkeiten für den Betroffenen), doch am Arbeitsplatz bleiben zu können, „ohne zu stören“ (vgl. auch Int. H., II. K.: 157).

Angemerkt sei, dass die Arbeitsintegration als Freiheitsarbeit von Basaglia zwar erahnt und gewünscht, kaum aber in der heutigen praktischen Umsetzung erlebt wurde. Die Absage an die in psychiatrischen Anstalten angewandte Ergotherapie (vgl. dazu auch Saraceno, 2000) als Strategie zur Selbsterhaltung totalitärer Systeme, leitete die Arbeitseingliederung auf dem Territorium ein. Damals war es noch schwieriger als heute, Arbeitgeber zu finden, deren soziale Verantwortung und organisatorische Kreativität so weit reichte, gerade solche Menschen anstellen zu wollen, die mit einem starken Stigma, schweren Lebenserfahrungen, schwachen Verhandlungsmöglichkeiten und mit ‘auf Eis gelegten’ Kompetenzen in das Arbeitsleben einsteigen müssen. Basaglia erkannte die dafür notwendige kreative Umgestaltung der Organisation beispielsweise von Unternehmen und den dafür sehr langen ‘institutionellen’ (gewerkschaftlich-arbeitsrechtlichen) Weg, der heute mit Arbeitsrechtsmaßnahmen (auf die hier nicht genauer eingegangen werden kann) erfolgreich weiter gegangen wird. Aus diesem Grund entwickelten, so zumindest die Überzeugung in Triest, Franco Basaglia und seine damalige Gefolgschaft die Idee des Auftrags der heutigen Sozialen Genossenschaften zur Arbeitseingliederung (Typ B, ausgehend von den Arbeits- und Produktionsgenossenschaften). Bevor in Italien überhaupt ein Gesetz zur Förderung Sozialer Genossenschaften existierte, gründete man in Triest die Genossenschaft, die heute den Namen ‘laboratori uniti – Franco Basaglia’ (‘Arbeitsverein – Franco Basaglia’) trägt. Inzwischen gibt es in der Stadt-Provinz Triest wie auch in der Region ‘Friaul-Julisch-Venetien’ zahlreiche Beschäftigte in Sozialen Genossenschaften.

Die Wirklichkeit der Sozialen Genossenschaften ist so mannigfaltig wie hochkomplex. Ihre Darstellung würde ebenso eine detaillierte Untersuchung verlangen. Realpolitisch kann gesagt werden, dass ihre ökonomische Abhängigkeit zu den öffentlichen Gesundheits- und Sozialdiensten teilweise die Übernahme von schwierigen und

ambivalenten Aufträgen mit sich bringt, denen die öffentlichen Dienste nicht gewachsen sind. Das DSM als Auftraggeber übernimmt die Supervision und die Koordination im Sinne eines ‘case managements’ der übergebenen Arbeiten und spart damit einerseits Gelder ein, weil die anders professionell ausgebildeten Genossenschaftsmitglieder^v (und ArbeitnehmerInnen) noch nicht zur Gänze die ökonomische Gleichstellung mit den statlich Bediensteten erreicht haben, andererseits gewinnt die soziale Genossenschaft im Interesse der Betroffenen an Flexibilität. Dies geschieht nun damit, dass die Soziale Genossenschaft des Typs B (und inzwischen die Mischform A+B) mit ihren verschiedenen Berufsbildern und subjektiven Erfahrungen, welche letztere gerade durch die weniger rigiden Anstellungskriterien des öffentlichen Dienstes gesammelt werden können, nicht die Geschichte der psychiatrischen Krankenhäuser, sondern die Geschichte des sozialen Engagements in Verbindung mit der Schaffung von Arbeitsplätzen und unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit schreibt. Die Sozialen Genossenschaften des Typs B (und die Mischform A+B) haben den nicht juristisch festgelegten aber dennoch gesellschaftlichen Auftrag (im Sinne einer Anerkennung der ausgeführten Tätigkeiten und deren Notwendigkeit) der Arbeitseingliederung, während jene des Typs A die Aus- und Fortbildung gewährleisten müssen. Eine nicht zu unterschätzende Stärke eines kreativ-erfinderischen Arbeitsmarktes!

Neben den Sozialen Genossenschaften werden auch andere Partner wie zum Beispiel Ausbildungsagenturen (‘ENAIP’) - ersichtlich aus der Tätigkeitenliste in Legende 1 - vom DSM/CSM in Anspruch genommen. Diese Inanspruchnahme erleichtern und fördern verschiedene Regional- und Staatsgesetze, denen hier leider nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Diese Partner bieten Aus- und Fortbildungskurse an, die zur Arbeitseingliederung bzw. Wiedereingliederung als notwendig erachtet werden. Sie reichen von Alphabetisierungs-, EDV-, Theater- bis Kochkursen.

Dazu kommt ein dritter Partner, der selbst Teil des DSM ist, nämlich der Dienst ‘Abilitazione e Residenze’. Dieser befindet sich in Triest auf dem ehemaligen Gelände des psychiatrischen Krankenhauses San Giovanni und ihm obliegt eine Brückenfunktion zwischen den fünf verschiedenen CSM der Stadt-Provinz Triest. Die dort Tätigen übernehmen ebenso wie die Bediensteten des CSM Koordinations-, und Supervisionsaufgaben der Partner im DSM.

Es zeigt sich jetzt schon, dass nach den Vorreformbediensteten und ihrer Arbeit der Öffnung, die eine Befreiung der Anstaltsinsassen vorsah und erfolgreich 1985 sechs Jahre nach der Gesetzesänderung zur Regelung des psychiatrischen Wohlfahrtssystems abgeschlossen wurde, primär die heutigen Bediensteten der Sozialen Genossenschaften und sekundär alle anderen Partneragenturen die Freiheitsarbeit zur Förderung der sozialen Inklusion fortsetzen. Dies geschieht, indem sie selbst Rahmenbedingungen an Hand verschiedenster Qualifikationsangebote gewährleisten, und so die Selbstständigkeit der betroffenen Menschen aufrichten. Die Arbeit der Pflegebediensteten sieht eine nicht einfache Metaebenenarbeit vor, nämlich, die Akteure in der Konfrontation mit dem Leiden zu unterstützen und zu schützen, damit auch, die Akteure, in den Genuss von formalen und informalen Rechten kommen.

So ist das hier angetroffene liberale Freiheitsverständnis im Gegensatz zum neoliberalen nachvollziehbar. Es handelt sich nicht, wie im letzteren, um eine bedingungslose Freiheit, welche Freiheit nur einigen wenigen (meist ökonomisch mächtige) erlaubt. Es handelt sich um eine juridisch festgelegte Freiheit, mit dem Zweck, über das eigene Wachsen mittels Integration (und nicht Aussonderung), und über Entwicklung von Kompetenzen das tägliche Lebens eigenständig zu bewältigen. Diese Entwicklung von Kompetenzen ist, wie in der Auslegung der Sozialen Repräsentationen von Moscovici, auch von Momenten geprägt, wo nur über Verdinglichung ein Entwicklungs- bzw. Veränderungsprozess stattfinden kann. Demnach impliziert meines Erachtens das hier angetroffene liberale Freiheitsverständnis auch die gesellschaftliche Verantwortung des Technikers, jede Situation kreativ zu gestalten, damit nicht Abspaltung stattfindet, sondern Integration.

Die Restaurationsbediensteten: „Das Essen mit dem eigenen Geld kaufen hat einen Sinn“

Will der Mensch gehen, kann man nichts machen. (Int. I., II. K.75)

Die Einstellung der Restaurationsbediensteten zur Bedeutung des am DSM viel diskutierten ‘Protagonismus’ als Voraussetzung zur Konstruktion der eigenen Freiheit ist davon gekennzeichnet, dass der Mensch die Möglichkeit bekommt:

- das eigene Leben in die Hand zu nehmen,
- die Krankheit nicht zum Hauptthema des Lebens zu machen,
- sich der Krankheit, der Dienstleistungen und des Aufholungsprozesses bewusst zu werden und
- die entwickelten Erfahrungen aus dem ‘Krankheits’ - Aufholungsprozess anwenden zu können, indem sie beispielsweise auch anderen vermittelt werden.

Sie schließen daraus, dass Protagonistsein für alle Menschen bedeutet, sich nicht den Entscheidungen der anderen anpassen zu müssen, sondern den eigenen Lebensweg auch im Dialog und in Einigungsprozessen mit anderen Menschen mitverfolgen zu können.

Um die dafür notwendigen Arbeitsstrategien menschengerecht umsetzen zu können, fordern sie die *ständige Selbstreflexion* mit dem Ziel, über die eigenen vorgefertigten Schemata hinauszutreten, weil doch die Selbstentscheidung bezüglich der Lebensführung von der Institution oft als Anzeichen von Krankheit interpretiert wird, und sie auch ein Streitpunkt unter den Bediensteten ist. Für die Restaurationsbediensteten ist die folgende Frage immer wieder zu stellen:

Wer bin ich, um entscheiden zu müssen, wie der/die Andere sein/ihr Alltagsleben (von der Wohnsituation bis hin zur eigenen Hygiene) organisieren soll?

Daher bedeutet möchten die Restaurationsbediensteten das ‘Open Door System’ unter dem Widerspruch der Privacy beachten, die soziale Kontrolle als „Umarmung“ von Menschen in der Krise sehen, weil vielleicht Menschen aus Angst vor anderen Fortbildungsangebote nicht annehmen. Die Arbeit der Pflegebediensteten liegt jedoch darin, diese Menschen für Ausbildungs- und Fortbildungskurse wie auch für Ausgänge zu gewinnen, damit sie sich mit dieser Angst konfrontieren können. Dabei sind sie sich bewusst, dass Menschen trotzdem wieder Krisen erleben, was jedoch nicht verbietet, alleine oder gemeinsam mit anderen zu leben und gewünschte Tätigkeiten zu verrichten.

Darum gilt es, jene Tätigkeiten ausfindig zu machen und anzubieten, die den Wünschen und Vorstellungen der betroffenen Menschen entsprechen. Dafür ist eine Bedürfnis/Wunschevaluation notwendig, die, wie wir gesehen haben, Beziehungsarbeit voraussetzt und Flexibilität in der Angebotsorganisation beinhaltet. So wird die Freiheit der Benutzer durch subjektorientiertes Arbeiten erreicht, was wohl nie im vollen Ausmaß erreicht sein wird:

„man müsste noch mehr zuhören und es würde nicht reichen, man müsste noch mehr Selbsterfahrungen sammeln“ (Int. H.; II.K.: 96)

Für den professionellen Arbeiter ist es darum wichtig, jene Kurse (und Arbeitsstellen) zu finden, die den jeweiligen Benutzer interessieren. Man lässt sich am besten Themen mit Bezug zur Geschichte und zu den Charakteristika der Wiedereinzugliedernden einfallen, wiegt dabei die Arbeitsmarktanforderungen ab und besichtigt gemeinsam die möglichen Arbeitsorte.

Das Verständnis von Rehabilitation zur Freiheit sieht vor, den betroffenen Menschen Werkzeuge in die Hand zu geben, mit denen sie das Leben bewältigen können. Die Restaurationsbediensteten unterstreichen die Wichtigkeit, ihr eigenes Leben nicht mit jenem der Betroffenen gleichzusetzen. Für Letztere findet Rehabilitation nach folgenden Schritten statt:

1. Sorge um sich
2. Sorge um die eigene Umwelt
3. Aneignung von Kompetenzen für den Alltag

Bei der Auswahl der Kurse sind sie der Meinung, dass neben den subjektorientierten Zielen eines Fortbildungskurses auch der generalisierbare Nutzen für den jeweiligen Leidenden berücksichtigt sein muss, wie etwa seine/ihre Aktivierung und Sozialisierung, die sich aus der Umsetzung ergibt.

Daher sehen sie als zentralen Ansatz dieser Integrationsarbeit die Konstruktion der Freiheit, den Menschen *nichts aufzuerlegen*, sondern zu versuchen, sie *miteinzubeziehen* und sie *an sich zu koppeln*. Diese Auffassung von Integration und Freiheit wird gruppenintern geteilt und verlangt bei der Durchführung ein *Insistieren (Beharren)*. Wann nun ein Beharren vertretbar ist, darüber gehen die Meinungen, auch

in anbetracht der niederen Gehälter bei den Arbeitseingliederungsprojekten, auseinander.

Im Allgemeinen sind die Restaurationsbediensteten der Meinung, dass durch die bis hierher beschriebenen Arbeitsstrategien die Ausgeschlossenheit der Menschen wohl minimiert, die Inklusion in die Gesellschaft aber nicht zur Gänze erreicht wird. Ein anderes Problem, welches von allen Interviewten für die Arbeitsintegration genannt wird, betrifft die von den Medien vorgegebene körperliche Schönheit.

Auf der Metaebene sehen die Restaurationsbediensteten aus diesem Grund die Freiheit durch den Kapitalbesitz (beispielsweise finanzielle Selbstbeteiligung bei Angeboten seitens der Dienstleistung) und die mediendefinierte körperliche Schönheit gesellschaftskritisch als eine Selbsttäuschung. Auf der Mikroebene hingegen erscheint sie als sinnvoll und erstrebenswert:

Dem Mensch muss man die Möglichkeit bieten, Geld zu besitzen, einen Stützpunkt zu haben und die Fähigkeit, sich auszudrücken, um beispielsweise, kocht jemand nicht selber, qualitativ zu gutem Essen zu kommen. (Int. H., II. K. 129) Geht der Mensch mit dem eigenen Geld in der Stadt sein Essen kaufen, hat es einen Sinn (Int. H., II. K. 65).

Andere notwendige Strategien zur sozialen Integration und Selbstentscheidung sind, wie im Abschnitt Beziehungsarbeit diskutiert, die Begleitung der Menschen in die neuen ‘Welten’ und das Bekanntmachen mit den dort Anwesenden.

Dafür ist die Erstellung eines ‘therapeutischen Projektes’ notwendig, welches die subjektive Arbeitsstrategie der *Vermittlung aller Informationen* an die Betroffenen beinhaltet. Zieht sich jemand von einem Angebot zurück, kann über plausible Begründungen eine Neu-Suche von Alternativvorschlägen angegangen werden. Angst ist für die Restaurationsbediensteten kein plausibler Grund, Keinen - Gefallen - am - Vorschlag - Finden hingegen schon. Diese Evaluation und die Evaluation darüber, wie der jeweilige Kurs läuft, wird gemeinsam mit Ausbildner und Auszubildendem durchgeführt. Will der Rehabilitant aus Angst nicht teilnehmen, um dann eventuellen Süchten (Alkohol und andere) nachzugehen, *beharrt* (insistiert) man auf der Begleitung dadurch, dass man kleine Zugeständnisse macht. Dabei ist die Vernetzung mit jenen Bezugspersonen von großer Wichtigkeit, bei denen die Betroffenen leben (zum Beispiel Familienangehörige, WG/Therapeutische Gemeinschaft-Bedienstete), um beispielsweise Uhrzeiten der Übergabe zu bestimmen. Ziel ist es, den jeweiligen Menschen bei der Veränderung seiner/ihrer Lebensrhythmen schrittweise zu begleiten.

Das *Beharren* folgt demnach

- der Einladung, ein Angebot auszuprobieren und
- dem mit Angst begründeten Teilnahmeabbruch.

Der Protagonismus, also die Haltung, für sich zu sorgen, ist aktuell auf die Auswahl der Angebote beschränkt, weil sie vom Angebot und von der Flexibilität des Marktes abhängt. Daher ist es arbeitsstrategisch umso wichtiger, die Möglichkeit der Verbalisierung der eigenen Wünsche anzubieten. Dabei ist die Passung, Bediensteter – Benutzer, wie es auch die Charta der Rechte am DSM vorsieht, von zentraler Wichtigkeit. Die Wirklichkeit ist für die Restaurationsbediensteten jene, dass sich in den meisten der Fälle Pfleger und Benutzer spontan aussuchen, mit Ausnahme bei der psychopharmakologischen Behandlung.

Die Frage der offenen/geschlossenen Türen (Open Door System) als Sinnbild der Freiheit während eines ‘Genesungsprozesses’ wird unter dem Aspekt der eigenen Privacyrechte umgesetzt. Als Beispiel nennen die Interviewten die Möglichkeit der Schließung des CSMs, des SPDC (Psychiatrische Notfallstation), der Wohngemeinschaften und der therapeutischen Gemeinschaften nachtsüber (nach außen, nicht jedoch im Inneren) und der öffentlichen Toiletten. Abhängig ist die Umsetzung von der Arbeitskultur der dort Tätigen. Verschiedene Orte des untersuchten CSM, wie das Sekretariat und die Apotheke, wurden erst kürzlich wegen Raubüberfällen abgesperrt. Die Restaurationsbediensteten akzeptieren nur für gewisse Alltagsmomente eine Abschließung der CSM/WG Küche, wegen Hygienevorkehrungen zum Beispiel. Sie erkennen die fließenden Grenzen zwischen totaler Institution und demokratisch - moderner Dienstleistung an Hand von oft lächerlich erscheinenden Dingen, wie getrennten Tellern, Gläsern, Toiletten, Besteck zwischen Bediensteten und Betroffenen.

Die Sensibilisierung der Stadtbewohner als Strategie zur gesellschaftlichen Integration führt dazu, dass immer wieder, beispielsweise von Nachbarn, Hinweise in Bezug auf das ‘störende’ Verhalten von CSM-Nutzern einlangen, die von den Bediensteten des Zentrums jedoch kritisch betrachtet werden. In diesen Momenten setzen die Restaurationsbediensteten mehr auf den (Wieder-)Aufbau von Beziehungen. Sie versuchen beispielsweise die Einstellung zu vermitteln, dass das ‘störende’ Verhalten ein Anlass im Leben des Menschen ist, um die Beziehung zu den Akteuren wieder

herzustellen. Die Reformbediensteten möchten damit der Stadtbevölkerung Verständnis für kritische Lebensereignisse vermitteln.

Das Budget für die Arbeitseingliederungsstipendien ist nicht auf das CSM aufgeteilt, sondern für das gesamte DSM vorgesehen und es kann, sofern es ausgegeben wird, ergänzt werden. Im Jahr handelt es sich um ca. 300.000 € (600 Mio. Lire). Diese Arbeitseingliederungsstipendien werden im CSM von einigen dafür zuständigen Bediensteten verwaltet. Die Untergruppen vertreten die Interessen der eigenen Betroffenen und fordern sie innerhalb der zuständigen Arbeitseingliederungsstipendien ein. Deren Vergabe wird bei der Tagesvollversammlung entschieden, abhängig von prioritären Anfragen der anderen Untergruppen. Nach dieser CSM-internen Verhandlung wird mit den Genossenschaften und den anderen Partnern ausgehandelt, welche Personen mit Stipendium aufgenommen werden. Dies hängt auch davon ab, ob die Sozialen Genossenschaften Menschen über Arbeitseingliederungsprojekte zu ihren Mitgliedern machen, sie also zu genossenschaftlichen Projekten heranziehen.

Neben der Arbeitsvermittlung als Konstruktion der Freiheit wird durch die Rehabilitationsarbeit die Voraussetzung für die Integration geschaffen. Die Rehabilitation kann, wie gesagt, am CSM selbst stattfinden, indem die Menschen an Sozialisationsaktivitäten wie Ausgängen, Ausflügen oder Ausbildungskursen am Club Zyp (vor allem für neue Benutzer der CSM) teilnehmen. Neben dem Partner auf dem Territorium hat auch die Abteilung für Rehabilitation (Abilitazione e Residenza) die Aufgabe der Organisation von Fortbildungskursen und sie soll die Beziehung zu den Sozialgenossenschaften pflegen.

Die Programmierung und Koordination der Rehaaktivitäten werden immer direkt in der Zusammenarbeit und im Kontakt mit oder direkt bei den Benutzern zu Hause durchgeführt.

Einige weitere Arbeiten, die bei der Integrationsarbeit von den Pflegebediensteten durchgeführt werden, betreffen die:

- Pflege und Verbesserung der Beziehungen zwischen DSM und den Partnergenossenschaften,
- Entscheidung, wer in die WG eintritt,

- Vermittlung der subjektiven therapeutischen Programme an die einzelnen Betroffenen, die in WGs, Sozialen Genossenschaften und therapeutischen Gemeinschaften eintreten,
- Koordination der Arbeitseingliederungsprogramme und der notwendigen Stipendien bzw. Budgets, was die Aufforderung an die CSM-Leitungsbediensteten miteinschließt, laufende Stipendien nicht weiter zu vergeben, bevor nicht ein neues therapeutisches Programm vorliegt und
- Aushandlung mit den zuständigen Genossenschaften, welche Personen als Stipendiaten aufgenommen werden können und welche nicht.

Die Voraussetzungen für die Zuteilung eines Arbeitseingliederungsstipendiums werden in der Arbeitsgruppe geteilt und folgendermassen formuliert:

- ein Empfänger verschiedener Dienstleistungen (nicht nur der Psychopharmaka) des DSM zu sein,
- von einem der Unterteams supervidiert zu werden,
- nicht in einer Krise zu sein,
- eine gewisse Zeit arbeitsfähig zu sein,
- arbeitswillig zu sein,
- die Modifikation gewisser Verhaltensweisen wie Unerzogenheit, Unverschämtheit, Aggressivität und Argwohn vornehmen zu wollen und schlußendlich
- Pünktlichkeit bei Terminen gewährleisten zu können (Int. E+A, I.).

Der positive Effekt des als notwendig erachteten Beharrens und Unterstützens wird von den Restaurationsbediensteten mit vielen Beispielen hervorgehoben, wonach sich die betroffenen Menschen nach einiger Zeit wohl befinden, wie das Zitat am Beginn dieses Abschnittes der Integrationsarbeit beweist.

Der Protagonismus der Betroffenen, als Voraussetzung für Freiheit, wird von der Institutionsleitung immer wieder bei Vorträgen versucht, bei denen Betroffene eingeladen werden von ihren Erfahrungen zu berichten. Die Restaurationsbediensteten sehen diesen Protagonismus kritisch und fast als Manipulation: Die Betroffenen sprechen nicht wirklich über ihre (kritischen) Lebensereignisse, weil sie ja von der Selbstverliebtheit der Institutionsmitglieder wissen. Aus den Fortbildungsangeboten

am Club Zyp, wo externe SprachwissenschaftlerInnen Kurse zur subjektiven Krankheitstheorie und zur Bedeutung von Protagonismus betreuen, wissen die Restaurationsbediensteten, dass Betroffene sich (in anderen Kontexten) anders beschreiben. Daraus folgern sie, dass das Berichten über die Rolle des Kranken eine Induktion des Kontextes ist. Sie glauben daher, dass man die Menschen, die von der Institution gerufen werden, um von ihren Erfahrungen zu sprechen, bezahlen müsste, damit das Darüber-Reden nicht Selbstverherrlichung der Dienstleistung wird, und damit auch die Stigmatisierung der Betroffenen verringert wird.

Weiters bemängeln sie, dass die Selbstentscheidung der Rehabilitanden beim Loslösungsprozess von der Dienstleistung auch bei Genesungen eine institutionelle und nicht eine persönliche Entscheidung ist. Sie schlagen die Unterbrechung der Beziehung vor, die den Betroffenen so vermittelt wird, dass für den Bedarfsfall weiterhin Unterstützungen angeboten werden. Diese geringfügige Entscheidungsmöglichkeit der Betroffenen entspricht auch der Wirklichkeit der Bediensteten selbst, denn konnte man früher entscheiden, ob man an einem bestimmten Ort arbeiten wollte, kann man das heute nicht mehr, da die Stelle einem einfach zugewiesen wird.

Die aufgefundene praktische Umsetzung des Protagonismus, an Heilungsprozessen selbst beteiligt zu sein, Zugang zu den Dienstleistungen zu haben, damit ein eigener Heilungsprozess und Wiedereinstieg möglich wird, und das Berichten über die eigene Erfahrung, bedeutet allerdings auch, die Krankheit und nicht eben den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Dies nun bewirkt bei den Restaurationsbediensteten den Effekt, es als Scheinheiligkeit zu erleben. In der gleichen Art und Weise erleben die Restaurationsbediensteten diese Scheinheiligkeit auf organisationaler Ebene: die Hierarchien sehen zwar Partizipation und Motivation der Bediensteten als untereinander stark verbunden, setzen diese Verbundenheit jedoch in der Wirklichkeit nicht um. Das Ergebnis ist, dass auch der Restaurationsbedienstete diese Scheinheiligkeit übernimmt und sie gegenüber den Betroffenen anwendet. Wie gesagt, interpretieren die Restaurationsbediensteten das Protagonist-Sein, nämlich Herr des eigenen Lebens zu sein, absoluter als die Leitungsbediensteten. Demnach hat sich im Laufe der Jahre zwischen den Alt- und Neubediensteten eine Diskrepanz darüber entwickelt, wie der Protagonismus für Betroffene und Bedienstete umgesetzt werden kann.

Die heutigen Schwierigkeiten sehen die Restaurationsbediensteten darin, dass die Zukunft der Reformpsychiatrie sich nicht nur auf ihrer Geschichte ausruhen darf, sondern, dass es viel mehr noch Gegenwarts- und Zukunftsbezogenheit braucht, weil

- die Arbeitseingliederung heute in Folge des schwächeren Arbeitsmarktes schwierig ist,
- die Sozialgenossenschaften weniger Vorteilsgesetze als früher haben und doch konkurrenzfähig sein müssen, wofür es wiederum qualitativere Fortbildungskurse braucht, weil die Unternehmen produktive Menschen eingliedern wollen,
- es immer Menschen geben wird, die niemals in der Lage sein werden, produktiv zu arbeiten, diese aber Fortbildungskurse im Sinne von Laboratorien brauchen, wo sinnvolle Dinge produziert werden, bei einer starken Annahme der betroffenen Menschen und
- die vorhandenen 20-30 Jahre alten Werkzeuge aktualisiert werden müssen.

Der negative Effekt durch die umgesetzte Rationalisierung in Bezug auf die Freiheitskonstruktion ist im Gegensatz zu früher vom Unterschied gekennzeichnet, dass heute ungefähre Berechnungen nicht möglich sind und Initiativen nicht so einfach organisierbar sind. Durch diese Art der Verbetrieblichung ist man mit vermehrten Verwaltungsarbeiten in Bezug auf die Erstellung und Einhaltung von Qualitätskriterien belastet: die neuen Aufgaben sehen das Bearbeiten von Budgetbögen, das Erreichen von Betriebszielen vor und brauchen noch mehr Versammlungen, um einen demokratischen Charakter beizubehalten. Früher konnte man Arbeiten übernehmen, die nicht direkt der psychiatrischen Arbeit zugeschrieben werden, wie die Öffnung gegenüber dem umgebenden Territorium als Kulturarbeit. Heute muss man neben dem Budget auch auf die Professionalisierung der verschiedenen Berufsbilder und die Kompetenzen eingehen.

Andererseits regt diese Verbetrieblichung zur Neuaufteilung der Gelder an, weil sie eine Deinstitutionalisierung von bisher klinisch verortenden Investitionen bewirkt wird. So kann man heute das Geld in Berufseingliederungsprojekte investieren, wo der Einzugliedernde von 1-2 Personen begleitet wird, während die *harten* Eingriffe, wie etwa die psychopharmakologischen Behandlungen und die Tagesstätten, abnehmen. Allgemein sehen die Restaurationsbediensteten in dieser Verbetrieblichung wenige Spareffekte.

Maurizio und seine Talente – Beispiel einer gelungenen Integrationsarbeit

Stichworte: Überzeugen, Abschätzen der Gründe, Netzwerkarbeit, Beharren, Begleiten, Unterstützen

Als Maurizio (Name geändert) in das CSM kam, sprach er nicht. Er war sehr verschlossen und wurde als problematisch eingestuft. Er nahm keine Angebote von Seiten der Bediensteten an. Man begleitete ihn in den Club Zyp, doch auch dort (wie im CSM) wollte er die Mahlzeiten nicht mit den Anwesenden zu sich nehmen. Also vereinbarte man, einen Tag zu Hause zu essen, um dann wieder in den Club zu kommen. Dann versuchte man es erneut. Nach einiger Zeit empfahl man ihm einen Fortbildungskurs als Werbegraphiker. Für den Besuch des Kurses waren verschiedene Anläufe nötig, heute ist Maurizio glücklich, die Ausbildung gemacht zu haben. Als am Club Zyp die Einschreibungen für einen Theaterkurs vorlagen, bewegte man ihn, die Probeaufnahme zu versuchen. Er selbst und die Bediensteten bemerkten, dass er für diesen künstlerischen Bereich sehr talentiert wäre. Er sollte sich einschreiben, obwohl an diesem Vormittag die Ausbildung als Werbegraphiker angesetzt war. Das Theater vermittelte man ihm als Hobby-Tätigkeit. Er schrieb sich ein, doch nach einigen Tagen sagte er, er könne diesen Kurs nicht besuchen, weil er körperlich zu schwach sei. Daraufhin fragte man ihn, ob er darüber mit der Ausbilderin gesprochen habe. Als diese wiederum feststellte, dass Maurizio nicht mehr zu den Proben erschien, fragte sie bei den Bediensteten nach diesem talentierten Jungen. Man erklärte ihr die Situation und bat sie, ihm zu erklären, dass die körperliche Stärke nicht die einzige Voraussetzung sei. Also traf sie sich wiederholt mit Maurizio und erläuterte ihm ihre Sicht. Bald vereinbarten sie, dass er nur gesprochene Teile der Aufführung übernehmen sollte. Und so kehrte er zu den Proben zurück. Nach dem Interview lud mich Frau Heidi in die Proberäume ein und ich konnte mich von den Talenten selbst überzeugen. (Postskriptum, Int. H., II.)

Die Reformbediensteten: „Ist man nicht Anderen zur Last in Form von sozialem Image und wird man etwas kontrolliert, gibt es die Freiheit verrückt zu sein“

(Int. C., I. K.: 69)

Wie das Zitat von Kapitelbeginn hervorkehrt, ist die Arbeitsideologie der Freiheit ein *Motivationalelement*. Damit heben die Reformbediensteten hervor, dass es für alle Bediensteten klar ist, keine Zwangsmaßnahmen wie Elektroschock oder Zwangsbetten benutzen zu wollen. Sie warnen davor, dass das Prinzip der Freiheit zwar aufrechterhalten bleibt, in der Praxis jedoch immer wieder verwässert wird. Dabei denken sie, wie im Abschnitt der psychopharmakologischen Arbeit behandelt wurde, an die exzessive Anwendung der chemischen Eindämmung.

Um eine Freiheit für die Differenzen zu organisieren, bot man während der Reformzeit mehr Veranstaltungen außerhalb des Arbeitsortes an als heute. Diese Begegnungen mit der Stadtwirklichkeit hatten zum Ziel, den Vorurteilen und dem Stigma entgegenzuwirken. Arbeitspsychologisch förderten sie die Deinstitutionalisierung der Beschäftigten. Heute sei die Motivation gesunken, da solche externen Veranstaltungen vom Einsatz des Einzelnen, meist Pflegebediensteten, getragen sind. Insofern erachten die Reformbediensteten die Anstrengung, aus dem CSM hinauszugehen, als eine zentrale Arbeitstrategie der Integration, damit Menschen, die eine CSM Erfahrungen haben, gleich wieder Kontakte mit der Außenwelt finden können. Diese Einstellung stimmt mit der Grundidee basaglianischen Handelns überein, welche die Sozialisierung in der Gemeinde in den Mittelpunkt stellt, damit keine Sonderwelt konstruiert wird, denn sonst

„...isst man, schläft man, betreibt man Sexualität immer mit Menschen, die psychische Schwierigkeiten haben“ (Int. D., II. K.: 146)

Die Reformbediensteten sind der Meinung, psychische Gesundheit produziert man in einem gemeinsamen Moment, in der Gemeinschaft, denn es gibt die psychische Gesundheit des Einzelnen und der Gemeinschaft. Ihrer Meinung nach beeinflusst die Gesundheit der Gemeinschaft die subjektive Gesundheit und umgekehrt. Die eigentliche Arbeit ist der Versuch, einen Pfad herzustellen, um die Person vom CSM wieder hinaus in die Gemeinschaft zu führen.

Dafür ist, so sehen es die Reformbediensteten, eine ethische Haltung nötig, die auf den ewigen Konflikt zwischen Paternalismus und Autonomie, Engagement und Exzentrizität eingeht. Dabei ist in außerordentlichen Fällen nach einem italienischen Gesetz eine gewisse Ungehorsamkeit vorgesehen (angeführt wird das Beispiel der so genannten ‘Dissobidenti’, sprich ‘Ungehorsamen’ an, welche während der letzten Jahre in Italien die WTO, die neoliberale Globalisierung, die Afghanistan- und Irakkriege, mit Strategien ziviler Ungehorsamkeit wie die Blockade von Bahngleisen in Frage stellten). Ethik praktizieren bedeutet für die Reformbediensteten,

„...die eigenen Entscheidungen offenlegen und motivieren“ (Int. D., II.K.: 198)

Zudem sprechen sie von einer Arbeitsbeziehung, die eine angemessene Verbindung zwischen Paternalismus und Autonomie anbietet, an Hand eines gerichteten und informierten Konsenses hinsichtlich des Willens des ‘Patienten’, der dahin gelenkt wird, angemessene Entscheidungen zu treffen. Diese Einstellung äußerten ebenso die Benutzer des Club Zyps während des ersten ETA - Treffens im August 2003.

Neben den Arbeitsintegrationsprojekten, die bereits am Beispiel der Restaurationsbediensteten vertieft wurden, sehen die Reformbediensteten das gemeinsame Tun mit den Betroffenen als Strategie zur Freiheitsentwicklung des anderen. Konkret nennen sie dabei das Betreiben von Sport und, wie die Restaurationsbediensteten, das gemeinsame Essen. Diese Überzeugung von der Notwendigkeit, gemeinsam Sport betreiben zu sollen, führte einige Bedienstete des CSM zur Initiative, einen Polysportverein (von der Initiative ‘Polisportiva – fuoric’ entro’ war bereits die Rede) zu gründen. Die beobachteten Effekte des Polysportvereins sehen die Reformbediensteten

- in den zurückgegangenen Einlieferungen und ambulanten Visiten von Menschen, was vom DSM als ‘hohe Priorität’ definiert wurde,
- in den deinstitutionalisierten Sozialisationsmöglichkeiten

- und dem Erleben der Alltäglichkeit, durch
- die gute gelungene Netzwerkarbeit mit Institutionen der Gemeinde.

Das gemeinsame Essen im CSM oder anderswo war nach der Öffnung des Irrenhauses ein Moment der Begegnung. Es brachte sehr viel für die Beziehung, welche ein Hauptmerkmal der Intervention ist und darauf vorbereitet, in der Gemeinschaft zu leben.

Heute sind diese Momente nur in verringertem Maße möglich, da durch den verstärkten Arbeitseinsatz außerhalb des DSM selten die gesamte Gruppe beim Essen anwesend sein kann.

Nach der Meinung der Reformbediensteten bleibt es unklar, ob die gemeinsamen Mahlzeiten der Verbetrieblichung oder/und der Professionalisierung zum Opfer fallen, da doch in anderen Zentren (CSM) gemeinsames Essen noch stattfindet.

Die Haltung zum Open Door System ist jene, dass nicht aufgepasst werden müsste, ob die Menschen die Institution verlassen, der Bedienstete sollte vielmehr der erste sein, sie hinaus zu begleiten. Doch dies ist, wie schon angesprochen, mit dem Personalschlüssel gekoppelt und aus Sicht der Reformbediensteten kein Problem professioneller Unfähigkeit der Bediensteten.

Wie wir bei den Restaurationsbediensteten nachvollziehen konnten, ist die Bezahlung DSM - externer Leistungen und der neu eingeführten Essensbons für die Reformbediensteten vergleichsweise die kleinere Schwierigkeit. Schwerwiegender ist der Effekt dieser Veränderungen, dass durch diese „Geldarbeiten“ (Int. D., I.K.: 205) Ressourcen in Form von Zeit, Verfügbarkeit und Professionalität verschwendet werden, da die Kontrolle über die Bezahlung meist die Pflege- und Leitungsbediensteten übernehmen müssen. Für die Einhebung der externen Visitenbeiträge schlagen sie daher einen teaminternen Arzt vor, der sich a priori diesem Bereich widmet. Dieses Problem betrifft jedoch nicht das DSM, sondern die Krankenhausdienste, die nationalen Bestimmungen unterliegen.

Die Rehabilitation sehen die Reformbediensteten gleich wie die Restaurationsbediensteten als notwendig, damit der betroffene Mensch wieder den Alltag in der Gemeinde bewältigen kann. Die Strategien, die sie dabei einsetzen sind

jene, die die Vorreformbediensteten seit der Öffnung der Anstalt anwenden. Es handelt sich dabei

- um die Rekonstruktion der Geschichte und der Bedürfnisse der Person,
- um eine Konfiguration der Würde (die oftmals aufgegeben wurde), indem der Mensch zur Autonomie unterstützt wird,
- beginnend bei sehr minimalistischen Praktiken wie der Hygiene und der Ernährung (zum Beispiel öfter als einmal die Woche die Kleider wechseln),
- und diese Arbeit der Rehabilitation außerhalb des CSM durchzuführen, dort wo der Mensch die Orte nahe empfindet und die Umgebung als eigene erkennt.

Voraussetzung dafür ist, dass ‘Rehabilitation’ den Sinn für den öffentlichen Besitz und die Hygiene berücksichtigt. So ist es angebracht, die Menschen dafür zu sensibilisieren die physischen Orte zu respektieren, damit sie nicht zu einem „Misthaufen“ (Int.D., II. K.: 80) werden.

Den Effekt sozialer Kontrolle glauben die Reformbediensteten zu erreichen, indem die Menschen

- für realpolitische Problematiken sensibilisiert werden,
- Selbstständigkeit und Selbst- Fremdkritik erlernen und
- ihre Originalität beibehalten.

Diese Äußerungen, die sich mit jenen Basaglias decken, machen die Reformbediensteten in Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Arbeitsintegration der Menschen. Sie beobachten, dass gegenwärtig eine Kultur des Auftretens vorherrscht:

„man muss schön und gesund sein, es zählt nicht das Sein, sondern das Auftreten, was nicht schön und gesund ist, wird ausgesondert“ (Int. M., II. K.: 20)

und sie zitieren Werbestrategien als Beispiel, die auf die Äußerlichkeit und den Körper setzen. Diese Kultur der Äußerlichkeit produziert nach Meinung der Reformbediensteten eine Masse von Menschen, die mit Oberflächlichkeiten beschäftigt ist und dadurch politisch und wirtschaftlich gelenkt sind, da sie ihre Energien für diese Aspekte des Lebens investieren und reale Schwierigkeiten nicht angehen. Diese Menschen verlernen, ihren eigenen Kopf zu benutzen, kritisch und originell zu sein, was die soziale Kontrolle verstärkt.

Die Vorreformbediensteten

Damals lag die Zufriedenheit darin, über 10 Jahre eingesperrte Menschen hinaus zu bringen. Jede Freiheitsgeste wurde von den Menschen geschätzt und mit Freude erlebt, vom Kamm bis zur Seife, vom persönlichen Handtuch bis zur Bewusstmachung der Rechte, das Wahlrecht, das Eigentumsrecht, die Rente, das Recht, nach Hause zu dürfen (Int. F., II. K.: 54)

Wie das Einleitungszitat aussagt, bestand für die Vorreformbediensteten die Aufgabe während der Öffnungsarbeiten darin, die bis dahin eingesperrten Menschen zu befreien. Anschließend wurden die Lebensgeschichten angegangen, indem man mit den Menschen Verwandte und Bekannte aufsuchte, dort abwog, welche dieser Ursprungsfamilien ihre Angehörigen wieder aufnehmen konnten und wollten. Dafür wurden Rentengelder organisiert und zur Verfügung gestellt, die oftmals der einzige Grund für die Wiederaufnahme in die Familie waren und von den Bediensteten überprüft werden mussten. Neben dieser Familienrekonstruktionsarbeit besuchten die Vorreformbediensteten ehemalige Arbeitsplätze und ehemalige Ausbildungsstätten der Betroffenen (z.B. Fabriken und Schulen) und leisteten dort Mediationsarbeit zur Reintegration. Daraus entstand die bereits beschriebene Integrationsarbeit zur Freiheitskonstruktion.

Doch mit denjenigen Menschen, denen das Jahrzehnte lange Verbleiben im psychiatrischen Krankenhaus tiefe Wunden hinterlassen hatte und - im Fachjargon - auch 'Behinderungen' entstehen ließ, musste etwas gefunden werden, was der Würde des Menschen entsprechen sollte. So wurden die Wohngemeinschaften gegründet.

Wohngemeinschaften müssen wie jedes CSM und jede psychiatrische Abteilung überschaubar sein. Die Vorreformbediensteten sprechen von maximal sechs Menschen, wobei es durchaus denkbar ist, auch verschiedene Altersklassen und Menschen mit verschiedenen Diagnosen zusammenzuführen. Die Verantwortung, dies zu ermöglichen, liegt für die Bediensteten beim dort Tätigen. Für eine erfolgreiche Arbeit zählen sie einige Leitlinien auf:

- zwischen den betroffenen Menschen Mediation und Aufklärung anbieten (Beispiel „Aufessen anderer Marmeladen“, „Rauchen anderer Zigaretten“, Körperpflege)
- soziale Normen vermitteln,
- vermitteln, dass der Betroffene Eigentümer/Mieter der Wohnung ist, indem man als Bediensteter an der Tür klingelt,
- der Betroffene hat die Hausschlüssel,
- der Bedienstete ist eine Stütze und nicht der Herr im Hause,
- Psychopharmaka werden weggeschlossen,
- sonst freier Zugang zu allen Diensten der Wohnung (Räumlichkeiten, Telefon, Tür, Fernseher, Kühlschrank usw.),
- keine Abschließung nach außen,
- keine vorgegebenen Uhrzeiten,
- keine Trennung zwischen Bediensteten und Bewohnern (gemeinsames Kochen, Essen, Urlaube, Toiletten) und schlussendlich
- die Beziehungsaufrechterhaltung gewährleisten.

Die Urlaube stellen immer schon die beste Möglichkeit dar, „die Mauern zwischen den Bediensteten und den Betroffenen einfallen zu lassen“. Die heutige Schwierigkeit, Urlaub zu machen sind

- die finanzielle Lage, davon abhängig
- die Bereitschaft der Bediensteten und
- keine Möglichkeit, „freiwillige“ Mitarbeiter einzubeziehen (versicherungsrechtlich).

Die finanziellen Kürzungen sind heute das größte Problem der WG – Arbeiten, denn die statistischen Evaluationen der Ausgaben (Kosten/Nutzen-Rechnung) der Dienstleistungsangebote führen nicht dazu, die subjektorientierte, auf die Person zu geschnittene Arbeit zu erfassen. Nebenbei hängen die Geldmittel ja mit den Produktivitätsprojekten der Menschen im Zusammenhang. Es gibt aber viele Menschen, die nichts tun, in den Augen der Vorreformbediensteten jedoch

„ihre Freiheit im Kopf“ (Int. B.)

leben.

Zur Würde der betroffenen Menschen gehört, so verstehen es die Vorreformbediensteten, dass diese nach etlichen Jahrzehnten Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus nicht in einem Altersheim sondern in der Familie sterben dürfen. Diese Einstellung spiegelt einerseits die Wirklichkeit vieler Betroffener wieder, die in der WG eine neue Familie gefunden haben und andererseits die Missstände der Altersheime in der Stadtprovinz Triest (die ich selbst bei verschiedenen Visitingängen besuchen durfte).

Die Bediensteten unterstreichen also, dass ihre Arbeit darin liegt, den Anwesenden ein neues Zuhause und eine Ersatzfamilie zu ermöglichen. Die organisationale Repräsentation der Verschiedenheit der WG-Bewohner (und eben nicht dieselben Altersklassen, Diagnosen usw.) entspringt ebenso einer kulturellen Einstellung, die aus der eigenen Biographie der Großfamilie stammt, wo die Differenzen und nicht die Uniformität Stärke beweisen.

Der eigentliche Sinn der WG ist es, das CSM von schwierigen Menschen, die nicht zu Hause bleiben können, zu entlasten, damit niemand dauernd im CSM verweilen muss. Man führt, wie oben beschrieben, mit den Betroffenen und dem CSM ein subjektiv zugeschnittenes Rehabilitationsprojekt durch. So werden die Menschen vom Zentrum in die WG und von dort direkt in die Gesellschaft integriert.

Eine Strategie, um die Freiheitsarbeit zu realisieren, sehen die Vorreformbediensteten in der Niederlegung der Rollen. So waren der frühere gesellschaftliche Kontext und die Kritik gegenüber der Professionalisierung dafür ausschlaggebend. Damals dachten die Vorreformbediensteten die Welt zum Besseren zu verändern, also auch den Betroffenen. Sie wagten den Sprung, die Rollen insofern niederzulegen, als alle überall mit anpackten, Wohnungen putzten und andere in ihrer Tätigkeit ersetzten. Heute hingegen erleben sie, wie die Jungbediensteten auf ihre jeweiligen Berufsaufgaben hinweisen und nur jene Arbeiten durchführen, die ihnen vom Berufsbild her zugewiesen sind. Dies ergibt für die Vorreformbediensteten in der Psychiatrie nicht viel Sinn, denn dadurch ist man wie ein kleiner Arzt, der ohne Kopf auf Befehle reagiert.

Die Diskussion um Professionalisierung und ganzheitliche Arbeitsübernahme ist in Triest in den letzten Jahrzehnten ein zentrales Thema mit unterschiedlichen Sichtweisen. Für die Vorreformbediensteten impliziert ganzheitliches Arbeiten jedoch

Freiheit, weil man dadurch austauschbar ist, nicht fließbandähnlich arbeitet und die Wahrnehmung auf verschiedene Reize geschult wird, was wiederum den Effekt nach sich zieht, für sehr viele Situationen forciert und somit weniger Belastungen ausgesetzt zu sein. Professionalisierung erleben sie daher als einengend für sich und folglich für den Anderen. Dies bewirkt auch die Fähigkeit, alleine arbeiten zu können, unter der Forderung, die Möglichkeit zu haben, sich bei der einwöchentlichen Versammlung mit der Großgruppe des DSM austauschen zu können.

Die ganzheitliche Arbeit ist insofern freiheitsfördernd, als dass man dadurch kaum unter einer zeitlichen Kontrolle steht, da sehr viele unvorhergesehene Einflüsse mitspielen. Arbeitspsychologisch fordert diese Organisationsform einerseits mehr heraus, da ständig neue Tätigkeitsfelder erschlossen werden und die Beschäftigten sich neue Kompetenzen aneignen müssen, andererseits steht ihnen ein bisschen mehr Zeit zur Verfügung^{vi}, was wiederum auf das eigene Wohlbefinden und somit auf das Wohlbefinden der Betroffenen zurückwirkt.

Wenn Betroffene die Wohngemeinschaft verlassen oder eine andere aufsuchen, sehen dies die Vorreformbediensteten in der nicht gelungenen Arbeit begründet. Verbleibt der Betroffene jedoch in der WG und sinkt sogar sein Bedürfnis an Begleitung, bewerten sie diese Tatsache als eine Verbesserung des Wohlbefindens.

Frau Mary das Leben geht weiter!

Frau Mary (Name geändert) hatte in ihrem Leben einige Suizidversuche gemacht und ein Jahr lang nur geschlafen, währenddessen eine 24h Begleitperson ihr dabei die Hand hielt. Nach einigen Wochen begann man in der WG die Begleitperson zu entlasten. Lange Gespräche mit Frau Mary überzeugten sie, die Begleitperson im Nebenzimmer verweilen zu lassen, damit sie auch schlafen könne. Hieraus resultierten schwierige Nächte, da Frau Mary dauernd die Begleitperson rief.

Acht Monate später hatte die Begleitperson einen finanziell besseren Job gefunden, was die Vorbereitung der Trennung und ihre Durchführung verlangte. Mary sprach inzwischen auch auf die WG-BetreuerInnen an, da man eine Beziehung aufgebaut hatte. Dies war auch wichtig, denn das Zusammenleben mit der Begleitperson in der

WG hatte auch einige Konsequenzen für die anderen Mitbewohnern, die in völliger Freiheit dort leben.

Als ein Jahr vergangen war, versuchte Frau Mary einen Suizid im Haus der WG. Es war zwar ein eindeutiger Demonstrationsakt, doch verletzte sie sich ernsthaft. Mary hatte auch die Strategie, zum Bahnhof zu spazieren und dort die WG und das CSM anzurufen, sie würde sich umbringen. Nach einigen Rettungsaktionen, wurde diese Situation mit ihrer Familie besprochen und gemeinsam ein ‘Risiko’ eingegangen. Frau Mary wurde beim nächsten Mal auf sich selbst gestellt. Als sie anrief, antwortete die Bedienstete damit, keine Zeit zu haben, weil sie in der WG alleine sei und sie solle, da sie erwachsen sei, selbst entscheiden, doch es sei besser, sie komme so schnell wie nur möglich wieder in die WG zurück. Diese halbe Stunde, die verstrich, war für die Bedienstete schrecklich. Als Frau Mary zurückkehrte, sprach die Bedienstete ihre Ängste und Sorgen offen aus. Sie sprach ihre bürgerliche und berufliche Verantwortung an, die nicht existieren würde, jedoch wie sehr sie leiden würde, hätte sich Frau Mary das Leben genommen. Heute, nach fünf Jahren, lebt Frau Mary gemeinsam mit einer Frau allein in einer Wohnung. Sie fährt in Urlaub, turnt und streitet mit anderen Menschen, besucht Theaterkurse und macht Aufführungen in ganz Italien. Einmal am Tag kommt sie in die WG, die Psychopharmaka einzunehmen, zu Mittag zu essen, während sie am Abend selbst für sich in ihrer Wohnung kocht. Frau Mary ist nach Meinung der Vorreformbediensteten Frau Beatrice nicht geheilt. Man bringt ihr immer wieder das Beispiel: „Ich leide an (...) und du wirst ebenso bis an deinen Tod mit diesem Leiden leben müssen. Wir müssen es gemeinsam unter Kontrolle halten, denn wir wissen beide, dass es diese Krankheit nicht gibt.“ Das Leben geht weiter!

- *Individuelle Begleitperson und deren Schutz nach verschiedenen Selbstmordversuchen*
- *Umgang mit Selbstmordankündigungen und Beziehungsarbeit mit den allgemein zuständigen Bediensteten der WG*

- *Programmerstellung und Zusammenarbeit mit der ernsthaft besorgten Familie und dem Zentrum CSM*
- *Neuorientierung der Person durch Miteinbeziehung und Offenlegung der eigenen Rolle, Ängste und Verantwortung*
- *Risiken eingehen*
- *Zeit und Neuorientierung: Zusammenleben in 2er WG*
- *Urlaub, Theater, Sport*
- *Offenlegung des Gesundheitsmodells und beraterische Ansätze*

Übersicht 28: Zusammenfassung der umgesetzten Arbeitsstrategien bei Frau Mary und ihren wiederholten Suizidversuchen

„Die ehemalige Mitarbeiterin“ - eine schwierige gelungene Arbeit

Eine ehemalige Mitarbeiterin wurde in die WG eines CSM geschickt, nachdem Familienschwierigkeiten zugenommen hatten und ihre Ehe mit einem Benutzer sehr schwierig geworden war. Das DSM hatte die Person frühzeitig in Rente schicken müssen, weil sie erkrankt war. In der WG weigerten sich die Bediensteten, doch die Leitung zwang sie, die ehemalige Mitarbeiterin aufzunehmen. Man dachte, die WG wäre für eine Mitarbeiterin „zu minder, zu einfach“, da die ehemalige Mitarbeiterin auch die finanziellen Möglichkeiten hatte, eine „bessere WG“ zu finden, beispielsweise auf dem Privatmarkt. Heute will diese Person von der WG nicht mehr weg, weil sie hier eine Familie gefunden hat. Aus Angst vor Einsamkeit scheut sie sich, die WG zu verlassen. Die Bediensteten sahen es zur Zeit des Interviews als ihre Aufgabe an, die Bewältigung der Einsamkeit zu leisten, damit die Betroffene die WG verlassen und ein neues Leben beginnen konnte. Sie führten folgende Schritte durch:

- für den finanziell schwachen Mann wurde eine neue Wohnung gesucht,
- mit der Herkunftsfamilie der ehemaligen Mitarbeiterin, die weit von Triest entfernt lebt, wurde sehr eng zusammengearbeitet,
- man bereitete die Trennungspapiere vor,
- man vernetzte sie mit einer zweiten Frau, um gemeinsam ihre neue Wohnung zu beziehen (eine aus Tschechien stammende Frau, die man auf der Straße in Triest kennengelernt hatte und die seit damals als Hilfsperson in den WGs arbeitet),
- man sieht sich täglich beim Mittagessen in der WG.

Exkurs 5 als Zusammenfassung der subjektiven Arbeitsstrategien: Ein Blitzbesuch im Diagnose

Cura (SPDC)

Wie man dem Bericht der Pflegebediensteten entnimmt, ist der Schwerpunkt der Reformpsychiatrie die Arbeit an der Reorganisation des gesellschaftlichen Lebens. Dies untermauert auch die Darstellung der subjektiven Arbeitsstrategien. Natürlich kann daran Kritik geübt werden, wenn man meint, es würde sich hier um gewünschte Arbeitsstrategien handeln. Dem gegenüber stehen jedoch meine jahrelangen teilnehmenden Beobachtungen, die von der Ausgangsintention gekennzeichnet waren. Die hier beschriebenen Arbeitsstrategien, sind, wie gesagt, geradezu ein Drittel der täglich verrichteten Tätigkeiten der Bediensteten und diese können den reinen Zeitaufwand bei der Durchführung der Tätigkeiten nicht berücksichtigen. Das ist mir eindeutig klar geworden, als ich 2004 eine Arbeitszeitanalyse eines gesamten Arbeitsalltages einer Pflegebediensteten durchführte. Die Analyse ergab, dass die Bedienstete insgesamt 18 Minuten Pause während ihres Turnus machte (wohlgemerkt wurde die Pflegebedienstete erst am Abend von meiner Analyse informiert).

Doch die in diesem Abschnitt zentral behandelte Intention und Strategie der Freiheitskonstruktion wurde mir endgültig klar, als ich den „Irrenhausanstaaltsrest“ (BI), nämlich die psychiatrische Notfallstelle, bei einem unangemeldeten Blitzbesuch als Externer kennenlernte. Dieser Dienst nennt sich ‘Servizio psichiatrico di diagnosi e cura’ kurz ‘SPDC’ und sorgt in vielen Teilen Italiens für Aufsehen, da es meistens ein videoüberwachter, mit schlagfesten Fenstern versehener und von elektronisch gesperrten Türen vom Rest der Welt abgeschnittener Ort ist, der per Gesetz innerhalb der öffentlichen Krankenhäuser untergebracht werden muss und eigentlich zur Erstdiagnose bezüglich der Krisen dient. Hier werden in anderen Teilen Italiens noch oft Zwangsmaßnahmen angewendet. Der Mensch dürfte laut Gesetz nicht länger als 24 Stunden dort verweilen und anschließend entweder zurück nach Hause, in eine therapeutische Gemeinschaft, eine Wohngemeinschaft gebracht werden, oder in eine mit dem DSM vertraglich gebundene Einrichtung oder in das zuständige ZPG Zentrum für psychische Gesundheit vermittelt werden.

Während des internationalen Kongresses der ‘Best practices’ (Meran, Casa Basaglia, 21.04.05) berichteten Zuständige eines psychiatrischen Dienstes Südtaliens über eine Psychiatriekarriere einer seit ihrem 15. Lebensjahr im SPDC untergebrachten Frau, die

wegen ihrer Liebschaft zu einem Mann des rivalisierenden Camorra-Clans von der eigenen Familie in die zuständige psychiatrische Notfallstation gezwungen wurde und dort dann über sieben Jahre an ein Bett gebunden war. Bei der Befreiung 2003 waren ihre Hand- und Fußgelenke wie auch ihr Hinterkopf von der langen aufgezwungenen Bettlägrigkeit in einem sehr besorgniserregenden physiologisch-medizinischen Zustand. Die Zuständigen erhielten in der Folge der Befreiung Drohungen von Seiten beider Clanmitglieder und waren gezwungen, sich und ihre Familien mit Hilfe polizeilicher Begleitung in Sicherheit zu bringen.

An diesem Beispiel ist jene Dynamik zu erkennen, die jahrzehntelang in den psychiatrischen Anstalten und Irrenhäusern realpolitisch herrschte und trotz des Basaglia Gesetzes in der psychiatrischen Notfallstation weitergeführt wurde. Hätten bereits damals die Verantwortlichen jener Dienstleistung allen Zwangsmaßnahmen eine Absage erteilt, wären sie wahrscheinlich nicht in dieses schreckliche Dilemma geraten.

Demnach ist die Entscheidung, für die Freiheit zu arbeiten, auch ein Selbstschutz gegenüber der Instrumentalisierung durch Gesellschaftsmitglieder, die mit Hilfe von Gewaltstrategien eigene Interessen anpeilen. Wie die psychiatrische Notfallstation in Triest organisiert wird, will ich nun kurz mit Hilfe der Feldtagebuchniederschriften an Hand des oben angekündigten Blitzbesuches beschreiben:

‘BLITZBESUCH im Diagnosi e Cura am 29.01.04’

‘Ich besuchte das Diagnosi e Cura um 9.15 am Morgen. Ich kam zur Rezeption der Ersten Hilfe des Allgemeinen Krankenhauses ‘Ospedale Maggiore’ im Stadtzentrum von Triest. Dort wurde mir der Weg beschrieben (den ich bereits einige Male gegangen war, jedoch nicht mehr genau in Erinnerung hatte, da er durch viele unterirdische Gänge führt), und ich kam in den langen künstlich beleuchteten Untergeschoßgang des Krankenhauses. Es dauerte einige Gehminuten, bis der Flur zu Ende war, dann musste ich einen vorbeigehenden Arzt fragen, denn kein Hinweisschild gab den weiteren Weg an. Ich musste durch eine schwere Tür, die weder abgeschlossen noch überwacht war und daran erinnerte, eigentlich eine elektronisch kontrollierbare Tür zu sein. Ich kam in einen anderen Flur, dort hing endlich neben einer Tür das Hinweisschild „ASS.1 Triestina DSM, Diagnosi e Cura“. Keine Videokamera, wie an vielen anderen Orten, war zu sehen. Ich klopfte, bekam keine Antwort und trat ein. Die Klingel seitlich des Eingangs war für die Nacht bestimmt. Ich traf gleich auf drei Menschen. Eine um die 40 Jahre junge Frau begrüßte mich und kam mir langsam entgegen, während eine zweite mit einer hellblauen Uniform bekleidet, der dritten Person lächelnd versuchte, jene Handlungen mitzuteilen, die sie gerade beim Bodenreinigen unternahm. Ich nahm an, da niemand einen weißen Kittel trug und kein Hinweisschild auf der Kleidung angab, was oder wer diese Person war, dass die mir langsamen Schrittes

entgegenkommende Frau eine Pflegerin war. Sie fragte mich, ob ich jemanden suche, ich antwortete, ja, den Leiter. Nachdem sie mir mitteilte, dass er in der Direktion des DSM anzutreffen sei, fragte ich nach einem anderen Arzt, der jedoch gerade ein Kolloquium hielt. Also entschied ich mich, wieder zu gehen. Die Frau bat mich, von der Apotheke aus nach draußen zu gehen und begleitete mich dorthin. Ich sah zwei Menschen auf einer Bank sitzen und miteinander plaudern, während in der Apotheke zwei Männer vor dem offenen Apothekenschrank diskutierten und dabei lachten. Es ging um die Therapie. Der ältere Mann, durch seine Gesprächsführung eindeutig ein Pfleger, versuchte dem Jüngeren die Effekte verschiedener Pharmaka zu erklären. Ich grüßte, zwängte mich zwischen ihnen durch und trat aus dem DC aus.

Das DC entspricht sicher keinen ästhetischen Kriterien. Es ist ein dunkler Ort ohne direktes Tageslicht, ist mit alten Möbeln ausgestattet und liegt im Keller des Krankenhauses, das der ehemalige Pferdestall des Fürstenhofes war. Die Stühle und Diwane sind mit weißen Krankenhausleintüchern überzogen, um die Möbel vor Urin und ähnlichem zu schützen. Die Mauern sind ebenso gelblich. Es gibt keinen Hinweis auf irgendeine Absperrung, ich wurde nicht einmal nach meinem Namen gefragt (vielleicht weil ich die Ärzte suchte), musste nicht warten, konnte überall Einsicht nehmen, da alle Türen offen standen und vor allem die Menschen erkannte ich an ihren Tätigkeiten und nicht an ihrer Äußerlichkeit. Das Klima war angenehm. Ich hatte auch Glück gehabt, denn aus Erzählungen verschiedener Mitarbeiter hatte ich von hektischen, anstrengenden Arbeitstagen gehört.

Als ich aus dem Krankenhaus heraustrat, war ich froh über diesen Blitzbesuch. Psychiatrische Notfallstationen anderer Städte fielen mir ein. Dort hatte ich neben den verschiedensten Überwachungstechniken auch Besucherzeiten einhalten und meine Taschen und Rucksäcke leeren müssen. Die Orte waren meist im dritten oder vierten Stock (was miteinbezieht, dass Fluchtversuche meist mit dem Tod oder mit schweren Verletzungen enden), von Kameras überwachte Zimmer, Fluren und Eingänge, mit Sicherheitsanlagen ausgestattete Krankenpflegerzimmer, von wo aus die Menschen und die Orte, innen und außen, videokontrolliert wurden, als wäre alles ein Videogame. In manchen von außen sehr modern ausgestatteten SPDC kamen die Menschen gar nicht aus den Zimmern, sondern mussten an die Wand klopfen, damit die zuständigen Bediensteten aus ihrem Videokontrollzimmer ihnen die Türen zu einem bewachten und nach außen hin geschützten Wintergarten öffneten, von wo aus sie in ein zweites Zimmer gelangten, welches als Aufenthaltszimmer galt und wo meistens auch andere Betroffene lagen. In wieder anderen Orten konnten sie zwar aus den Zimmern, mussten sich jedoch in den dunklen Gängen aufhalten, wo sie wochenweise spazieren gingen, bis sie die Erlaubnis bekamen, einige Stunden im anliegenden Krankenhauspark begleitet verweilen zu dürfen.

Hier hatte ich weder Riegel noch Alarmanlagen vorgefunden. Die Gänge sind auch hier dunkel, doch hier halten sich Menschen (mit 3 miterlebten Ausnahmen in sechs Jahren) nicht länger als 24 Stunden auf, und falls es aus organisatorischen Gründen nicht anders geht, werden die CSM Dienste so vernetzt organisiert, dass die Menschen sofort hinausbegleitet werden, um am Abend wieder dort zu übernachten, da das Wohnungsproblem in der Stadt sehr spürbar ist. Die Krankenpfleger waren nicht in einem Zimmer verschanzt, sondern waren dort, wo die Menschen sich aufhielten. Es ging wirklich um Interaktion.‘

Für mich war diese Erfahrung, die ich nach Jahren, ohne Ankündigung und ohne spezifische Rolle, machen wollte, emblematisch. Ich hatte Monate vorher mit dem Leiter des SPDC das Interview ‘Open Door System‘ geführt (was für diese Untersuchung zwar herangezogen doch nicht ausgearbeitet worden ist), wo eindeutig zum Vorschein kam, dass offene Türen ein täglich abzuwägendes Dilemma darstellen. Trotzdem sei die eigens für die Struktur vorgesehene Alarmanlage, die Videokameras, die Türen und ihre automatisierten Schließfunktionen nach den ersten Defekten nicht repariert worden, da durch die Offenheit ein Klima entsteht, bei dem der Mensch sich tatsächlich freier fühlt, und der Bedienstete mehr darauf bedacht ist, dem Schwächeren nicht mit Macht gegenüberzutreten. Dieses Gegenübertreten ließ bei mir die Hypothese entstehen, so einen höheren Arbeitsschutz zu haben, weil Aggressivität durch die ‘Fluchtmöglichkeit‘ aller umgangen werden kann.

Natürlich ist es nicht immer so leicht, wie es vielleicht scheint, denn um dieses Klima zu erarbeiten, werden die dort diensthabenden Ärzte und Pflegebediensteten nicht selten zu Zielscheiben der Gewalt. Wären die Türen geschlossen, könnte niemand der Gewalt ausweichen und der Mächtigere würde sie für sich beanspruchen. So aber ist das Ergebnis genau im Interesse der Arbeitsschutzdebatte: Die Offenheit eines Ortes und das Angebot der Freiheit unterbricht die Gewaltschleifen, reduziert die Gewalt und bietet auch die Möglichkeit der Flucht vor eventueller Gewalt, was wiederum die Arbeitssicherheit erhöht. Dies hört sich schön an, für den Alltag impliziert es jedoch auch folgende Lebensmomente:

Am 22.07.04 rief ich den Leiter des CSM an, wo ich die Untersuchung durchführte, um den letzten Termin der ‘STA-G Leitungsbediensteten‘ zu organisieren. Auf meine erste Frage, wie es ihm gehe, äußerte er sich bezüglich eines Benutzers, der seit geraumer Zeit Aggressivität bekundete. Der Leiter äußerte eine starke Müdigkeit gegenüber der Arbeitsstrategie, wonach man wohl einige Stunden am Tag, rotierend mit anderen Bediensteten aller Hierarchieebenen, Zielscheibe von Gewalt sein *müsse*, was er folgendermaßen formulierte: „Weshalb soll ich einige Stunden am Tag in das SPDC, um mich von dem schlagen zu lassen? Ist es eigentlich richtig, dass ich mich mit 50 Jahren von den Menschen schlagen lassen muss, dass man sich als menschliches Schild verwenden muss? (per farmi menare. E concepibile che a 50 anni ci si bisogna ancora far menare dalle persone, bisogna porsi come scudo umano.)“ (Zit. aus Feldtagebuch)

Diese Aussage bestätigt eine Arbeitsweise, die sehr wohl Auswirkungen auf verschiedensten Ebenen hat. Es wird hier nicht die Arbeitsweise in Frage gestellt, sondern die Frage aufgeworfen, ob man nicht nach Jahren von gewissen Arbeiten verschont bleiben könnte. Wie die Restaurationsbediensteten es ja auch verlangen, wird an diesem speziellen Beispiel deutlich, dass die Leitungsbediensteten bis ins hohe Arbeitsalter auch Tätigkeiten durchführen, die sie gern den jüngeren überlassen möchten, den direkten Kontakt mit dem Menschen. Andererseits schlagen die Reformbediensteten vor, die Leitungsebene solle bei diesen Arbeiten ausgeklammert werden, damit gerade sie die Kraft hat, die Pflegebediensteten in diesen schweren Lebenssituationen supervisorisch zu begleiten. Die heutige Generalleitung des DSM sieht die Lösung integriert. Ist man nicht direkt am täglichen Arbeitsleben konkret beteiligt, so ist es kaum möglich, die Pflegebediensteten zu supervidieren. Um die eigenen Grenzen zu bearbeiten, bedienen sich die Leiter einer Balintgruppenversammlung, die wöchentlich stattfindet und wo auch alle anderen Bediensteten formal willkommen sind; faktisch lernte ich insgesamt drei Pflegebediensteten kennen, die bei diesen Versammlungen mitwirkten und keine Leitungsfunktion innehatten. Dazu jedoch im Abschnitt der ‘subjektiven Kommunikationsqualität’.

Menschen, die in starken Krisen Aggressivität äußern, werden nicht in einer Turnhalle mit Umarmungstechniken oder in zeitlosen Zimmern behandelt, sondern haben das Recht, den gleichen Werdegang all jener zurückzulegen, die weniger aggressiv sind. Insofern werden sie nicht in anderen speziellen Orten verschanzt, sondern bleiben im realen Leben. Der Unterschied des Umganges mit Menschen in solchen Lebensmomenten liegt darin, dass die Bediensteten ständig rotieren (dafür werden alle CSM-Bediensteten miteinbezogen), damit niemand ausschließlich für diesen Menschen zuständig ist und die gesamte Wucht abbekommt.

Es geht darum, die Aggressivität rotierend aufgeteilt zu erfahren, mit dem Ziel, den Menschen schrittweise zu beruhigen. Hier findet also im Vergleich zur oben beschriebenen Untergruppenorganisation keine ganzheitliche Arbeit für den jeweiligen Menschen statt, sondern eine rotierende Arbeitsteilung auf der gesamten DSM Abteilungsebene, damit auch kein Kollege auf der Strecke bleibt. Dies steht demgegenüber, was vor allem die Vorreform- und Reformbediensteten bemängeln, nämlich bei schwierigen Arbeitsgeschichten alleine an der Front gelassen worden zu

sein (vgl. ‘subjektive Kommunikationsqualität’) und zeugt von einer Organisation des Lernens, da diese Bediensteten diese Erfahrungen während der 80iger Jahre erlebten.

Auf die Frage des Primars, ob es richtig sei „mit 50 noch an vorderster Front sein zu müssen? (con 50 anni essere ancora in prima fila alla frontiera.“ Auszug aus dem Feldtagebuch vom 27.07.04) stellte ich die Gegenfrage, woher er denn die Ressourcen dafür nehme. Ich meinerseits beantwortete die Frage mit einer bis dahin beobachteten Schlussfolgerung: die am DSM aufgefundenen Bediensteten seien zwar staatliche Angestellte, in der Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation jedoch seien sie freien Unternehmern vergleichbar, täglich zwecks Kapitalverlustes Arbeiten in Kauf nehmen zu müssen, die nicht unbedingt ihren Erwartungen angemessen sind. Von da an spreche ich von den staatlich besoldeten *SozialunternehmerInnen von Triest*, wobei diese nicht ökonomischen Profit anstreben, sondern das Recht auf Gesundheit, das allen zusteht.

Zur Gewaltdebatte, die in dieser Arbeit nicht mehr vertieft werden kann, sei auf die Publikation des Ehepaars Basaglia „Crimini di pace“ (1975, ‘Befriedungsverbrechen’) verwiesen. Hier wird deutlich, dass die Gewalt einen externalen Ursprung hat und nicht im Menschen als Verantwortung zu bearbeiten ist.

Aus dem oben behandelten Kapitel der subjektiven Arbeitsstrategien wären viele Ergebnisse zusammenzufassen. Eines davon betrifft die Aussage Basaglias, wonach Freiheit gewährleisten soviel bedeutet wie sich einengen, einsperren. Dieses Einengen und Einsperren ist mit vielen Effekten verbunden, wie es im letzten Ergebnisabschnitt des Tätigkeitserlebens nun abschließend angegangen wird. An dieser Stelle ist es möglich zu sagen, dass die Methode der Rekonstruktion der Geschichte, wie sie Basaglia den Vorreformbediensteten vermittelte, inzwischen weitergeführt wurde. Strategien sind dabei die Beziehungsarbeit und die Integrationsarbeit als Konstruktion der Freiheit mit den Facetten der Entwicklung des Bediensteten mit Hilfe organisatorischer Belange, auf die im nächsten Kapitel weiter eingegangen wird. In diesem Zusammenhang sei gesagt, dass die Triestiner seit den 60iger und 70iger Jahren die Anwendung von Psychopharmaka nie abgelehnt haben, trotz verschiedener bis heute anhaltender Versuche, ohne solche auszukommen. Wie die Antipsychiatriebewegungen in Deutschland und Italien sind sie sich bewusst, die Menge reduzieren zu müssen. Dabei sprechen sie selbst- und fremdkritisch von Verantwortung und Risikoübernahme an Hand des ‘Beharrens’ und ‘Aushaltens’. Ihr Versuch liegt darin, den Menschen mit Hilfe von Psychopharmaka aus der Krise zu

helfen, eine Beziehung zu erarbeiten und über die gesellschaftliche Integration ein Netzwerk um den Menschen zu fördern, wo viele in verschiedensten nicht institutionalisierten Momenten zum Promotor der Gesundheit werden können. Dies impliziert viele Versuche, „bei denen man fällt und einem wieder aufgeholfen werden muss“ (Int. Dell’Acqua), sowohl der Betroffenen als auch der Bediensteten. Diese Sichtweise einer therapeutischen Kontinuität verlangt verschiedene Voraussetzungen: Turnusorganisation, Subgruppen, Netzwerkarbeit innerhalb des multiprofessionellen Teams und den DSM-externen-Arbeitsgruppen, Niederlegung der eigenen Professionalität, die heute eine der stärksten Unterschiede zwischen den verschiedenen Anstellungsepochen darstellt, weniger weil die jüngeren Bediensteten ausschließlich auf ihre Professionalisierung sich stützen, als vielmehr, weil die Professionalisierung gesellschaftshistorisch zu einer Trennung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Lobbyinteressen geführt hat.

Die Befürworter der Professionalisierungskritik haben erfahren können, dass sie dadurch einen leichteren Arbeitstag haben, weil sie kaum von der Rationalisierung im neoliberalen Sinn erfasst werden, weil die zu bewältigende Vielfältigkeit der Tätigkeiten den Effekt einer Förderung mentaler Flexibilität einschließt und, wie wir im nächsten Abschnitt sehen werden, weil im Besonderen die Entwicklung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien eine von vielen Möglichkeiten ist.

Die Professionalisierung wie auch die Psychiatrisierung und Pharmakologisierung korrelieren direkt mit neoliberalen Rationalisierungsstrategien, denen auch das DSM im letzten Jahrzehnt ausgesetzt war. Sie unterstützt eher biomedizinische Ansätze, da diese rationalisierbarer sind wegen des mechanistischen Protokollverfahrens, als wäre die ‘psychische Störung’ ein völlig nachvollziehbares Ereignis, dem man mit einem bestimmten Vorgehen entgegenwirken kann. Dadurch fand die Rückkehr der ‘Bio-Macht’ nahrhaften Boden und die Sozialpsychiatrie schaffte es immer seltener, über die ideologischen Färbungen hinauszukommen. Diese Ideologie zeigte sich am Beispiel des hier unternommenen historischen Vergleichs subjektiver Arbeitsstrategien darin dass:

a) die Revolution stattgefunden hat,

- b) die Revolutionskämpfer ihr gesamtes Sein eingebracht haben (beispielsweise während der Freizeit arbeiten, was die heutigen Bediensteten kaum mehr machen würden),
- c) vertiefte ganzheitliche Arbeitsreflexionen stattfinden konnten,
- d) ein historisches Gedächtnis für ehrenvolle (wenn nicht gar ritterhafte) Handlungen entstand, welches wiederum jenen besonderen Wissenstransfer färbt, erlebte Arbeitsstrategien der jüngeren Generation mit solcher Überzeugung und gelebter Widersprüchlichkeit zu vermitteln, dass diese Generationen sie (wie hier gezeigt wurde) fast vollkommen übernehmen und dem aktuellen Gesellschaftsstand angemessen weiterentwickeln.

Daran ist zu erkennen, dass die Ideologie notwendige Voraussetzung dafür ist, festgefahrene Missstände wie Irrenanstalt und psychiatrisches Großkrankenhaus aufzuweichen, dass sie sich jedoch in der Überlieferung an unsere ‘Kinder’ abreibt, damit sie nicht umsonst war und auch die Aktualität nicht ausklammert.

So sind die meisten Bediensteten der Reformpsychiatrie auch überzeugt, dass eine Rationalisierung schon wegen der jahrzehntelangen Verschwendungen notwendig war. Dabei denken sie an jene Mitarbeiter, die die Reformgedanken bis zu ihrer Pensionierung nicht mitgetragen haben und, psychologisch interpretiert, die Arbeit als Ort der Verarbeitung ihrer eigenen Gewalterlebnisse verwenden konnten, weil die Leitungsbediensteten eine angemessene Fehlerfreundlichkeit an den Tag legen und, ausgehend von Basaglia, niemanden abweisen, sondern versuchen, alle ohne große Konsequenzen zu integrieren.

Immer in Bezug auf die bis hierher ausgearbeiteten Arbeitsstrategien brachten die subjektiven Methoden mit uniformer Übereinstimmigkeit ein Ergebnis. Alle Bediensteten jeder Anstellungsepoche sind sich darüber einig, dass das multifaktorielle Gesundheitsbild zentral ist für die Entstehung psychischer Störungen. Die Schwerpunkte schreiben sie jedoch nicht dem medizinisch-biologistischen ‘Störungsmodell’ zu, sondern konzentrieren ihre Aufmerksamkeit auf soziogenetische Widersprüche, die psychosoziale Belastungen hervorrufen. Die Restaurationsbediensteten begegnen heute der Selbstverantwortung der Einzelnen weniger ideologisierend als früher. Ebenso fordern, wie aus den Tätigkeitsanalysedebatten noch zum Vorschein kommen wird, auch die

Familienangehörigen und die Betroffenen eine verstärkte psychotherapeutische Aufmerksamkeit, die sich jedoch der Intention des DSM stellen muss, schulenübergreifend außerhalb von vorgefertigten Settings anzubieten, damit der Mensch weiterhin die ihm gebührende Freiheit genießt und nicht einzig und allein der Definitionsmacht des Therapeuten ausgesetzt ist.

Heute ist das psychiatrische Großkrankenhaus in Triest völlig abgebaut. Zwar sind sich die Bediensteten darüber im Klaren, in kleineren und nicht so offensichtlichen Alltagsmomenten Charakterzüge des Irrenhauses und deren Dynamiken zu reproduzieren, doch da sie nicht mehr in der Sonnenstadt Pinels arbeiten, sondern in der Gesellschaft, sehen sie sich im Vergleich zur Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus legitimiert, manche Schwierigkeit der Menschen mehr in internalen Kompetenzen und Verantwortungen zu orten. Diese Bedeutungszuschreibung vor allem der Reform- und Restaurationsbediensteten ist im Zusammenhang mit deren Belastung zu sehen, welche im Abschnitt (4.4) näher behandelt werden soll. Dort wird sich zeigen, dass ihre Belastung darauf gründet, sich nicht der Arbeit mit den Lebensgeschichten zufriedenstellend zuwenden zu können, wie etwa die Vorreformbediensteten es konnten, und auch nicht die Frische und das Engagement dafür verspüren. In den letzten Jahren allerdings entsteht allgemein die Hoffnung an der Wirklichkeit gesellschaftlich schwächerer und sozial ausgegrenzter Menschen etwas verändern zu können.

Auf diese Weise sind die Reformbediensteten in der schwierigsten Situation. Sie haben das Wissen und die Geschichte der Vorreformbediensteten absorbiert und es inzwischen in die neue Herausforderung impliziert. Sie sind jene, die sich am meisten mit der sozialen Wirklichkeit herumschlagen mussten, weil in den letzten Jahrzehnten wirtschaftlichen Aufschwunges die Gesellschaft auf eine breite Individualisierung zusteuerte und die Reformbediensteten zu Sozialen Repräsentationen führte, wonach jeder einzelne ebenso große internale Verantwortung gegenüber seiner/ihrer Situation hat.

Infolgedessen verlangen sie nun vermehrt psychologische und psychotherapeutische Interventionsstrategien, auf die die Leitungsbediensteten zwar mit systemischen und kognitiv-verhaltenstheoretischen Ansätzen, ohne die gesellschaftliche Wirklichkeit auszuklammern, eingehen und so den Menschen nicht im Interesse der Therapiedurchführung institutionalisieren. Mit anderen Worten werden psychologische

Beratungs- und psychotherapeutische Angebote dort umgesetzt, wo der Mensch sich gerade befindet, mit dem Effekt, vieles noch integrieren und anbieten zu müssen, damit das momentane Ziel erreicht wird, nachhaltig jedoch das höhere Ziel angepeilt wird: Die Integration in die Gesellschaft.

Dies auch unter der kritischen Sichtweise, dass die Psychoanalyse, wie von Basaglia angeführt, es auch nicht schaffte, das System zu verändern, sondern im System blieb, indem sie neue Categoriesysteme der Psychopathologie entwickelte und anbot. Dem summiert sich die betriebliche Situation. So wurde im Laufe meiner Beobachtungsjahre ein Leitungsbediensteter mit fünf Jahren befristeter Anstellung, der mit einer deklarierten psychoanalytischen Herangehensweise am untersuchten CSM tätig war, nicht mehr in seiner Anstellung bestätigt, da er es nicht schaffte, gleich viele Menschen zu betreuen wie die anderen Leitungsbediensteten. Neben gleichzeitigen Ungereimtheiten auf Teamebene gelang es ihm nicht, allen Anfragenden eine rasche Bedürfniserfüllung anzubieten. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die DSM-Bediensteten (hier im spezifischen die Leitung) die psychoanalytische Theorie ablehnen. Vielmehr gilt ihre Kritik der praktischen Umsetzung, die im Gegensatz zu ihrer Vorgehensweise, viele Bedürftige auf der Strecke lässt. Auf der Metaebene ziehen die Leitungsbediensteten die psychoanalytische Sichtweise heran, die beispielsweise im Umgang mit dem Angebot der Freiheit wieder sichtbar wird. Denn das ‘Beharren’, ‘Unterstützen’ und ‘Aufrechterhalten der Beziehung’ verlangt einen kompetenten Umgang mit Widerständen und Projektionen, was Basaglia ‘das Eingesperrtsein’ der Bediensteten nannte. Das Eingesperrtsein ist in der Sprache der Psychoanalyse als Projektionsfläche zu verstehen, zum Beispiel an den erlebten Gewalttätigkeiten der Menschen, die erst durch das Angebot der Freiheit im vollen Ausdruck zum Vorschein kommen, wie oben am Beispiel des Leitungsbediensteten im DC beschrieben wurde: Gewalt, die subtil ausgeübt wird und deren Konsequenzen ausgehalten werden müssen.

In Bezug auf die Ausarbeitung dieser ersten zentralen Ergebnisse will ich hier am Ende noch hinzufügen, wie interessant es wäre, die Selbstdarstellung der Interviewpartner vertieft zu hinterfragen. Diese weitere Reflexion der hier angewandten qualitativen Sozialwissenschaft führt mich zur Überzeugung, dass die erlebte und vermittelte Tatsache - „die Welt ein bißchen verändert zu haben“ (Int. A, B, F) der Vorreformbediensteten, und die dafür und daraus entwickelten organisationalen Konzepte (auf die im nächsten Abschnitt noch spezifischer eingegangen werden soll)

und zusätzlich die Angst des möglichen Scheiterns dieser erfolgreichen „Familie“ bzw. „Fußballmannschaft“ (organisationale Repräsentationen der Generalleitung; Feldbeobachtungen) immerhin eine gegenseitige Selbst- und Fremdkritik bewirkt, die jeden einzelnen Bediensteten wiederum zur hochqualifizierten Leitungsperson macht, die bei Machtinteressen auch entscheiden kann, die „Familie“ zu verlassen und anderswo Wissen und Überzeugungen einzubringen. Die Grenze der Miteinbeziehung „ist die Informationstransparenz in Bezug auf die Neuinvestitionen des Kapitals, welches durch die Rationalisierung frei gesetzt wird (eingespart wird)“ (Reformbedienstete) und nicht zuletzt die damit zusammenhängende, am DSM von Triest beobachtete und auch von mir selbst erlebte Kapitalverwaltung. Interessanterweise entspricht auch dies der Forderung Basaglias, da diese Grenze der Miteinbeziehung auch für die (gegenwärtigen) soziale Wirklichkeit einer repräsentativen Demokratie steht: eine hierarchische Organisation des Lebens der Bürger mit einer hoch entwickelten Transversalität.

Zusammenfassung

Dieser erste Ergebnisteil berichtete über das ‘Produkt der psychischen Gesundheit‘ und wie dieses über die ‘subjektiven Arbeitsstrategien‘ der Bediensteten am DSM erreicht wird.

Die Produktion psychischer Gesundheit, die Konstruktion psychosozialer Kompetenzen (Zygowski 1989) geschieht in Triest über die Erweiterung subjektiver Austauschmaximen mit sozialen Netzwerken und deren Mitgliedern. Für den beruflichen und auch den nichtberuflichen Alltag schließt diese Intention die Praxisverantwortung mit ein, den ökonomisch-beruflichen, politischen und menschlichen Protagonismus des Einzelnen und seiner sozialen Gruppierungen im Interesse aller zu organisieren. Dies setzt jedoch unter anderem eine primär rechtliche Fundierung der Gleichberechtigung und Teilhabe aller am System voraus, wie zum Abschluss (Kap. 5) an der Diskussion des Gesetzes 180 gezeigt werden kann. Denn „wie soll man Devianz und Marginalität sozialisieren, wenn deren konstituierende Merkmale der Entzug von Besitz und die Entmündigung sind“ (Wambach 1980, S. 348) und somit die Möglichkeit der Verhandlung subjektiver, individueller Bedürfnisse nicht einmal gegeben ist? Die vielen Errungenschaften der Demokratie, zum Beispiel die politisch-rechtliche Ausweitung der Demokratien auf menschliche Lebensorte und ihre inhaltlich-kulturelle Konkretisierung (z.B. Mitbestimmung in Unternehmen), stellen, trotz der oft noch erdrückenden Normen menschlichen Zusammenlebens, einen kollektiven Reichtum dar.

Durch die Analyse der organisationalen Repräsentationen der interviewten Pflegebediensteten wurde eine Intentionalität aller Organisationsmitglieder vorgefunden, die die Bürgerschaft der Subjekte (vgl. Ulrich 2004, S. 169 ff.) anstreben. Die am DSM ausgeführte Arbeit bezweckt, den Abstand zur Welt außerhalb der normalen Welt aufzuheben. Um nicht, wie Pinel es tat, die Utopie einer Sonnenstadt zu erzwingen, die keine Sonnenstadt ist, sondern die selbst definierte ‘normale’ Welt auch in diesen Bereich einzubeziehen.

Die Intentionalität stellt als intentionales Erlebnis in Bezug auf das Noema (sensu Husserl, zit. in Junghans 1999; verstanden nicht als das Objekt selbst, sondern als die Gesamtheit der Prädikate und der Arten und Weisen des Seins, gegeben vom Objekt)

der psychischen Gesundheit und ihrer Produktion im Zusammenhang mit der Leiblichkeit eine zentrale Rolle dar.

Neben den klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologisch-sozialpsychiatrischen Entscheidungen, die bei den Tätigkeiten der Beziehungs-, Psychopharmaka- und Integrationsarbeit diskutiert wurden, ergab sich, dass die Intention einer gesellschaftlichen Veränderung über die deinstitutionalisierte Form der Dienstleistungen im Interesse der individuellen Freiheit angepeilt wird. Dies soll erreicht werden, indem die Tätigkeiten, wie von Basaglia verlangt, zum Großteil außerhalb der Institution durchgeführt werden, dort, wo der Mensch sich gerade aufhält. In den letzten Jahren wurde diese Intention durch die Ressourcenkürzungen erschwert.

Aus den dargestellten Bereichen ergaben sich bereits arbeits- und organisationspsychologisch relevante Ergebnisse. So zeigte sich, dass der Wissenstransfer zwischen den Mitgliedern der verschiedenen Hierarchien, Anstellungsepochen und Berufsbilder hervorragend erreicht wurde. Die Unterschiede organisationaler Repräsentationen zwischen den verschiedenen Bediensteten sind minimal und betreffen die Methoden und nicht die Intention einer gesellschaftlichen Veränderung. Die Strategien des Wissenstransfers werden in zahlreichen Versammlungen ausgehandelt, wodurch auch Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten direkt im Arbeitsfeld stattfinden (ohne die üblichen Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten zu erwähnen, die auch am DSM den Bediensteten angeboten werden). Den Dienstälteren bieten diese Formen des Wissenstransfers die Möglichkeit, ihre Erfahrungen, Reflexionen und Schlussfolgerungen zu verbalisieren, was zu Lerneffekten auf allen Ebenen führt.

Dafür erwiesen sich die arbeitspsychologischen Strategien der Rotation, der teilautonomen Arbeitsgruppen und der autonomen Turnus- und Arbeitsorganisation bei der Veränderung und Festigung organisationaler Repräsentationen als eine Herausforderung, weil sie auf die Aushandlung von Konsens ausgerichtet sind und den Effekt haben, dass Beschäftigte Verantwortung für sich selbst und für die Gesellschaft übernehmen, im Sinne eines solidarischen Handelns (sensu Weber et al. 2006).

Methodisch wäre in diesem Ergebnisteil interessant gewesen, die Selbstdarstellung der Interviewten zu analysieren. Stattdessen wurde eine Sammlung von zahlreichen

Kategorien erstellt, welche nun als Perspektive für die Praktiker in diesem Arbeitsbereich angeboten wird und weiterführend theoretisch vertieft werden könnte. An Hand dieser Sammlung, die - nebenbei gesagt - nicht alle angetroffenen Kategorien der psychischen Gesundheit darstellt, wird auch eine zeitlich konsistente Weiterführung der Veränderungsstrategie nachvollziehbar.

Bezüglich der subjektiven Gesundheitsmodelle und der subjektiven Arbeitsstrategien liegt der Schwerpunkt konkret darin, dass die Pflegebediensteten in Anlehnung an ihre multifaktorielle Sichtweise der Gesundheitsentwicklung mit dem Augenmerk auf psychosoziale Hypothesen, konsequent ihre Arbeitskultur mit der der Ärzte teilen, dass sie nämlich mit den Menschen psychosoziale Beratungen durchführen (was sie, nebenbei erwähnt, durch Präsenz an den Beratungen erlernt haben).

Dieses Ergebnis, welches die Psychotherapie für dieses spezifische Arbeitsfeld von einem anderen Blickwinkel her angeht lädt ein, die wissenschaftliche Entwicklung der Therapiedurchführung neu zu überdenken und es kann vor allem für therapeutisch Tätige von Interesse sein.

Nach dieser ersten Ergebnisdarstellung folgt nun die eigentlich zentrale Ausarbeitung der Untersuchung. Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Effekte die angetroffene Organisation der Freiheitsarbeit auf alle Akteure, Bediensteten und Nutzer hat. Dafür werden zu Beginn (4.3.) die bis hierher dargestellten ‘subjektiven Arbeitsstrategien’ von den Bediensteten und Nutzer bewertet. So wird der sinnvolle Beitrag zu den beschlossenen und umgesetzten Tätigkeiten für die einzelnen AkteurInnengruppen ausgewertet und zum ersten Mal die Zufriedenheit in Bezug auf die Dienstleistungsdurchführung und –angebote erhoben. Anschließend (4.4.) gelangen wir zum zweiten Ergebnishauptteil, der sich der arbeitspsychologischen Evaluation des Tätigkeitserlebens durch Bedienstete und Nutzer zuwendet.

4.3. Evaluation der subjektiven Arbeitsstrategien durch die Bediensteten und die Nutzer

Nachdem im Abschnitt (4.2.) die subjektiven Arbeitsstrategien benannt und vertieft dargestellt worden sind, stellt sich nun die Frage, wie diese von den Tätigen selbst und von den Dienstleistungsempfängern in Hinblick auf ihren ‘sinnvollen Beitrag für den Betrieb und für den Kunden’ (Tätigkeitsbewertung (E) nach Frei & Duell, ebd.) eingeschätzt werden. Damit wird es möglich sein, jene Tätigkeiten herauszufiltern, die während der STA-G für die Bediensteten und während der ETA für die Nutzer mittels der herangezogenen Bewertungskriterien der Autoren Frei & Duell als mehr oder weniger nützlich für Betrieb und Kunden bewertet werden.

Dieser Abschnitt wird einen zusätzlichen Hinweis dafür liefern, welche Konsenseffekte im Erleben, hier der Nützlichkeit, jene Tätigkeiten haben, die am DSM durch organisationale Entscheidungen wie die Partizipation und die Autonomie entwickelt und umgesetzt wurden. Aus den Beobachtungen ging eindeutig hervor, und dies unterstreichen auch alle Akteure, dass man am DSM eine gewisse Mitentscheidungsmöglichkeit hat (vgl. Abschnitt 4.4.1.2.). Daraus ergaben sich über die Jahre aus verschiedenen Auseinandersetzungen und Entscheidungstreffen Tätigkeiten und Praktiken, die während der Tätigkeitsanalysen aufgelistet wurden und in diesem Abschnitt in Hinblick auf einen sinnvollen Beitrag evaluiert wurden. Hier nun überschneiden sich vier Sichtweisen des Erlebens, jene der Pflegebediensteten, der Leitungsbediensteten, der Betroffenen und der Familienangehörigen. Innerhalb dieser Gruppierungen befanden sich Akteure aller drei Epochen der Vorreform-, der Reform- und der Restaurationszeit. Weil die Tätigkeitsanalysen bereits die Konsensverhandlung integrieren, ist es nicht mehr notwendig (und auch nicht möglich), eine differenzierte Darstellung zwischen den Epochengruppen anzugehen.

Was hier dargestellt wird, ist das Ergebnis gruppaler Konsensverhandlung in Anwesenheit des Forschers. Um die Übersicht erstellen zu können, wurde die originale Benennung des Bewertungskriteriums als Bewertungskriterium (E) der ‘Tätigkeitsbeitragsleistung’ abgekürzt.

Bewertungskriterium für die STA-G und ETA	Pflegebedienstete	Leitungsbedienstete	Benutzer	Angehörige
(E) Tätigkeitsbeitragsleistung <i>apporto personale utile al servizio e all'utenza</i>	63%	78%	68%	58%

Übersicht 29: Darstellung der Gesamtbewertung pro Untersuchungsgruppe in Hinblick auf das Bewertungskriterium (E) Tätigkeitsbeitragsleistung

Demnach erleben die Pflegebediensteten alle Tätigkeiten, die sie durchführen, zu 65% sinnvoll als Beitrag für den Betrieb und den Benutzer, während die Leitungsbediensteten den Beitrag ihrer Tätigkeiten höher einschätzen und den Tätigkeiten eine 78% Beitragsleistung zuschreiben. Ähnlich erleben es die Betroffenen selbst, sie bewerten die Gesamtheit aller angebotenen Tätigkeiten bis zu 68% als sinnvoll und ihre Bewertung befindet sich somit zwischen dem Erleben der Pflege- und der Leitungsbediensteten. Demgegenüber bewerten die Familienangehörigen den sinnvollen Beitrag der Tätigkeiten, die ihren Verwandten angeboten werden und damit auch ihr Erleben färben, niedriger als alle anderen Gruppierungen, sie halten sich mit 58% Zufriedenheit eindeutig über einer negativen Bewertung von Sinn und Zweck.

Die Bewertung der einzelnen Tätigkeiten in Hinblick auf ihre Beitragsleistung gibt Aufschluss darüber, was die AkteurInnengruppen am Tätigkeitsangebot verändern wollen und woraus Lerneffekte gewonnen werden können. Die Bewertungen wurden in einer Verhältnisskala von 0 (absolut negativ) bis 10 (absolut positiv) angelegt und im nachhinein in Prozenten berechnet. Der hier genannte 'positive Durchschnittswert' betrifft 5 (bzw. 50%). Demnach sind Bewertungen unter 5 bzw. 50% negativ. So bewerten die Pflegebediensteten beispielsweise die Tätigkeiten 3, 14, 18, 19, 22, 27, 38 unter einem positiven Durchschnittswert. Dabei handelt es sich um die Tätigkeiten der Therapievergabe (3), der individuellen intensiven Betreuung (14), der Dienstversammlungen (18), der externen Versammlungen (19), der psychopharmakologischen Arbeit (22), der Schließung der Tür am Tag (27) und der Organisation und Begleitung des Vereinslebens (38).

Bei der Bewertung sind die tieferen Annahmen (‘basic beliefs’ nach Schein 2000) zu berücksichtigen. So bewerteten die Pflegebediensteten einerseits die Tätigkeiten (27) der Schließung der Tür am Tag und (22) die psychopharmakologische Behandlung negativ, nicht wie bei den restlichen negativ ausgefallenen Tätigkeiten in Hinblick auf ihre Durchführungsmöglichkeit, sondern in Hinblick auf die eigentliche Sinnlosigkeit. Sie bewerten also die Ausprägung der Sinnhaftigkeit als solche sinnlos für die Organisation und die Nutzer. Dazu lieferten sie auch Neugestaltungsvorschläge, auf die erst am Ende (Abschnitt 4.5.) eingegangen werden soll. Für alle anderen Tätigkeiten bezog sich die negative Bewertung weniger auf die In-Frage-Stellung des Sinns der Tätigkeit als solcher, als auf die heutigen Möglichkeiten, diese Tätigkeiten durchzuführen.

So sind für die Bediensteten zwar die Versammlungen (18; 19) wichtig, doch einmal kritisieren sie deren Häufigkeit, weil dadurch die zeitlichen Möglichkeiten reduziert werden, sich der eigentlichen praktischen Arbeit zu widmen, ein anderes Mal, wie im nächsten Abschnitt ‘subjektive Kommunikationsqualität’ näher beschrieben wird, bemängeln sie die Art und Weise, wie die Versammlungen geführt werden, sprechen aber Alternativen an.

Dasselbe trifft auf die Tätigkeiten des (38) Vereinslebens zu, auf die (14) individuelle Betreuung und die (3) Therapievergabe. Wie auch den subjektiven Arbeitsstrategien zu entnehmen ist, bemängeln sie hier nicht die Tätigkeit der Therapievergabe als solche, sondern mehr den Umstand, wie es für sie zur Zeit der Erhebung möglich ist, sie durchzuführen.

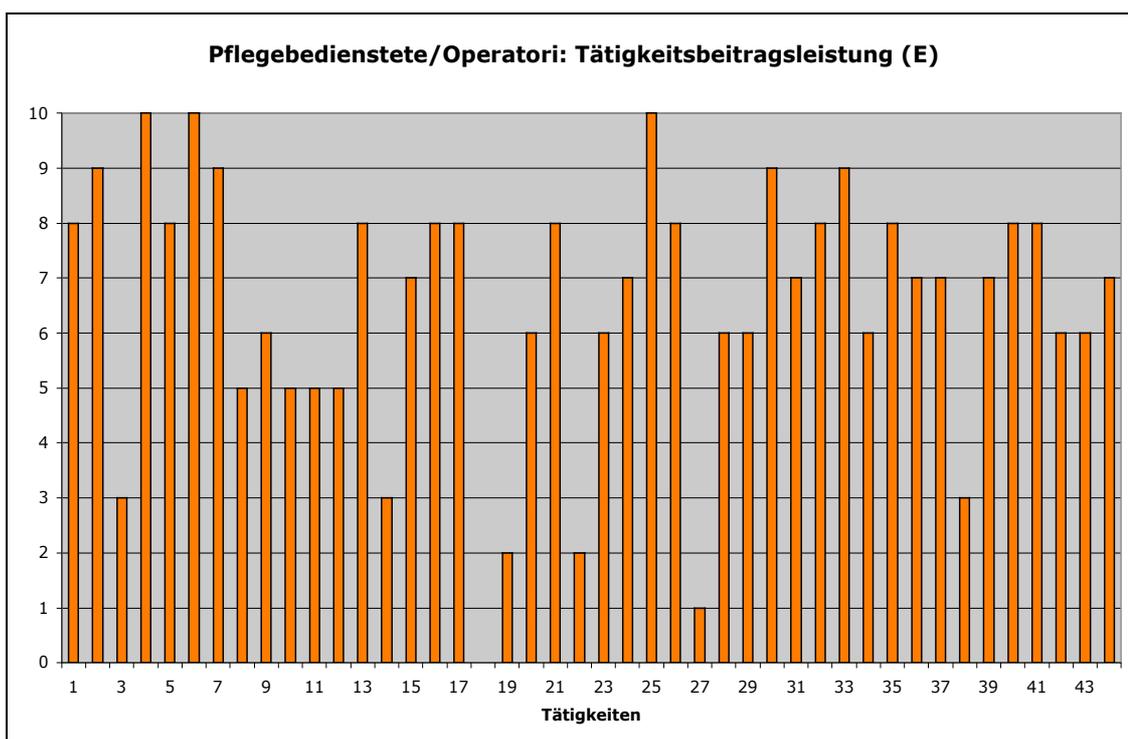


Diagramm 1: Ergebnisse der STA-G Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (E) 'sinnvoller Beitrag der Tätigkeit für Betrieb und Kunde'

Legende 1: Tätigkeitsammlung der Pflegebediensteten

1) Visite im Sprechzimmer 2) Hausbesuche 3) Therapievergabe 4) Pflege der Person/ Zentrum (Betten/Grundbetreuung) 5) Betreuung der Familienangehörigen- und der Benutzergruppen 6) Arbeitseingliederung, Überprüfung/Konfrontation zwischen Nutzern und Tutoren 7) Basispsychopädagogischer Eingriff: Waschen, Autobus, Kochen 8) Überprüfungs- und Unterstützungsgespräche: 'Therapeutisches Projekt' 9) Aktivierung anderer Dienste: Gemeinde, Sanitäre Dienste, Krankenhaus, Freiwilligenverein, Familienärzte, Öffentliche Sicherheit, Rechtsanwälte, Tierschutz 10) Autobegleitung von Benutzern und Ärzten 11) Organisation Fortbildungskurse: Benutzer/Ang./Neuangeestellten, Kochkurs, Theaterkurs 12) Außerklinische Tät.: Theater, Küche, Sport, Ausflüge, Urlaub, Feier, Kaffee, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesung der Wochen/Tageszeitung, Ausstellungen, Museen 13) Vertretung und Tutoring in Schulen und bei Aus- Fortbildungen: OSS, OTA, prof. Krankenpfleger, ausländische Gruppen, Praktikanten 14) Individuelle intensive Betreuung 15) Suche von bekannten problemreichen Personen außerhalb der Zone auf Signalisierung 16) Telefondienst 17) Aufnahme im CSM 18) Dienstversammlungen 19) Externe Versammlungen 20) Tagebuchvermerkungen 21) Zwangseinlieferung, freiwillige Einlieferung, klinische Zwangsfeststellung 22) Gestione Farmaci - Psychopharmakologische Arbeit 23) Beziehung mit psychiatrischem Dienst für Diagnose und Pflege (psychiatrische Notfall- Erstpflege) 24) Nacht/Tageskontrolle der Türen, Fenster, Sicherheit 25) Spielerische Tätigkeiten 26) Erleichterung des Benutzers/Zentrums durch Ausgang mit Pfleger 27) Schließung der Türen am Tag 28) Körperliche/chemische Eindämmung, Abraten und Beruhigung: Körper über Umarmung; Überwachung der Tür 29) Krisenbewältigung auf dem Territorium 30) Krisenbewältigung im Urlaub 31) Krisenbewältigung in Privatwohnungen 32) Krisenbewältigung im CSM/ZPG 33) Mediation zw. Bediensteten/Betroffenen/Angehörigen 34) Day Hospital 35) Blutabnahmen und Überbringung bzw. Begleitung 36) Interne - externe Fachunterstützungen 37) Unterstützung des Benutzers bei externen Einlieferungen 38) Vereinsleben 39) interne oder externe Weiterbildung 40) Pflege/Erhaltung Autos 41) Wäscherei für stationär Betroffene 42) Geldverwaltung: Renten, Beihilfen, außerordentliche Finanzierungen (Unatantum), Bezahlungen 43) Bote 44) Zusammenarbeit mit: 118 Rettung, Polizei, Feuerwehr, CSM, Stadtpolizei, Carabinieri, Finanzpolizei, Bahnhofspolizei, WWF-Tierschutz.

Durch die massive Personalkürzung fühlen sie sich nämlich bei der Therapievergabe (3) wie „Pharmakaautomaten“, wie es die Interviewpartnerinnen Elena und Anna metaphorisch beschreiben. Dieser Vergleich belegt nicht nur ihre Unzufriedenheit gegenüber der massiven pharmakologischen Behandlung (22), sondern drückt auch aus, dass bei der Therapievergabe weder Raum noch Zeit zur Verfügung steht, den

Betroffenen *menschlich*, also über einen interindividuellen Austausch, die Therapie zu verabreichen. Ebenso klagen sie in Form einer negativen Bewertung der intensiven Betreuung (14) über die nunmehr reduzierten Möglichkeiten, weil diese Betreuung, wie im anschließenden Kapitel hervorgehoben wird, alleine durchgeführt werden muss. Zusammenfassend gesagt, bewerten die Pflegebediensteten nur die Schließung der Tür (27) und die psychopharmakologische Behandlung (22) als wenig sinnvolle Tätigkeit für die Betroffenen und die Organisation, während ihnen alle anderen hier negativ resultierenden Tätigkeiten in der aktuellen Durchführung für Organisation und Betroffene als unzureichend erscheinen und daher verändert werden sollten. Dabei handelt es sich vor allem um die zwangsmäßig automatisierte Durchführung der Tätigkeiten wegen der angewandten Rationalisierungsmaßnahmen durch finanzielle Kürzungen, was sich auch in den Ergebnissen zeigt und zwar in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) der ‘Abwechslung bei den Tätigkeiten’:

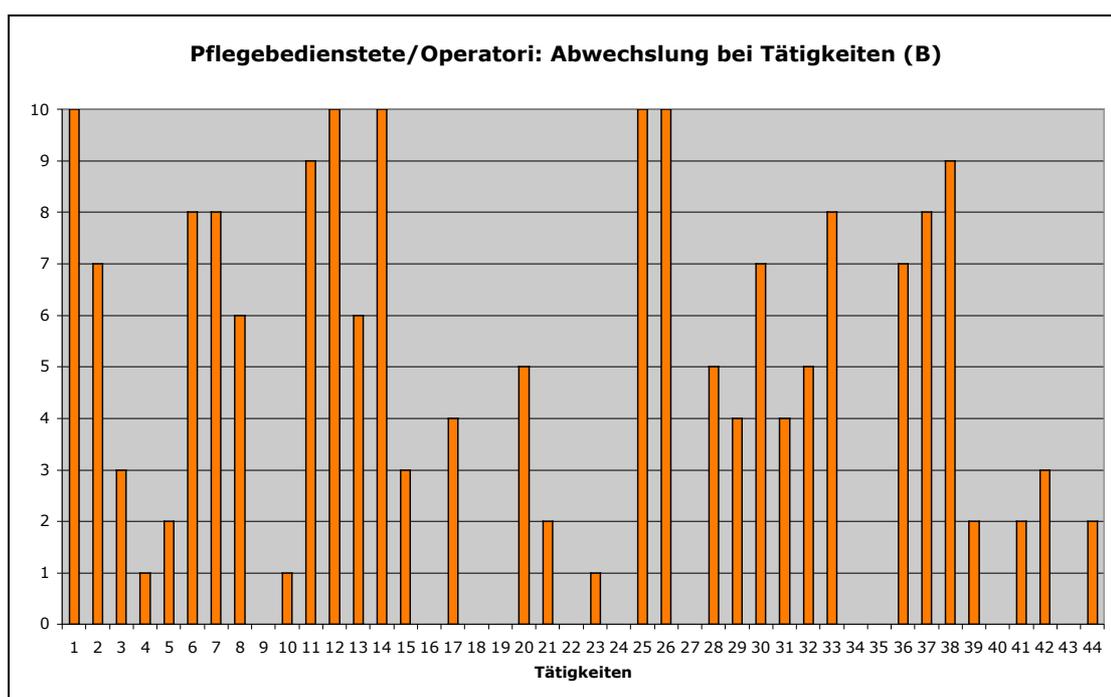


Diagramm 2: Ergebnisse der Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) ‘Abwechslung bei der Durchführung der Tätigkeiten’

Der Abbildung ist zu entnehmen, dass die Tätigkeiten der (3) Therapievergabe, (18) der Dienstversammlungen, (19) der externen Versammlungen, (22) der psychopharmakologischen Arbeit und (27) der Schließung der Tür am Tag, neben anderen (4, 5, 9, 10, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 29, 31, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44), die

erst im Abschnitt (4.4.1.4.) diskutiert werden, wie schon oben erwähnt, absolut negativ bewertet wurden. Das bedeutet, dass bei ihrer Durchführung die Bediensteten automatisierten Schemata ausgeliefert sind. Dafür scheinen (14) ‘individuelle intensive Betreuung’ und (38) ‘Organisation und Begleitung von Vereinsleben’ (und einige andere auch) als sehr abwechslungsreiche Tätigkeiten auf.

Demgegenüber steht das Erleben der Tätigkeiten einmal der Betroffenen und einmal der Familienangehörigen. Die betroffenen Nutzer des CSM bewerteten den sinnvollen Beitrag zu den erlebten Tätigkeiten für sich folgendermaßen:

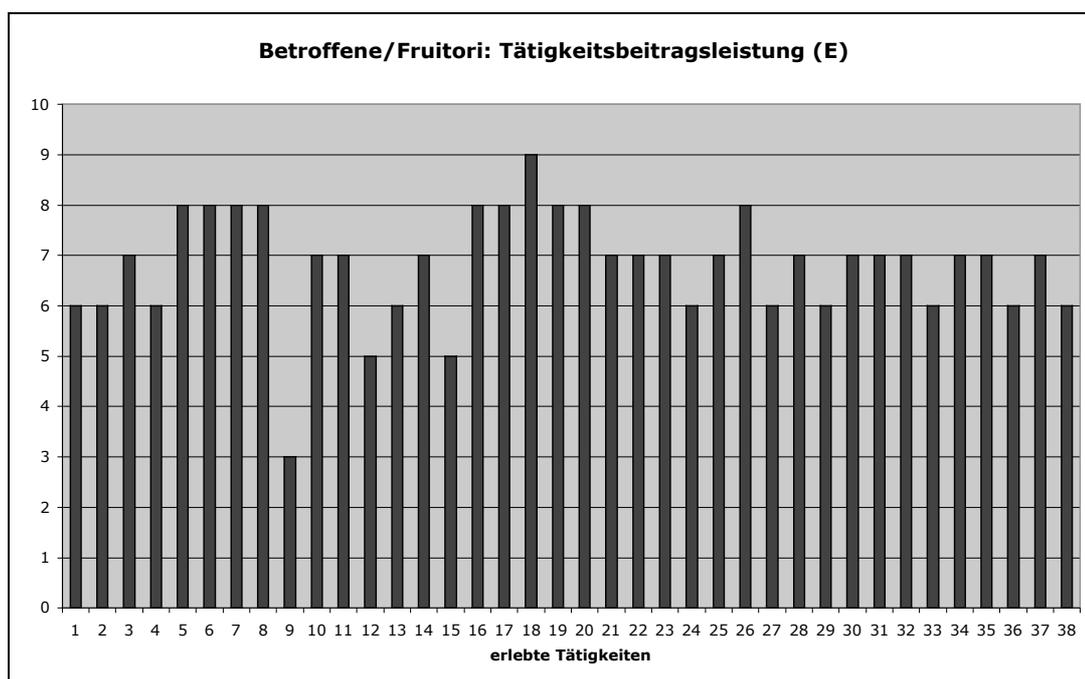


Diagramm 3: Ergebnisse der ETA Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (E) ‘sinnvoller Beitrag der erlebten Tätigkeiten für die Person’

Aus der Abbildung resultiert die Tätigkeit (9) der Ausbildungsreisen als einzige eindeutig negativ bewertete Tätigkeit in Hinblick auf den sinnvoll erlebten Beitrag für sich selbst. Für jeden nachvollziehbar ist, dass dabei nicht die Tätigkeit als solche, sondern die Kürzungen für Ausbildungsreisen angesprochen wurden, die die Vorreform- und Reformbediensteten dem sich während der Untersuchung etablierenden Rechtslager in der gesamtstaatlichen italienischen Politik zuschrieben.

Legende 2: Tätigkeitsammlung der Betroffenen

1. Terapia/Psych.Pharm.Therapie 2. Telefonate/Telefonieren 3. Borse di lavoro/Arbeitsstipendium 4. Psichiatra/Psychiater 5. Colloquio/Gespräch 6. Rapporto sociale/Soziale Beziehung 7. Gruppo poeti-elaborazione testi/Poetengruppe-Textarbeit 8. Attività ricreative/erholende Tät. 9. Viaggi formativi/Ausbildungsreisen 10. Uscite/Ausgänge 11. Possibilità di responsabilità/Möglichkeit der Verantwortungsübernahme 12. Compartecipazione/Teilnahme 13. Coinvolgimento/Miteinbeziehung 14. Aiuto in denaro/Finanzielle Hilfe (persona e strutture) 15. accompagnamenti/Begleitungen 16. Struttura Zyp/Struktur Zyp 17. Massaggi Shiatsu/Shiatsu Massage 18. Documentazione e Cultura Auto Aiuto e legge 180/Selfhelp Dokumentierung und Gesetz 180 19. Terapia alternativa/Alternativtherapien 20. Computer 21. Ginnastica/Turnen 22. Confronto con la città/Konfrontation mit Stadt 23. Conoscenza della città/Kennenlernen der Stadt 24. Valorizzare/Wertschätzung 25. Teatro del quotidiano/Theater der Alltäglichkeit 26. Corsi di Formazione/Fortbildungskurse 27. Auto Aiuto (fondi regionali)/Regionalgelder für Selfhelp 28. Psicologo/Psychologe 29. Operatore/Bediensteter N.L. 30. Volontario/Freiwillige Mitarbeiter 31. Ricovero/Hospitalisierung 32. Feste/Festlichkeiten 33. Relazioni Operatore-Fruitore servizi/Beziehung Betroffene-Bedienstete 34. Colloquio Psicoterapeutico/Psychotherap. Gespräch 35. Riduzione Stigma/Stigmareduzierung 36. Alfabetizzazione/Alphabetisierung 37. Ass.sociale/Sozialbetreuung 38. Comprensione/Verständnis.

Die psychopharmakologische Therapie (1) hingegen bewerten die Betroffenen im Unterschied zu den Pflegebediensteten positiv. Als am sinnvollsten erachten die Betroffenen

- Gespräche (5),
- soziale Beziehungen (6),
- Poetengruppen und Textverarbeitungen (kurzum ‘Kreatives Arbeiten’) (7),
- erholende Tätigkeiten (8),
- allgemein die Struktur des Clubs (kurzum ‘Vereinsleben’) (16),
- Massagen wie Shiatsu (17) und die Alternativmedizin (19),
- Selbsthilfedokumentationen und Kulturvermittlung des Gesetzes 180 (kurzum ‘Wissensvermittlungen’) (18), wie auch
- den Gebrauch von Computern (20) und
- Fortbildungskurse (26).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Betroffenen jene Tätigkeiten am höchsten bewerten, welche ihnen Wissen darüber vermitteln, wie (26, 20, 18, 7) sie ihr Leiden oder besser ihr Leben alternativ angehen können (17, 19) und zu guter Letzt Orte und Momente, in denen soziale Beziehungen entstehen (16, 8, 6, 5).

Im Großen und Ganzen sind die Betroffenen mit den Tätigkeitsangeboten zufrieden (68%). Es bestand während der Ausarbeitung der Bewertung der Trend, vor allem jene Tätigkeiten aufzulisten, mit denen die Betroffenen zufrieden sind. Diese Tatsache wäre

bei einer Gegenüberstellung aller Tätigkeiten zu berücksichtigen, was jedoch hier nicht mehr möglich ist.

Die Angehörigen, die, wie oben gezeigt, am wenigsten die Sinnhaftigkeit der Tätigkeiten erleben, bewerteten die einzelnen erlebten Tätigkeiten wie in Übersicht 29 dargestellt.

Legende 3: Tätigkeitsammlung der Angehörigen:

1. Rapporti con i familiari/Beziehungen zu den Familienangehörigen 2. Socializzazione attività di coinvolgimento/Sozialisierung und Aktivitäten der Miteinbeziehung der Benutzer 3. Propedeutico all’inserimento lavorativo attività forme diverse/Propädeutische Aktivitäten zur Arbeitseingliederung 4. Logistica/Logistik 5. Scelta/Auswahl, 6. Tempo dedicato/angebotene Zeit 7. Accompagnamenti/Begleitungen 8. Ricovero Volontario/Freiwillige Einweisung 9. Dayhospital 10. Soggiorni/Urlaubsaufenthalte 11. Contatto Rapporto crisi/Beziehungskontakt bei Krisen 12. Presa in carico/Sich annehmen 13. Opportunità Invalidità/Möglichkeit der Invalidität 14. Visite specialistiche/Spezialisierte Untersuchungen 15. TSO/Zwangseinlieferungen 16. Farmaci/Psychopharmaka 17. Tirocinanti/Praktikanten 18. Distacco come crescita-DSM ponte tra famiglia e utente/Trennung als Wachstums-prozess, DSM Brücke zwischen Familie und Betroffenen 19. Inserimento Lavorativo/Arbeits-eingliederung 20. Diagnosi e Cura/Psychiatrische Notfallstelle 21. Accoglienza/Annahme.

Negativ bewerteten die Angehörigen die Tätigkeiten der Logistik (4), der angebotenen Zeit (6), der Begleitungen (7), der Zwangseinlieferungen (15) und der Psychiatrischen Notfallstelle (20). Auch am Beispiel der Familienangehörigen ist der Unterschied in der Bewertung von idealen und momentanen Zuständen in Betracht zu ziehen. Diese Unterscheidung wurde wie bei den anderen Gruppen direkt bei der Durchführung der Tätigkeitsanalysen gemacht. Davon zeugt auch die große Anstrengung, der sich jedoch nur die Familienangehörigen unterzogen, nämlich zwischen drei Bewertungskomponenten zu unterscheiden: Wie war es früher, wie ist es heute, und ist die Tätigkeit sinnvoll (vgl. dazu Kap. 3).

Aus dieser Sicht heraus bewerten die Angehörigen die aktuellen logistischen Zustände verschiedener Orte des DSM negativ. Davon berichten auch die Pflegebediensteten. Das untersuchte CSM war nämlich in den letzten Jahren gezwungen, nur die notwendigsten Reparaturen zu unternehmen, weil eigentlich ein neues Zentrum vorgesehen war. Solche Unsicherheiten bezüglich der Logistikverwaltung der Orte haben negativen Einfluss auf den Alltag sowohl der Bediensteten als auch der Dienstleistungsempfänger. Dafür verantwortlich ist seit der Verbetrieblichung neben den politischen Vertretern der Gemeinde, Provinz, Region und des Staates, die Leitung des DSM zusammen mit der Generaldirektion des Krankenhausbetriebes. Darüber hinaus arbeitet das DSM mit der zuständigen öffentlichen Verwaltung zusammen. In der Abschlusszeit der Forschung, während dessen der politische Wechsel von Mitte-

Links zu Mitte-Rechts stattfand, standen alle Erneuerungen und anstehenden Reparaturen still. Vorher wurde mit den zur Verfügung stehenden Geldmitteln Arbeiten nach Prioritäten angegangen. So entstanden während dieser Untersuchungszeit beispielsweise das ‘Zentrum für die Frau’, es wurde ein neues ZPG in einem Außenbezirk der Stadt gebaut, während ein anderes restauriert und neu organisiert wurde. Zudem wurde in den letzten Jahren das gesamte ehemalige Areal des psychiatrischen Großkrankenhauses San Giovanni in Zusammenarbeit mit verschiedenen privaten und öffentlichen Trägerpartnern restauriert.

Weil während dieser gesamten Zeit das untersuchte ZPG trotz schwieriger struktureller Zustände am wenigsten von diesen Neuerungsarbeiten betroffen war, sehen sich die dort tätigen Bediensteten und ihre Nutzer gewissermaßen als Außenseiter.

Die negative Bewertung der psychiatrischen Notfallstelle betrifft einerseits die Logistik, andererseits stellen sich die Familienangehörigen dieselbe Frage wie die Pflegebediensteten, ob es nämlich nicht sinnvoll wäre, die nächtliche Aufnahme im ZPG wieder einzuführen. Diese Überlegung bezieht sich auf die personelle Knappheit der letzten Jahre, wo die Turnusse für alle 24h Dienstleistungen – wie eben die ZPGs und die psychiatrische Notfallstelle SPDC – so stark anstiegen, dass man sich überlegen musste, wie mit den schwindenden Mitteln die gleiche Qualität erbracht werden kann. Es bleibt die schwierige Frage, dass nämlich nächtliche Einlieferungen im ZPG einige Belastungen mehr mit sich bringen würden.

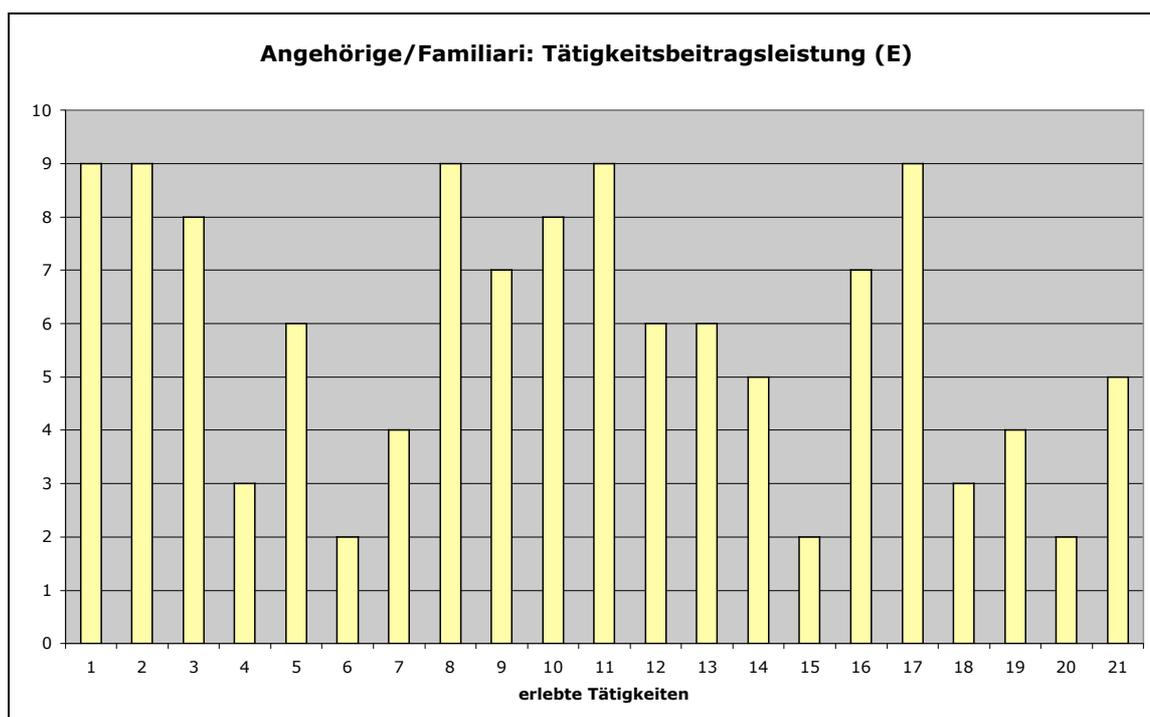


Diagramm 4: Ergebnisse der ETA Familienangehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (E) 'sinnvoller Beitrag der erlebten Tätigkeiten für die Person'

Die Tätigkeit der Zwangseinlieferung bewerteten die Familienangehörigen nicht in ihrer heutigen Durchführung sondern als potentiell sinnvollen Beitrag an sich negativ. Sie sind der Meinung, dass man sie abschaffen sollte und (genau wie die Bediensteten aller Hierarchieebenen) sich so weit rüsten sollte, dass sie nicht mehr nötig ist. Dafür wissen die Familienangehörigen sehr gut, dass genau die von ihnen kritisierte Zeitknappheit (6) auf Grund der Kürzungen von Nachteil ist, da, gerade die unter Zeitdruck geführten Verhandlungen, Konsensfindungen und Bewusstseinsbildungen die Zahl der Zwangseinlieferungen ansteigen lassen. Dies ist auch aus dem Jahresbudgetbericht von 2005 ersichtlich.

Zuletzt werden nun die Tätigkeitsbewertungen der Leitungsbediensteten angeführt. Dazu muss vorweggenommen werden, dass deren Bewertungen in allen Bereichen positiv ausfielen. Meine Meinung zu diesem Ergebnis ist, dass die vorangegangenen Tätigkeitsanalysen über die anderen drei Untersuchungsgruppen der Pflegebediensteten, der Betroffenen und der Angehörigen sie zu einer positiven Antwort verleiteten, was darauf hinweisen könnte, dass die Leitungsbediensteten die Tendenz zu positiver Selbstdarstellung haben. Ich nehme an, dass die Antworten tendenziell kaum etwas zur aktuellen Zufriedenheit über das historisch Geleistete und

bis heute Aufgebaute aussagen, als vielmehr auf die allgemeine Zufriedenheit der Leitungsbediensteten Bezug nehmen. Die zusammengefassten Tätigkeiten, die sie täglich verrichten, betrafen (Legende 4):

Legende 4: Tätigkeitensammlung der Leitungsbediensteten

1.visita domiciliare (programmata, di verifica istituzionale, in carcere, OPG)/Haus- Gefängnisbesuche 2.Visita SPDC/ Visite psichiatriche Notfallstation 3.Visita ambulatoriale (crisi, presa in carico, verifica, dispensazione farmaci costosi)/Ambulante Visite 4.Colloqui terapeutici (personali, familiari, di gruppo,...)/ Therapeutische Gespräche 5.Coinvolgimento famiglie (singole, gruppo del CSM, gruppo di auto-aiuto, corso formativo...) Miteinbeziehung Angehörige 6.Gruppi di socializzazione/ Sozialisierungsgruppen 7.Contatti ed incontro – stationäre Behandlung 11.Giudici Tutelari, Avvocati, Uffici Giudiziari,...)/ Netzwerkkontakte 8.Compilare (ricette, schede, farmaci, certificati di ricovero o malattia/ricieste TSO,...)/ Zertifikate, Formulare, Rezepte, Gutachten, Anfragen 9.Presa in carico (lavoro più centrale del CSM) Accoglienza (di segnalazione persone)/Sich annehmen (zentrale Tätigkeit des ZPG) und die Annahme der Meldungen 10.Gestione (ricoverati, ospitalità notturna, Day Hospital,...)/ Arbeit mit im ZPG Anwesenden – stationäre Behandlung 11.Inserimento, dimissioni da residenze SAR/ Eingliederung und Entlassung von Wohngruppen 12.Attività di collegamento con appartamenti del CSM/ Zusammenarbeit mit WG des ZPG 13.Attività di coordinamento e progettazione con DSM, Distretto, Servizio Sociale, Ater, altre Agenzie (es. UOBA, Consultorio Familiare, Servizio Sociale, Forum Salute, Habitat, Micro Aree, Forum Esclusione)/ Koordinierungs und Planungsakt mit Institutionen 14. Incontri integrazione sui casi con istituzioni socio-sanitarie pubbliche o private (per utenti, loro figli minori, UVD, UVG...) di rete e mediazione sociale/ Netzwerkarbeit 15.Strategie di avvicinamento a casi complicati, dropout/ Annäherungsstrategien bei dropout 16. Missioni esterne/externe Mission 17.Incontri per progetti intercentri DSM - networking (mediare con carcere, attivazione risorse esterne, stigma e famiglie, legge invalidità, tra centri per vacanze – tre CSM insieme...)/Zusammenarbeit mit Suborganisationen, Aktivierung von Ressourcen, Gefängnis usw. 18.Sostituzioni funzioni altre per mancanza del personale e turni: p.e. sostituzioni di mansione di infermiere o ass.sociale/Übernahme der Turnusse und anderer Tätigkeiten bei Personalmangel 19.Registrazione attività su (diario, cartella clinica, atti amministrativi,...)/Registrierung Aktivitäten 20. Partecipazione ricerche (decide il DSM tranne questa che ha deciso il CSM)/Beteiligung bei Forschungen (vom DSM beschlossen außer dieser, die vom CSM entschieden wurde) 21. Rapporto col personale (organizzazione, formazione, clima, dinamiche, riunioni giornaliere, riunioni dirigenti...)/Personalbeziehungen 22. Organizzazione lavoro con riferimento su (accoglienza, Habitat, progetti personali, inserimenti lavorativi, riprogrammare progetti terapeutici...)/ Arbeitsorganisation 23. Attivazione accompagnamenti e/o domiciliari, gestione denaro ed effetti personali/ Aktivierung Hausbesuche, Geldverwaltung 24. Interventi su ASS per accelerare risorse/ Ressourcenanfragen territorialer Krankenhausbetrieb

Die Bewertungsergebnisse der Leitungsbediensteten in Hinblick auf den ‘sinnvollen Beitrag für den Betrieb und den Kunden’ geben eindeutige Hinweise darüber, wie sinnvoll alle Tätigkeiten für die Gesundheitsentwicklung sind.

Die ‘Haus- und Gefängnisbesuche’ (1), die ‘therapeutischen Gespräche’ (4), die ‘Einbeziehung der Angehörigen’ (5), die ‘Sozialisierungsgruppen’ (6) und das ‘Sich Annehmen (presa in carico) der Person im Gesamten’ (9) sind von den Leitungsbediensteten als am sinnvollsten bewertet worden, während die ‘Schreibarbeit der Gutachten, der Rezepte, der Formulare, der Anfragen, der Zertifikate’ (8) und die ‘Ressourcenanfragen am eigenen Gesundheitsbetrieb’ (24) am geringsten als Beitrag für die Organisation und die Nutzer bewertet wurden. Wohlgermerkt wurde die Tätigkeit (24) in Hinblick auf die während der Erhebung (2004 – 2005) stattgefundenen politischen Veränderung der Leitung des Gesundheitsbetriebes bewertet. Dieses Erleben deckt sich mit den unterschiedlichen Beobachtungs- und Interviewäußerungen der Vorreform-, Reform- und Restaurationsbediensteten, die wegen des Leitungswechsels auf Grund der gesamtstaatlichen Wahlen in Italien von 2001, die Erhöhung der Bürokratisierung anprangern. Diese Äußerungen lassen sich

durch Beobachtungen darüber bestätigen, wie beispielsweise die vorherige Generaldirektion den Kontakt mit der Basis pflegte oder wie die hierarchischen Verwaltungsgänge durch die Anwendung eines Open Door Systems etwa erleichtert wurden. Beispiel dafür war die konkrete Praxis der Generalleitung, die Basis (und die Bevölkerung) einerseits für das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen öffentlich zu motivieren (Zeitungen, betriebsinterne Zeitung, bei öffentlichen Vorträgen usw.) und diese auch durch Anbringen von Postkästen an verschiedenen Orten zu konkretisieren. Andererseits war es durch die Open-Door-System-Strategie nicht notwendig, Termine über Sekretariatspersonen zu verhandeln. Stattdessen stand die Tür der Leitung immer für alle offen ausgenommen bei Versammlungen.

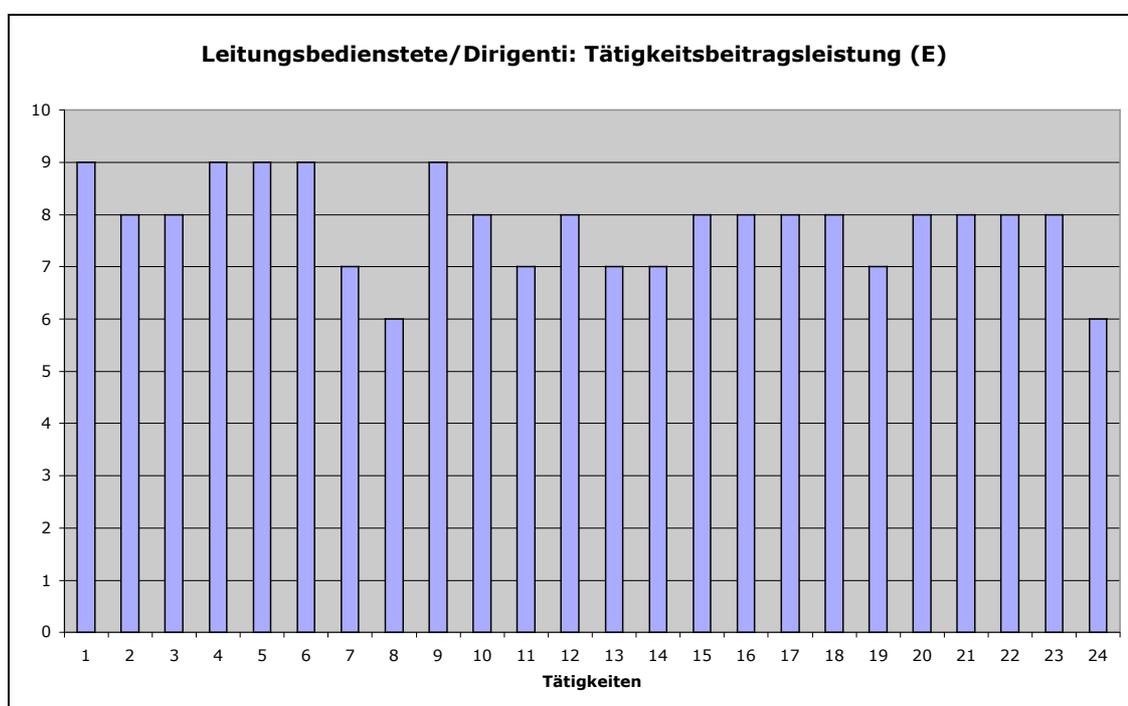


Diagramm 5: Ergebnisse der STA-G Leitungsbedienstete in Hinblick auf das Bewertungskriterium (E) 'sinnvoller Beitrag der Tätigkeit für Betrieb und Kunde'

Zusammenfassung

Es kann gesagt werden, dass alle befragten Gruppen der Leitungsbediensteten, der Pflegebediensteten, der Betroffenen und Angehörigen das Tätigkeitsangebot zur Entwicklung und Entfaltung psychischer Gesundheit als ‘sinnvoll für den Konsumenten und den Betrieb’ erachten. Dabei zeigten sich die Leitungsbediensteten am zufriedensten vor den Nutzern, den Pflegebediensteten und den Familienangehörigen. Bei der Interpretation der Betroffenenenergebnisse komme ich nicht umhin, eine latente resignative Zufriedenheit mit heranzuziehen, die sich wohl aus dem Abhängigkeitsverhältnis ergibt, in einer Krisensituation Ansprechpartner zu haben. Eine solche Annahme ließ sich während meiner Anwesenheit bei den ETA Arbeiten nicht konstatieren. Dort wies die Tendenz vornehmlich dahin, jene Tätigkeiten aufzuzählen, die die Betroffenen für sinnvoll hielten, jene aber, die zu verändern wären, nicht zu benennen. Nur die Bewertung der für die Betroffenen wichtigen Möglichkeit der Ausbildungsreisen, welche durch die Kürzungen für extraklinische Tätigkeiten beeinträchtigt wurden, fiel negativ aus.

Der Ansatz der Leitungsbediensteten war, im Unterschied zu den Familienangehörigen und Pflegebediensteten, die Tätigkeiten weniger in Hinblick auf die aktuelle Situation zu bewerten, als vielmehr den ideologischen Charakter der Entwicklung und Entfaltung psychischer Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Bewerteten die Pflegebediensteten die psychopharmakologische Behandlung und die Schließung der Tür am Tag als wenig sinnvolle und daher als zu streichende Tätigkeiten, sind die Familienangehörigen für die Abschaffung der Zwangseinlieferung. Beide Gruppierungen hoben Tätigkeiten wie die Therapievergabe, die individuelle Betreuung und die Organisation von Vereinsaktivitäten nicht nur in ihrem idealen Wert als wenig sinnvoll hervor, sondern beklagten die aktuell geminderte Durchführungsmöglichkeit - wegen der zur Zeit der Untersuchung knappen Ressourcen. Die Ressourcenkürzungen limitieren die Aneignung notwendiger Kompetenzen und Möglichkeiten und erschweren die Ausführung der als sinnvoll erachteten Tätigkeiten oder verunmöglichen sie sogar. Zusätzlich wurden die Ergebnisse des Bewertungskriteriums ‘Abwechslung bei den Tätigkeiten’ (B) der STA-G Analyse mit den Pflegebediensteten hinzugezogen, die auf eine erhöhte Monotonie

bei der Durchführung dieser Tätigkeiten als Folge der Ressourcenkürzungen hinweisen.

Alle anderen im Laufe der Jahrzehnte erdachten und erprobten Tätigkeiten werden von den vier AkteurInnengruppen für sinnvoll gehalten und im Rahmen der psychischen Gesundheit erfolgreich umgesetzt.

Nachdem in diesem Kapitel (4.3.) das Erleben der subjektiven Arbeitsstrategien durch das erstmalige Heranziehen der Ergebnisse der Tätigkeitsanalysen STA-G für die Bedienstetengruppe und der ETA für die Nutzergruppe mit Hilfe des Bewertungskriteriums (E) der ‘sinnvollen Tätigkeitsbeitragsleistung’ besprochen wurde, werden im nächsten Kapitel (4.4) das subjektive Tätigkeitserleben der Bediensteten weiter besprochen, um abschließend die Neugestaltungsvorschläge (4.5) anzugehen. Dabei gibt uns Basaglia einen interessanten und bereits angesprochenen Ausgangsinput vor.

4.4. Basaglia und das heutige subjektive Tätigkeitserleben der Pflege- und Leitungsbediensteten, der Betroffenen und der Angehörigen

Franco Basaglia, Hauptinitiator der psychiatrischen Reformbewegung in Italien und damaliger Direktor in Triest, wusste, dass die Bediensteten unweigerlich die Folgen ihrer demokratischen und humanen Arbeit als „Eingesperrt Sein“^{vii} erleben würden. Goffman, Foucault und auch Basaglia zeigten auf eindrucksvolle Weise, dass das „Einsperren“ von Menschen auch andere belastet.

Nachdem bisher vor allem die Arbeit um das „Befreien“ der Nutzer seitens der Bediensteten untersucht wurde und diese durch die Ressourcenkürzungen unter einen Zeitdruck gerieten stellt sich nun die arbeits- und organisationspsychologische Frage, in welchem Zusammenhang die Tätigkeiten mit dem Erleben der Bediensteten stehen, auch mit dem Vorwissen, dass alle interviewten Bediensteten die Öffnung der

psychiatrischen Krankenhäuser durch Basaglia und seine Gefolgschaft als Befreiung sowohl der Insassen als auch der Wärter erlebten. Demnach handelt es sich um ein Erleben, welches sich zwischen Eingesperrt-Sein und Sich-Befreien befindet.

Es stellt sich nun die letzte Frage, wie sich die Durchführung der genannten Tätigkeiten konkret auf das Erleben der Bediensteten niederschlägt, sowohl im Moment der Durchführung als auch in der Nachhaltigkeit der Effekte. Für die Bewertung der Effekte der Tätigkeiten auf das Erleben zog ich, wie bereits im Kap. 2 und 3 diskutiert, das dafür erweiterte Anforderungs- und Belastungskonzept (Abb. 5) von Oesterreich/Volpert (1999) heran. Auf diesem Hintergrund werden im letzten Ergebnisabschnitt die arbeits- und organisationspsychologischen Fragen der Kommunikations- und Kooperationsanforderungen am Beispiel der ‘Kommunikationsqualität’ (4.4.1.1.) und der ‘Ressourcenanreicherung durch institutionelle Rahmenbedingungen’ (4.4.1.4.) besprochen. In diesem Abschnitt werden zudem die Qualifikationsanforderungen und deren Erschwernisse, wie auch das Monotonieerleben durch die Tätigkeiten diskutiert, während die Entscheidungsanforderungen an Hand der Phänomene der ‘Führung’ (4.4.1.2.) und der ‘Macht’ (4.4.1.3.) untersucht werden.

Wurden für die ‘Kommunikationsqualitäten’ und das Phänomen der ‘Macht’ die inhaltlichen Strukturierungen der Interviews und die Beobachtungsdaten herangezogen, so ließen sich die Phänomene der ‘Führung’ wie auch der ‘Ressourcenanreicherungen’ aus bestimmten Bewertungskriterien der Tätigkeitsanalysen gemeinsam mit Beobachtungsergebnissen erschließen.

So wurden für das Führungsphänomen das Analysekriterium ‘Entscheidungsmöglichkeiten’ (Kriterium A) evaluiert, während für das Phänomen der ‘Respektierung und gegenseitigen Unterstützung’ die Bewertungskriterien (B, C, F und D) der Tätigkeitsanalysen diskutiert wurden. Das Kriterium (D) gibt für das belastungsimmanente Phänomen der ‘Ressourcenanreicherung’ interessante Hinweise in Bezug auf die Kooperationseffekte durch die Tätigkeiten, während das im letzten Kapitel kurz herangezogene Kriterium (B) des ‘Abwechslungs’ - Erlebens (Monotonieerleben) in Bezug auf den Abwechslungsreichtum durch die Tätigkeiten zum zweiten Mal relevant wird. Für die Evaluation der ‘Ressourcenanreicherung’ in Hinblick auf die Qualifikationserschwerungen bzw. -anforderungen wurden einerseits das Bewertungskriterium der ‘Möglichkeiten durch die Tätigkeiten dazuzulernen’

(oder Qualifikationsmöglichkeiten genannt, Kriterium C) und andererseits jenes der ‘Positiven Zukunftsaussicht’ (Kriterium F) herangezogen.

Bei jedem dieser Phänomene wurde das Tätigkeitserleben der Bediensteten jenem der Nutzergruppen und den Ergebnissen gegenübergestellt, respektive den Bewertungskriterien aus der durchgeführten ETA - Erlebte Tätigkeitsanalyse.

Die subjektiv erlebte Kommunikationsqualität (4.4.1.1.) stellte den Ausgangspunkt dar, weil dadurch, neben weiterführenden Qualifikationsanforderungen auch der zeitliche Druck sowie der Zusatzaufwand der Praktiker in der ‘Mitteilung von Freiheit’ (freie Entscheidungsmöglichkeit für die ‘Sorge um Sich’; genaueres dazu Abschnitt 4.4.1.1.) zentral ausgearbeitet werden konnten, was einem belastungsimmanenten Kriterium entspricht. Auf Grund der hier stattgefundenen Analyse aller tätigen Pflegebediensteten des untersuchten CSM auf Basis der Beobachtungen und der Interviewbefragung, ergaben sich einige der in diesem Bereich notwendigen subjektiven Fähigkeiten, wie beispielsweise die Sorge um Sich (die aus zeitlichen Gründen nicht theoretisch ausgearbeitet werden konnte). Für die Interviewdaten wurde die inhaltliche Strukturierung wie im vorigen Abschnitt typisiert. Aus zeitlichen Gründen kann zum Verständnis ‘nur’ auf die kursiv unterstrichenen Textteile der inhaltlichen Strukturierungen aller Interviewten hingewiesen werden, die sich für alle Interviews in der Anlage unter dem Dateinamen ‘Inhaltliche Strukturierungen’ befinden.

Das Heranziehen beider STA-G und beider ETA - Analysen erlaubte es, Führungserleben (4.4.1.2.) auf allen Ebenen darzustellen. Durch das Erleben der Führung wird beispielsweise die Kultur eines fehlerfreundlichen Systems untersucht, was meiner Meinung nach für diesen spezifischen, hochkomplexen Bereich sehr zentral ist, da es sich hier, ausgehend von der Bedeutungszuschreibung, hauptsächlich um den Umgang mit gesellschaftlichen Normen handelt. Es war möglich, den Blick sogar auf das Führungsverhalten der höchsten institutionellen Leitungsebene nachzuskizzieren, die heute von den Pionieren der Basagliamitarbeiter besetzt ist. Die Gegenüberstellung der Bedienstetenergebnisse mit den Ergebnissen der Nutzergruppen auf Grund der STA-G und ETA Analyse in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) ‘Entscheidungsmöglichkeiten’ erlaubte es, den vorherrschenden organisationalen Partizipationsgrad und dessen Grenzen bei beiden Gruppierungen von Bediensteten und Nutzern integrierend zu analysieren. Somit wurde die Miteinbeziehung der Bediensteten- und Nutzergruppen bei Entscheidungen hinterfragt. Mithilfe dieser

Methodenkombination analysierte ich also das Verständnis und das Erleben der ‘Führung’ am vorgefundenen Erleben des Entscheidungsspielraumes für zeit- und strukturbezogene Entscheidungen. Wie sich nun die Führung auf das Erleben der Nutzer auswirkt, war insofern wichtig, als in Anbetracht des vorherrschenden Bedienstetenbewusstsein in einer hierarchisch - pyramidalen Organisation, wie sie auch das DSM ist, das implizite Risiko darin liegt, die Nutzer in die unterste Ebene zu zwängen, auf der das ganze ‘Gewicht’ der Pyramide lastet – unter dem Siegel der Institutionalisierung. Somit stellen die Nutzer weiterhin die Systemschwachen dar. Sie können, so die Überzeugung der DSM Leitung, nur mit Hilfe einer transversalen Hierarchie deinstitutionalisiert werden. Es ist klar, dass das Konstrukt der Führung auch in den Interviews weiter vertieft wurde, doch für diese weitergehende Auswertung reichten die Forschungsressourcen nicht aus.

Die Untersuchung der Führung an Hand des Merkmals des Entscheidungsspielraumes stand mit dem zu untersuchenden Phänomen der ‘Macht’ (4.4.1.3.) am DSM und insbesondere am untersuchten CSM in engem Zusammenhang. Für die Untersuchung des Phänomens der ‘Macht’ ging ich alle Interviews und ihre inhaltliche Strukturierung durch, um daraus Ergebnisse zu den ‘komplexen Entscheidungsprozessen’ zu filtern. Die dafür herangezogenen Fundstellen sind in den inhaltlichen Strukturierungen **blaugrün** markiert ^{viii}. Methodisch sei zudem daran erinnert, dass die Durchsicht der inhaltlichen Strukturierungen alle Interviews betraf, was jedoch nicht impliziert, alle Interviews als aussagekräftig für die Ergebnisdarstellung heranzuziehen. Welche Interviews aussagekräftige Fundstellen vorwiesen, ist in der Übersicht 12 (Kap. 3) ‘Überblick der Analysefestlegung des ausgewerteten Materials und dessen inhaltsanalytischen Analyseeinheiten’ ersichtlich. Für die hier durchgeführte Interviewanalyse suchte ich in den inhaltlichen Strukturierungen sowohl nach dem Begriff der Macht als auch nach ganzen und themenspezifischen aussagekräftigen Sätzen.

Das Phänomen der ‘Ressourcenanreicherungen durch institutionelle Rahmenbedingungen’ (4.4.1.4.) wurde erstens am Beispiel der ‘Abwechslung bei der Tätigkeit’ (4.4.1.4.1.) untersucht, um das Ausmaß monotoner Bedingungen zu erschließen, zweitens am Beispiel der ‘Möglichkeit, in der Arbeit dazuzulernen’ (4.4.1.4.2.), um die qualifikatorischen Schwierigkeiten und Möglichkeiten abzuwägen und drittens am Beispiel der ‘gegenseitigen Unterstützung und Respektierung’

(4.4.1.4.3.), um die Kooperationsanforderungen einzuschätzen. In Bezug auf die qualifikatorischen Erschwerungen wurde zusätzlich in den inhaltlichen Strukturierungen nach konkreten Beispielen von ‘Möglichkeiten/Erfordernisse der Qualifikationserweiterung’ gesucht.

Datenquellen	Beobachtungen und Organisationsdaten	Inhaltliche Strukturierung: Gesuchte Unterkategorien	STA-G Bewertungskriterien	ETA Bewertungskriterien
Untersuchungskategorien				
(4.4.1.1.) Subjektive Kommunikationsqualität	Herangezogen	Herangezogen	Nicht herangezogen	Nicht herangezogen
(4.4.1.2.) Führung	Herangezogen	Nicht herangezogen	Entscheidungsmöglichkeiten (A)	Entscheidungsmöglichkeiten (A)
(4.4.1.3.) Macht	Herangezogen	Komplexe Entscheidungsprozesse (blaugrün markiert)	Nicht herangezogen	Nicht herangezogen
		Durchsicht :inhaltliche Strukturierung aller Interviews		
(4.4.1.4.) Ressourcenanreicherung durch institutionelle Rahmenbedingungen	Herangezogen	Nicht herangezogen	4.4.1.4.1. Abwechslung vs. Monotonie (B) 4.4.1.4.2. Lernmöglichkeiten – Qualifikationen (C+F) 4.4.1.4.3. Gegenseitige Unterstützung – Kooperation (D)	Nicht herangezogen

Übersicht 30: Zusammenfassende Übersicht der methodenkombinierten Darstellung des Tätigkeitserlebens (Datenquellen, Untersuchungskategorien, Bewertungskriterien)

Insgesamt versteht sich dieser letzte Ergebnisabschnitt (4.4.) daher einerseits als das ‘Belastungserleben’ (4.4.1.) der Bediensteten, welches dem aus den ETA Arbeiten resultierenden Tätigkeitserleben der Empfänger gegenübergestellt wird. So wurde, um Integration zu bewerkstelligen, in jedem Unterabschnitt zu (4.4.1) dem Tätigkeitserleben der Nutzer diskutiert, während der abschließende Teil (4.4.2) die Gesamtdarstellung der Ergebnisse aus den Tätigkeitsanalysen liefert.

Im gesamten erlaubten die Tätigkeitsanalysen (STA-G und ETA) eine Evaluation über 30 Jahre Tätigkeitsentscheidungen an Hand des Erlebens der Bediensteten, sowie des Erlebens der Nutzer als Empfänger der Dienstleistung.

4.4.1. Das subjektive Belastungserleben der Bediensteten

Kilfedders et. al. (2001) durchgeführte Befragung von 510 psychiatrischen Krankenpflegern eines Konglomerats von Institutionen in Schottland an Hand des MBI (Maslach Burnout Inventory), gab Aufschluss über ihre ‘personal accomplishments’ (zit. nach Maslach&Jackson 1981, in Kilfedders, ebd., S. 384) sprich ihrer persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Ü. v. V.R.) und zwar mit niederen Werten, als sie bei der Normalgruppe vorgefunden wurde. Die zwei weiteren Variablen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation, auf Grund derer die Autoren das Burnout untersuchten, wiesen auf kein statistisch relevantes Ergebnis eines „occupational stress“ hin (ebd., S. 383).

Sie fordern die verstärkte Erforschung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für psychiatrische Krankenpfleger und den arbeitsbezogenem Stress, in Anlehnung an Schaufeli (1999). Die geringere Spezialisierung bzw. Professionalisierung der Bediensteten und der in diesem Bereich fast implizit angenommene Arbeitskontrollverlust verlange das mehr als andere Arbeiten (ebd., S. 393).

Richtigerweise sprechen sich die Autoren auf organisationaler Ebene für wichtige entfremdungsreduzierende Methoden aus, wie den „Grad an Autonomie“ (Turnipseed 1994). Denn die Verbesserung eines „higher feelings of personal accomplishment“ (ebd.) ruft auf längere Sicht die Notwendigkeit der „Verantwortung einer Zuweisung neuer Aufgaben, und der Job-Rotation für Bedienstete“ hervor (Kilfedder 2001; Ü. v. V.R.). Weiters begründen die Autoren ihr Ziel, „Gefühle persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten“ langfristig zu verbessern, da nach Schaufeli (ebd.) die Einschränkung der persönlichen Fähigkeiten mit Vermeidungsstrategien verbunden ist (Schaufeli zit. nach Kilfedder, ebd. S. 394).

Als praxisnaher Forscher erhält man jedoch von den meisten Tätigen keine Aufmerksamkeit mehr, sobald man von „Gefühlen persönlicher Fähigkeiten“ spricht. Die Praktiker verlangen von der Wissenschaft, der Leitung und von den Erfahreneren konkrete, für die Intervention brauchbare Fähigkeiten, denn, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, erleben sie sich allein ‘an der Front’. Befinden sie sich beispielsweise in einer Privatwohnung allein mit einem Menschen, der sich den

eigenen Kopf an der Wand blutig schlägt, schwindet das Gefühl der Kompetenz schnell.

Die konkrete Umsetzung von Autonomie, die Abwechslung der Tätigkeitsbereiche und die Job-Rotation sind Voraussetzungen für die Anwendung des Gelernten. Zugleich sind sie nur im kontinuierlichen Wissenstransfer möglich, da Autonomie, Abwechslung und Job-Rotation bei den Tätigen spontan improvisierte Handlungen hervorrufen. Dieser Wissenstransfer wird am DSM von Triest, wie bereits beschrieben, sowohl theoretisch (Fort- und Ausbildungen) als auch feldbezogen (Wissenüberlieferungen durch erfahrenere MitarbeiterInnen) angeboten. Der Vorteil dieses mannigfaltigen Wissensangebots liegt in der Breite und Tiefe der zirkulierenden Wissensbestände, da vor allem durch den arbeitsfeldnahen Transfer nicht ausschließlich handlungs- und tätigkeitsbezogene Kompetenzen vermittelt werden, sondern Schlussfolgerungen aus langjähriger Erfahrung. Diese Schlussfolgerungen sind gleichzeitig vom Erleben vergangener und gegenwärtiger (Arbeits-)Belastungen gefärbt, die auch in den Transfer einfließen und zusätzlich das Risiko darstellen, sie eventuell nach kurzer Zeit wieder aufzugeben (was jedoch nicht bedeutet, dass man sie nicht wieder in Betracht zieht).

Die seit Jahrzehnten am DSM praktisch gestalteten „schönen Worte“ (Interviewpartnerin Heidi) weisen darauf hin, dass es sich um Worte handelt, welche sich konkret auf die Praxis niederschlagen. Die subjektiven Repräsentationen ihrer Bedeutung (was ist Autonomie für mich) entwickeln sich aus der Idee und ihrer Anwendung, verbunden mit der organisationalen Praxisebene, solange noch Macht- und Hierarchiestrukturen bestehen bleiben. Aus diesen Rahmenbedingungen entwickeln sich die organisationalen Repräsentationen, wodurch eine Praxis entsteht, die von mehr oder weniger verschiedenen Inhalten bestimmt ist und eine gemeinsame Konsensfindung verlangt.

Kilfedder et. al. (ebd.) legen ihren zu erreichenden Richtungspunkt fest und plädieren für eine „Maximierung“ der „Gefühle personaler Kompetenzen“ (Fähigkeiten und Fertigkeiten). Ich will mich zwar ihrem Aufruf anschließen, eine wissenschaftliche Darstellung notwendiger persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten im hier behandelten Arbeitsbereich anzustreben, nicht aber den praxisfernen Anspruch der Maximierung. Nach der Interpretation des untersuchten Belastungserlebens entschied ich mich für die Optimierung persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Weiters raten die Autoren zu Fortbildungen, um sich mehr Anpassungs- und Bewältigungsstrategien (adaptive coping styles) anzueignen.

Franco Rotelli, ehemaliger Direktor des DSM und Generaldirektor des Sanitätsbetriebs Triest, nimmt dazu Stellung und bezweifelt den Nutzen von Fortbildungen (Interview, 2001). Während einer angeregten Debatte beim nationalen Fortbildungskurs vom 4.11 - 8.11.2002 für Psychologen und Ärzte der Leitungsebene, abgehalten am DSM von Triest mit dem Titel ‘Salute Mentale Territoriale. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM): finalità, strutture operative, attività e programmi’, stellte er einigen Jung - Psychiatern aus seinem Betrieb die herausfordernde Frage, weshalb sie sich über ihre Arbeitssituation beklagen, wo sie doch seit einer Woche (Kurszeit) nicht am Arbeitsplatz sind. Damit wollte er ausdrücken, dass das Erlernen von Handlungskompetenzen doch vorwiegend über die Ausübung von Tätigkeiten erfolgt. Ihre notwendigen Rahmenbedingungen werden wir nun näher an Hand der Analyse des Belastungserlebens beschreiben.

4.4.1.1. Die subjektiv erlebte organisationsinterne Kommunikationsqualität

„Die Kommunikation: ein Desaster.“
(Interviewpartner, Davide)

In diesem Abschnitt wenden wir uns solchen Kommunikationskompetenzen zu, die die Pflegebediensteten mit den Betroffenen und innerhalb der eigenen Arbeitsgruppe als notwendig erachten, womit sie auf die bisher als negativ befundenen arbeits- und organisationspsychologisch relevanten Tätigkeiten der Dienst- und externen Versammlungen näher eingehen. Dabei gibt uns Basaglia den interessanten und bereits angesprochenen Ausgangspunkt vor, Freiheit biete man durch das eigene sich „Sich-Einsperren“ an.

Vorher werden die dafür entwickelten ‘organisationalen Kommunikationsfähigkeiten im Interesse Aller’ beschrieben, die wiederum Kompetenzen vom Praktiker verlangen (4.4.1.1.1.), wie auch subjektiv erlebte. Solche Kompetenzen reichen von der

Verhandlung, der Sorge um Sich, der Veränderungsfähigkeit, der Fähigkeit, Freiheit zu kommunizieren, der Fähigkeit, in absehbarer Zeit Antworten zu finden, ohne sich deutlich vom Anderen zu unterscheiden, bis hin zur Fähigkeit, Informationen mit dem Team zu teilen. Sie werden in diesem Abschnitt zum Teil aus der Beobachtersicht, zum Teil auf Basis der Interviewergebnisse dargestellt und betreffen alltägliche Arbeitshaltungen. Die Entscheidung, sie als Erzählung wiederzugeben, fordert die LeserIn dazu auf, sich in die Rolle des Beobachters zu versetzen, der in eine fremde Struktur eintritt und in den Augen der dort Anwesenden ein Betroffener, ein Angehöriger oder ein Bediensteter sein kann.

4.4.1.1.1. Die organisationalen Kommunikationsfähigkeiten im Interesse aller und die dafür notwendigen Kompetenzen der Praktiker

Als ich 1998 zum ersten Mal nach Triest kam, um mich von den Mitarbeitern von Radio Fragola (DSM-internes Radio, welches auf Stadtebene sendet), Mauro und Stefania, drei Tage in den Alltag des DSM einführen zu lassen, meinten sie am ersten Abend bei einem Glas Rotwein: „Wer nach Triest arbeiten kommt, geht so schnell nicht wieder weg“.

Diesen Satz bekam ich von vielen Bediensteten des DSM zu hören. Diese informelle Mitteilung repräsentiert für die dort Tätigen ein Erleben der Verbundenheit mit ihrem Arbeitsplatz. Den Arbeitsplatz nicht zu verlassen lässt mehrere Interpretationsvariablen zu. Eine davon betrifft das subjektive Gesundheitsempfinden (sensu Antonovsky) am Arbeitsplatz und impliziert im besten Fall ein subjektives Wachstum, ein Standhalten gegen ohnehin existierende Widersprüche sowie den Vorsatz keinen Arbeitsabbruch (Turnover) zu vollziehen.

In meiner sechsjährigen Mitarbeit verließen insgesamt 3 der 29 (10%) Pflegebediensteten des untersuchten CSM das gesamte DSM. Der geringe Turnover ist auch an den Anstellungsjahren der Interviewten erkennbar. Allgemein sagt der Turnover nicht alles über die Qualität der Organisation allein aus. Er muss auch unter Aspekten der persönlichen Bedürfnisse, der nationalen, regionalen und provinziellen Arbeitslosigkeit, des kulturellen Ansehens (gesellschaftliche Macht) und der

ökonomischen Vorteile (höhere Gehälter, gewerkschaftliche Absicherungen) staatlicher Anstellung interpretiert werden.

Einer dieser drei „Aussteiger“ und Interviewpartner wechselte seinen Wohnsitz und folglich den Arbeitsplatz. Ein zweiter Mitarbeiter, ebenfalls ein Interviewpartner, verließ das DSM nach genau 10 Jahren Anstellung und nach verschiedenen Versuchen, einen passenden Arbeitsbereich innerhalb der Institution zu finden, während der dritte, seit wenigen Monaten angestellt, nach Ansicht einiger Mitarbeiter, die „notwendigen Fähigkeiten, sich einzuarbeiten“ nicht aufbrachte. Welche Fähigkeiten sie meinen, soll nun thematisiert werden.

Die Verhandlung und die Sorge um Sich

Am letzten Tag dieses ersten Aufenthalts musste ich der praktikumsverantwortlichen Psychologin klar und deutlich meinen Wunsch äußern, die ersten 6 Monate des bevorstehenden Praktikums in einem CSM verbringen zu wollen, und nicht in der Rehabilitation.

Die Rehabilitation (abilitazione e residenze) und die CSM brauchen laufend neue Arbeitskräfte. Für die Verantwortlichen stellten sich somit Ressourcenfragen, während für mich Erfahrungsinteressen im Vordergrund standen. Die endgültige Entscheidung wurde auf Grund der Vorreflexion meiner Bedürfnisse und einer Aussprache getroffen. Der stattgefundene Aushandlungsdialog verlief für mich erfolgreich.

Einerseits hatte ich dies der dort bereits seit einigen Jahren praktizierenden Psychologin Laura Marra zu verdanken, die mich im Vorfeld warnte: „Sorge um Dich!“ Damit hatte sie mein Bewusstsein sensibilisiert, mir bereits vor Praktikumsbeginn über meine Wünsche und Bedürfnisse im Klaren zu sein. Andererseits war es als Praktikant mein Recht, selbst meine Ausbildungsstätte auszusuchen.

Die Sorge um Sich^{ix} ist demnach eine Vorreflexion der eigenen Wünsche und die konkrete Äußerung der Bedürfnisse. Man stellt sich damit den Entscheidungen der Vorgesetzten und lässt sich auf eine Verhandlung ein, was für die aufgesuchten Organisationsmitglieder nicht bedeutet, im absoluten Recht zu sein. Vielmehr handelt es sich wie im hegelschen Dialektikverständnis gewissermaßen um ein „Explizitmachen“ mit Berücksichtigung des kulturhistorischen Kontextes betreffend die Bedürfnisse und Anliegen, welche Voraussetzung sind für „Bewusstsein, Selbstbewusstsein und Autonomie“ (zit. nach Pirmin Stekeler-Weithofer 1999, S. 250), und zugleich zum (positiven) Erleben notwendiger Veränderungen beitragen (anstatt Aufoktroierung seitens des Mächtigeren). Unter diesem Aspekt wird die Sorge um Sich „zu einer allgemeinen Lehre von der geschichtlichen und praktischen Konstitution vernünftiger Inhalte überhaupt und schließlich ‘des Begriffs’ im Sinne einer Gesamtentwicklung begrifflich fassbaren Wissens und Könnens“ (ebd. S. 248). Diese Sichtweise Hegels gründet auf dem Dialektikverständnis Platons, wonach das, was „Logik bzw. Vernunft (*logos*) insgesamt ausmacht, Dialektik ist im Sinne einer Methodenlehre für gute Gespräche“ (ebd. S. 244), da Dialektik drei Einsichten verbindet (ebd., S. 244):

- 1) Reflexion oder Nachdenken ist Auslese aus Verständnismöglichkeiten im Diskurs
- 2) Es gibt feste Bedeutungen und Begründungen nur in und durch Gespräche
- 3) Die Klarheit bzw. Deutlichkeit von Inhalten und die Güte von Gründen sind nur im Bereich der argumentativen Gesprächsführung selbst bestimmt bzw. je konkret zu beurteilen

Die Veränderungsfähigkeit

Ein Jahr später, im Februar 1999, suchte ich die Verwaltung des DSM auf. Der reibungslose Ablauf der zu erledigenden Praktikumsformalitäten und die geleistete Hilfe der zuständigen Behörden bei der Wohnungssuche repräsentieren die sogar in der Verwaltung verwurzelte Organisationskultur, Praktikanten als eine Bereicherung für die Dienstleistung anzusehen und darum zu unterstützen. Die Deinstitutionalisierung

der Menschen, ein zentraler Aspekt dieser Organisation, erfolgt über subjektorientierte und personenspezifische Angebote der Dienstleistung. Vom Bediensteten und von der Organisation verlangt dies eine andauernde Bereitschaft zur Veränderung.

Die Voraussetzung dafür sehen die Bediensteten unter anderem in der systemexternen unvoreingenommenen Rolle der mitarbeitenden PraktikantInnen. Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung kommt die Bedeutung der Veränderungsfähigkeit vermehrt zum Ausdruck. So verlangt die 'Fähigkeit, Freiheit zu kommunizieren' eine permanente subjektive Veränderung.

Die Fähigkeit, Freiheit zu kommunizieren

Als ich anschließend im CSM eintraf, um dort meine Anfrage von den Verantwortlichen (leitender Arzt und Psychologe) unterzeichnen zu lassen, erhielt ich zum ersten Mal Einblick in das Alltagsleben des Hauses. Ich nahm anfänglich sonderbar erscheinende Phänomene wahr. Eine Vielfalt von Stimmen war von beiden Stockwerken zu vernehmen. Bunte Gegenstände in den Räumlichkeiten, sowie die Lebendigkeit erinnerten mich an meine biographischen Erfahrungen auf den Märkten Südtaliens in ärmlichen Stadtvierteln, da sich auch der Bau dieser Dienststruktur in dieser Form präsentierte.

Es war kurz vor 13.00 Uhr und es regnete.

Im Flur des ersten (und gleichzeitig obersten) Stockwerks des CSM angelangt, musste ich bereits meine Interaktionsfähigkeit in Frage stellen. Damals konnte ich mir noch nicht erklären, wie ich in einem Zentrum für psychische Gesundheit an ca. 15 Menschen vorbeigegangen war, die mich alle begrüßten, ganz so, als würden sie mich bereits kennen. Von keiner Kamera beobachtet worden zu sein, beruhigte mich sehr. Keinen Türsteher und/oder keinen Rezeptionisten angetroffen zu haben, der sich nach meiner Person und/oder meinen Interessen erkundigt hätte, erlebte ich als erleichternd (aus eben diesem Grund dauerte es über drei Jahre, bis die bereits beschriebene top-down verlangte Annahmestelle am CSM umgesetzt wurde).

Mir war es möglich, mich innerhalb der Struktur mit der Gewissheit zu bewegen, sie in jedem Moment auch wieder verlassen zu können, da meine anfangs als notwendig empfundene Anonymität aufrechterhalten blieb.

Dies bedeutet, dass jeder externe Blick, auch jener einer gesetzlichen Kontrolle der Zustände, auf keine Hindernisse stößt. Der Zugang ist jedem gestattet – er ist offen.

Natürlich stellt sich sofort die Frage, wie dieser Empfang auf jene, die Hilfe suchen, wie Familienangehörige und/oder Benutzer, wirkt. Daraus resultiert, dass Strukturen wie diese für die Mitglieder der Reformpsychiatrie für jeden sofort überschaubar sein müssen. Für jene Leidenden, die freiwillig oder gezwungen die Struktur betreten, ermöglichen die angetroffenen Gegebenheiten ein Gefühl der Freiheit und/oder der Fluchtmöglichkeit.

Es handelt sich dabei um kein Laissez-faire Verhalten der Institution, sondern um eine Kommunikationsstrategie: plötzlich glaubte ich das bereits bekannte Motto der Reformjahre ‘die Freiheit ist therapeutisch’ zum Teil verstanden zu haben. Heute bin ich mir sicher, erst einen Bruchteil davon verstanden zu haben.

Die Fähigkeit, in absehbarer Zeit Antworten zu liefern, ohne sich sichtbar vom Fragesteller zu unterscheiden

Unter diesen Eindrücken nahm ich überrascht an Arbeitsgesprächen, Aushandlungen, Vereinbarungen, Telefongesprächen, Teamgesprächen und Pharmakavergaben, kurz, am Arbeitsalltag, teil, während ich wahrscheinlich etwas verduzt zwischen unbekanntem Gesichtern das Geschehen beobachtete.

Alles lief sehr schnell auf dem Flur ab, während die drei Gesprächszimmertüren dauernd auf - und zu gingen.

An einem Ende des Korridors entdeckte ich einen großen Aufenthaltsraum, der gerade vom Mittagessen geräumt wurde, während in der kleinen Apotheke des CSM direkt vor mir Menschen miteinander sprachen. Überall gingen Personen ein und aus. Einige wurden beim Vorbeigehen von im Flur Anwesenden angesprochen und so unterschied ich endlich Bedienstete von Nutzern.

Die sichtbaren Differenzierungen zu ihnen wurden, wenn auch mit Schwierigkeiten verbunden, schon während der Öffnung des Irrenhauses erfolgreich abgelegt. Von der nicht reibungslosen Abwicklung dieser Entscheidung berichten die Interviewten Ferruccio (z.B. Int. II., K. 52) und Beatrice (z.B. Int. I., K. 37), wie auch Klaus Hartung in seiner Veröffentlichung ‘Die neuen Kleider der Psychiatrie’ (1980). Arbeitspsychologisch gesehen erscheint die Tatsache zentral, dass die Bediensteten trotz Meinungsverschiedenheiten die Organisation nicht verließen bzw. verlassen mussten. Sie wurden in die Ränge der Reformwilligen integriert, indem die Beziehung zu ihnen nicht unterbrochen wurde. Darin ist der Ansatz erkennbar, der konkret in Psychopathologearbeiten angegangen wird. Das Resultat war die Aufrechterhaltung der Kommunikation, der Abbau von Widerständen und die schrittweise Veränderung organisationaler Repräsentationen.

Einige Anwesende stufte ich als Mitarbeiter ein, weil sie die Flurgespräche themenzentriert auf Antworten hin leiteten. Sie mixten wie ein Diskjockey ‘zwei bis drei Beratungs-Platten’ gleichzeitig!

Da war Herr Mirko (Name geändert) der die tägliche ‘Dosis’ beanspruchte und zur Geduld angehalten wurde. Das Elternpaar Rossi (Name geändert) war besorgt um ihren Sohnes, denn er wütete gerade zu Hause vor dem Fernseher – „versuchen sie die Klapperkiste auszuschalten und mit ihm zu reden, wir kommen dann nach“ meinte der noch junge Bedienstete, während die junge Angela (Name geändert) ihn wiederholt darum bat, an die frische Luft gehen zu dürfen.

Als wir Anwesenden von ihrem zweiten Selbstmordversuch erfuhren, verstummte auch das Elternpaar.

Herr Mirko wirkte so, als wäre er an diese Zustände gewöhnt und entfernte sich. Sein schleppender Gang wies auf die Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Behandlung hin, die bei der Schließung des Irrenhauses von den bereits damals Bediensteten tiefgehend erlebt wurde (Andrea, Ferruccio, Beatrice) und heute

klarerweise noch ein wichtiges Thema dieser Organisation ist, mit dem wir uns im Abschnitt (4.2.2.2.) befasst haben.

Frau Angela lächelte inzwischen das scheinbar erschrockene Ehepaar an und alle drei wandten sich dann zur Ausgangstür. Angela mit der getroffenen Vereinbarung, in den Garten gehen zu dürfen, ohne gleich in den Teich zu springen.

Die Anfragen der Anwesenden wurden in absehbarer Zeit laut und deutlich für alle in der Nähe stehenden - mit Argumentationen - beantwortet. Die zwei Stühle im Flur vor der Apotheke waren leer. Keine Warteschlangen! Inzwischen hatte der erfahrene Operatore auch mich bemerkt und meinte „buon giorno, sono Paolo“ (Name geändert). Ich erkundigte mich nach dem Primar und dem leitenden Psychologen.

Vielleicht stellt sich an diesem Punkt der Praktiker aus anderen Kulturkreisen die Frage, welche Kommunikationsfähigkeit diese auf den ersten Blick vielleicht unstrukturiert und unprofessionell erscheinende Tätigkeitssituation erfordert. Die hier bearbeiteten Anfragen betreffen meistens immanent wichtige existentielle und nicht psychodynamische Problemstellungen. Sie werden nicht durch einfache Hinweise, sondern durch auf Vertrauen basierende Vereinbarungen beantwortet.

Wie überall, ist auch der auf dem Flur Tätige beauftragt, den Anfragenden inhaltlich-professionelles Wissen zu vermitteln.

Die Fähigkeit, Menschen in ihrem Lebenskontext zu begegnen, wie es dem Elternpaar Rossi versprochen wurde, stellt die zentrale Tätigkeit personorientierter Organisationen psychischer Gesundheit dar und wurde näher im Abschnitt 4.2. ‘subjektive Arbeitsstrategien’ als institutionelle Lösungsvorschläge für psychopathologische Fragestellungen betrachtet.

An dieser Stelle will ich hervorheben, dass diese Tätigkeit differenzierte Kommunikationsfähigkeiten verlangt, so wie etwa für jede gemeindenahe Hausarbeit/Hauspflege.

Lebenskontextkenntnisse zu erarbeiten verlangt vom Bediensteten, die betroffenen Menschen und ihrem Umfeld sprachlich zu begegnen, um die notwendigen Elemente einer Arbeitsbeziehung zu erweitern, die sich auf eine Gegenseitigkeit (sensu Ko-Respondenz von Petzold) stützen. Dies stellt erneut die oben angeführte Veränderungsfähigkeit der eigenen Kommunikation in den Mittelpunkt, damit eine

Kompensation der Unfähigkeit, beispielsweise über eine Vermeidungsstrategie, nicht in eine autoritäre Haltung übergeht, welche sich negativ auf die Beziehung der Interagierenden auswirkt. Eine organisatorische Strategie dafür ist der zirkuläre Austausch im Team.

Die Fähigkeit, Informationen mit dem Team zu teilen: das Arbeitstagebuch ‘diario di bordo’ und die Arbeitsversammlungen

Um Vereinbarungen auf die immanent wichtigen Anfragen hin selbstständig Vereinbarungen aushandeln zu können ist die Entscheidungskapazität des Bediensteten ausschlaggebend. Dafür sowie für eventuell anstehende Fragen und Notwendigkeiten beider Akteure (Bedienstete und Nutzer) wird die Kollektivität eines Teams benötigt.

Neben den Versammlungen, die in den nächsten Abschnitten näher diskutiert werden, stellt das ‘diario di bordo’ (Arbeitstagebuch) eine Möglichkeit dar, den Mitarbeitern einen Gesamtüberblick und einen zirkulären Informationsfluss der Geschehnisse im CSM/DSM anzubieten, da teilautonome Arbeitsgruppen, Turnusse, Arbeitstreffen, Noteinsätze usw. es nicht dem gesamten Team erlauben, immer an den Versammlungen teilzunehmen. Somit kann ein formeller Informationsfluss darüber entstehen, was mit den Betroffenen unternommen, vereinbart und verändert wurde. Der ‘diario di bordo’ ist immer und für jeden im CSM in Reichweite. Als DinA4 Heft kann es von Hand zu Hand weitergereicht werden, ohne den Schreiber/Leser zeitlich und örtlich zu binden. Selten beobachtet man Bedienstete, die sich extra für die Niederschrift zurückziehen.

Das rotierende Arbeitstagebuch stellt ein „offizielles Dokument“ (Interviewte) dar, welches in bestimmten Situationen, wie Todesfällen, von der Justiz herangezogen wird.

Die Bediensteten tauschen sich über dieses Heft aus, indem sie Beobachtungen, Anfragen und Notwendigkeiten, getroffene Vereinbarungen, Telefonanrufe und anstehende Durchführungsmaßnahmen festhalten. Es werden Informationen aus informellen und formellen Interaktionsmomenten niedergeschrieben. Die Inhalte des

Heftes werden in der computerisierten Datenbank des CSM/DSM von einer dafür zuständigen Sekretärin wortwörtlich transkribiert und katalogisiert. Die vielen Mitteilungen sind sowohl aus Zeitmangel als auch auf Grund individueller Fertigkeiten der Schreiber oftmals unleserlich, wodurch wiederum eine schnelle Rückkoppelung an das Team erschwert wird.

Um die Schwierigkeiten innerhalb einer schnelleren Verwaltung der Daten zu überwinden, schlagen die gegenwärtigen Mitglieder der jungen Leitungsebene (Feldbeobachtung während des 3. Treffens der STA-G – Leitungsebene, Februar 2005) eine gleich vor Ort vorzunehmende digitale Niederschrift vor, die für jeden Nutzer an Hand vorbestimmter Categoriesystemen standardisiert ist. Dadurch würde das Netz zu anderen Diensten zugänglicher.

Doch der kürzlich diskutierte Vorschlag, einen für jeden zugänglichen PC an Stelle des DinA4 Heftes zur Verfügung zu stellen, wirft neue arbeitspsychologische Schwierigkeiten auf:

- die Ausbildung mehrerer Bediensteter für den Umgang mit dem PC muss ermöglicht werden,
- die zeitliche sowie örtliche Flexibilität ist nicht mehr gewährleistet, (auch nicht durch einen Laptop) und erhöht somit den zeitlichen Arbeitsaufwand,
- im Falle eines Diebstahls „des interessanteren Geräts“ (verschiedene Gruppenmitglieder), sind die darin enthaltenen Daten (Privacy) nicht genug gesichert.

Stattdessen würde es reichen, die Transkriptionsarbeit, wie bis vor einigen Jahren üblich, auf zwei zuständige Bedienstete zu delegieren (Personalressourcenproblem) und sich auf bestimmte Themenbereiche zu einigen, die in der Mitteilung enthalten sein müssen.

Der Arbeitsalltag solcher Art hat auf der Teamebene allerdings Effekte nicht nur der Widersprüchlichkeit sondern auch der Verantwortung in der Kommunikation, ebenso wie des Stresses wegen der Häufigkeit der Anfragen. Gefordert sind individuelle Fähigkeiten aller für einen kommunikativen Austausch auf informeller und formeller Ebene.

In diesem Zusammenhang äußern sich mehrere interviewte Mitarbeiter.

4.4.1.1.2. Die subjektiven Kommunikationsfähigkeiten auf der Team- und Leitungsebene

Widersprüchlichkeit

Irene fühlt sich im Team zwar recht gut, jedoch beobachtet sie eine „widersprüchliche kommunikative Haltung“ verschiedener Bediensteter „höherer Hierarchien“, welche gegenüber „den Nutzern brave und böse Bedienstete“ produziert:

„Ich sage dem Menschen, er darf nicht raus, dann kommt ein Mitarbeiter und meint, der Mensch solle ruhig raus gehen.“

Ähnliche inkongruente Haltungen erlebte sie auch während der Nachtdienste.

Irene interpretiert dies so, als würde es freigiebigere und weniger freigiebige Bedienstete geben. Ihr Entscheidungsfreiraum trifft auf jenen ihres Mitarbeiters, der den organisationskulturellen Aspekt zu vermitteln versucht, dass ein ‘Open Door System’ dem Menschen die größtmögliche Freiheit gewährleiste. Alle Interviewpartner verlangen erlebte Widersprüchlichkeiten in den Haltungen der Mitarbeiter durch das Gespräch zu klären. Auf kommunikativer Ebene weist dieses Beispiel auch auf nicht immer bestehende zeitliche Rahmenbedingungen hin, die für informelle Austauschmomente notwendig sind.

Dazu weist Martina auf existierende Schwierigkeiten hin: man „schafft gerade einen minimalen Austausch mit einigen Mitarbeitern.“

Den objektiv bekundeten Zeitmangel durch Ressourcenkürzungen (Personalschlüssel) ergänzen die Interviewten mit dem Wandel gesellschaftlicher Anforderungen.

Früher „waren wir mehr und schafften auch, uns stundenweise auszutauschen“ (Beatrice) und dies nicht nur am Arbeitsplatz. Man traf sich sogar außerhalb der Arbeit, um Themen weiter zu diskutieren (Ferruccio, Andrea, Beatrice).

Bis vor dem Jahr 2000 konnten die Mitarbeiter auch zwischen den Hausbesuchen eine Kaffeepause einlegen, die „meistens“ für einen arbeitsbezogenen Austausch genutzt wurde (Feldtagebuch während eines Hausbesuchs mit Cesare).

Derzeit reduziert die Rationalisierung des Arbeitsalltages im fordistischen Sinne verstärkt die zur Verfügung stehende Zeit für informelle Austauschmomente, obwohl es nicht verwunderlich ist, dass verschiedene Autoren sie neben den formellen Versammlungen als notwendige „Schutz“ - Momente und besonders für junge Mitarbeiter als Netzwerk zur sozialen Unterstützung, im Sinne einer wie hier stattgefundenen Wissensvermittlung, betrachten (Kilfedder *et al.* 2001, S. 394).

Die Interviewten nehmen die gegenwärtig eingeschränkten informellen Austauschmomente durch die Zeit- und Personaleinschränkungen nicht als unveränderbare Tatsachen hin. Sie verweisen auf bedingungsbezogene Gründe und subjektive Fähigkeiten, die den konkreten Ablauf des formellen Austausches während der zahlreichen Versammlungen beeinflussen.

Die objektiv beobachtbaren Ressourcenkürzungen verursachen demnach sowohl in informellen als auch in formellen Austauschmomenten Zeitknappheit für die arbeitsfördernde Kommunikation. Ein höherer Personalschlüssel hätte weniger Arbeitsaufträge für den Einzelnen zur Folge. Die Zeit der Aussprache könnte somit wie früher als Ressource und nicht als zusätzlicher Aufwand erlebt werden.

Die Mitwirkenden sind jedoch der Auffassung, dass sie aktiv durch Selbst- und Leitungsverantwortung während der Austauschmomente auf die Ressourcenproblematik einwirken können. An dieser kritischen Auseinandersetzung wird ihr Wille, im Interesse der Nutzer subjektive Fähigkeiten zu erlernen, ersichtlich.

Ich schließe aus dieser hohen Differenzierungskapazität der Interviewten auf das Vorhandensein einer persönlichen und arbeitsbezogenen Entwicklung, die sich aus der Kombination der häufigen und kontinuierlich abgehaltenen Versammlungen, der Haltung „del mettersi in gioco - sich aufs Spiel setzen/ins Spiel bringen“ und der „tensione critica – kritische Auseinandersetzung“ entwickelt wurde.^x Beide Konzepte implizieren beim Einzelnen eine hohe Risikobereitschaft, da sie mit Veränderungen auf persönlichkeitsbezogener Ebene verbunden sind. Dadurch ist auf kollektiver Ebene ein In-Schutz-Nehmen jener, die sich mitteilen, erforderlich.

Verantwortung: Die Selbstverantwortung jedes Einzelnen bei der Abwicklung von Arbeitsversammlungen und Vorschläge an sich selbst

Für partizipationsorientierte Unternehmen reicht es nicht aus, Versammlungen mit dem Ziel zu versehen, Orte

- organisationaler wie auch arbeitsinhaltlicher Informationsvermittlung,
- der Aufarbeitung schwierig erlebter Arbeitssituationen,
- der Vermittlung von Arbeitsstilen durch die Vernetzung/Austausche von Erfahrungen und
- der Debatte zur Entwicklung gemeinsamer/geteilter Arbeitskulturen sein zu wollen.

Im Folgenden wenden sich die Interviewten den kommunikativen Fähigkeiten während der Arbeitsversammlungen zu, auf Grund derer alle Teammitglieder in die Entscheidung über die eingebrachten Vorschläge mit einbezogen werden.

Diese kommunikative Selbstverantwortung liefert Hinweise über die Regeln und ihre Effekte und gibt weiters Aufschluss über die Partizipation auf Mitarbeiterenebene, wodurch der Zusammenhang mit dem belastenden Arbeitserleben ergänzt wird.

Schon früher, während der Vorreform- und Reformzeit, erlebte Frau Andrea, dass während auch zweistündiger Versammlungen für die Krankenpfleger die Möglichkeit bestand, ihre Meinung hinsichtlich der Interventionsstrategien und Arbeitsausübungen zu äußern. Trotz dieser Chance und der Aufmerksamkeit der Ärzte fehlte bei manchen die Motivation sich tatsächlich mitzuteilen.

Die mit der Zeit nachlassende Selbstverantwortung jedes einzelnen Bediensteten, kennzeichnet für Davide (Reformbediensteter) heute die Qualitätsabnahme der Dienstleistung und sie basiert wohl auf „der abgenommenen Kommunikationsfähigkeit, sowohl mit Leidenden als auch mit Mitarbeitern und färbt die für die Arbeit zentrale Beziehungsfähigkeit.“ Daraus ist erneut erkennbar, dass er

die Arbeit als Krankenpfleger im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit als „von Kommunikation“ gekennzeichnet versteht.

Enrico und Davide (Reformbedienstete) heben als Gründe geringer Selbstverantwortung persönliche Ausdrucksschwierigkeiten bei der Mitteilung emotionaler Arbeitserlebnisse hervor.

Beide verbinden mit der Selbstverantwortung verschiedene Fähigkeiten der Bediensteten, welche die Kommunikationsqualität während der Versammlungen verbessern würde. Dazu zählen:

- die Fähigkeit der Reflexionsentwicklung,
- die Fähigkeit der Sinnfindung für die Selbstmitteilungsmotivation und
- die Fähigkeiten der Selbstwertentwicklung gegenüber dem Vorurteil, dem Arzt unterlegen zu sein.

Enrico begründet die Bedeutung der Selbstmitteilungsmotivation an Hand seiner Erfahrungen, dass dies neue Fragen aufwerfe und liefert seinen Arbeitskollegen auch eine einfache Methode der dazu notwendigen Selbstbefragung:

„Was mache ich?“

Auch Elena und Anna (Restaurationsbedienstete) fordern von ihren Arbeitskollegen eine höhere Selbstreflexion und erkennen in der „Erreichung geteilter Sichtweisen (Leitlinien) einen bedeutenden Teil der Arbeit“. Dabei beziehen sie sich auf einheitliche Arbeitsschritte, von denen sie sich eine Überwindung heutiger neuer Arbeitsanforderungen versprechen. Ihre Aussagen weisen auf die Notwendigkeit einer Wissens- und Kompetenzvermittlung hin, die in dieser Organisation den Dienstälteren zusteht (feldnahe Ausbildung) und heute auf Grund der Personalkürzungen nicht mehr stattfindet. Ebenso bezieht sich Martina (Reformbedienstete) auf die Selbstreflexion und erlebt bereits die heutige Gruppe als zu „uniform“. Sie warnt vor den Effekten einer neuen Strukturierung auf Kosten der Nutzer und plädiert für einen differenzierten Grad an Gruppenuniformität. Sie vertritt die Meta-Leitlinie (Organisationsphilosophie) der Subjektorientierung, was soviel bedeutet, wie Interventionsschritte auf Grund subjektiver Notwendigkeiten der Nutzer vor Ort zu entwickeln, anstatt die Nutzer in a-priori festgelegte organisationale Schemata einzubinden.

Somit wird klar, dass im Vergleich mit früheren Verhältnissen die gegenseitige Fortbildung durch die auferlegte Rationalisierung der Verbtrieblichung nur mehr vermindert stattfindet. Die jüngere Generation sieht deshalb Strukturierungsnotwendigkeiten, verlangt also Richtlinien, die von der älteren Generation allerdings als Gefährdung der ursprünglichen Leitlinien missverstanden werden.

Der generationale Disput zeigt ein Missverständnis auf und es wird klar, dass hier eine Vermischung der Bedürfnisse stattfindet, die nur durch klare Offenlegung zu überwinden ist.

Alle Interviewten heben die Fähigkeit einer effektiveren Kommunikation an Hand der Kompetenzen bzw. der Techniken einer

- themenzentrierten
- und projektbezogenen Kommunikation hervor,

um verschiedene Intentionen für das gleiche Ziel zu sammeln.

Enrico (dies deckt sich mit der mitgeteilten Beobachtung beim „Familientreffen“ im Juni 1999 seitens des Forschers, bei dem Enrico jedoch nicht teilnahm) lädt alle Mitarbeiter dazu ein, die Inhalte der Kommunikation mit Methoden zu versehen, um einerseits Zeit zu sparen und andererseits die Versammlungen als lustvoll zu erleben, da sie ja als Zeit der Ruhe und zum Ausgleich genutzt werden.

Diese organisationale Repräsentation verhilft ihm zum angenehmen Erleben der Versammlungen.

Davide erklärt seine Mitteilungsmotivation an Hand der Anforderungsverarbeitung als Prävention zur Überforderung und empfindet sich dadurch „weniger gelähmt“:

„...verarbeitet man die Anforderungen nicht (werden sie zu Überforderungen), die im Menschen bewegungslos verweilen und in falschen Momenten auftreten“.

Er spricht dabei jene Selbstverantwortung der Zonengruppierungsmitglieder an, die Inhalte dieser Mitteilungen nicht für einen Boykott der Zusammenarbeit zu missbrauchen, um kleine Beziehungs-, Tätigkeits- und Handlungsräume für Eigeninteressen zu schaffen. Diese „verursachen eine Teamdynamik auf Kosten der Nutzerinteressen“.

„...man muss sich bewusst sein, dass die Offenlegung der eigenen Arbeitsfehler in der Gruppe eine Machtverminderung mit sich bringt, die Konfrontation und Kosten (sensu „Kosten und Nutzen“) bedeutet. Dabei muss das zentrale Interesse weiterhin den Nutzer betreffen.“

Er fordert von seinen Mitarbeitern mehr Diskussion im Interesse der Menschen und weniger um die eigene Machtposition.

Erreichen also auch partizipationsorientierte Organisationen nicht einen Abbau von Machtstrategien?

Dazu liefert Davide seinen Arbeitskollegen eine einfache Methode des sich Näherns. Er schlägt vor, die Sitzordnung zwischen den Zonenuntergruppierungen während der Versammlungen ständig zu verändern und erhofft sich so eine übergreifende Gruppensynergie, die notwendig ist, um über den Kommunikationskanal des Zuhörens das Vertrauen der Nutzer zu erlangen.

Daraus ist ersichtlich, dass teilautonome Arbeitsgruppen, wie sie die Zonenuntergruppierungen sind, ebenso der Veränderung bedürfen, um Haltungen der Macht am Beispiel einfacher Verhaltensweisen offen ansprechen zu können.

Auch unterstreicht Cesare (Reformbediensteter), dass die autonome Turnusorganisation und die auf Aushandlung basierende Auswahl der Besprechungszimmer ohne die hier dargestellten Fähigkeiten einer Teamkommunikation nicht in der Lage ist, den individuumszentrierten Umgang mit Macht zu reduzieren, da es sich oft nur um kurzzeitig notwendige organisatorische Antworten handelt.

Für eine Umsetzung verlangt er mehr Teamdiskussionen und weniger informelle Austausche.

Er warnt davor, sich deshalb seltener und oberflächlich mitzuteilen, um sich vor Arbeitsaufträgen zu drücken. Es herrscht demnach die Meinung vor „Würde man sich mehr und besser einbringen, müsste man mehr tun“ (Cesare). Schlussfolgernd impliziert Partizipation die Gefahr ungleich verteilter Arbeitsaufträge.

Die Selbstverantwortung jedes Einzelnen bei der Führung von Austauschmomenten und Vorschläge

Kritik an den Führungsstilen der Arbeitsversammlungen

Alle Interviewten begrüßen die für jede geltende Rede- und Diskussionsfreiheit. Manche erleben sie jedoch als formal, da Entscheidungen auch a-priori getroffen werden. Solche Erfahrungen wurden beispielsweise in Projektarbeiten und bei Themen um die Arbeitskonditionen gemacht.

Die Versammlungen in Triest seien voller Informationen und emotionsgeladen, aber Elena und Anna würden gerne auch nicht erreichte Ziele ansprechen.

Alle Interviewten vermissen eine intensive Aufarbeitung emotional belastender Situationen, wie mögliche Selbstmorde von Nutzern, obwohl diese Themen manchmal von der Arbeitsgruppe vorgelegt werden.

Die Interviewten erkennen die zentrale Rolle der Diskussionsleiter, welche meistens auch die Leitungspersonen sind.

Enrico, Davide, Elena und Anna (Reform- und Restaurationsbedienstete) kritisieren dabei ihre kommunikativen Strategien, beispielsweise der offenen Aufforderungssätze, „Wer etwas zu sagen hat, solle sich melden“, noch allgemeiner „Wer hat etwas zu sagen?“ – oder – „Was ist passiert?“. Solche Aufforderungen werden als mitteilungshehmend erlebt. Sie sprechen also von einer linguistischen Strategie der Problembagatellisierung.

Nach Enrico sollten Versammlungen so geführt werden, dass jeder in die Gruppe einsteigen kann. „Wer Schwierigkeiten hat, in eine Gruppe einzusteigen, wird die Versammlungen immer mit großen Schwierigkeiten erleben“, obwohl die Zusammenkünfte gerade diesen „weiter helfen“ sollten.

Die meisten Interviewpartner verlangen von den Diskussionsleitern die Fähigkeit, alle Mitarbeiter ernst zu nehmen und nicht nur solche, welche ihre Meinungen stark und verärgert vertreten. Denn auf höfliche Formen, beispielsweise der Ratsuche, wird oft nicht geantwortet.

Enrico vertritt den Wunsch verschiedener Bediensteter, dass der Führungsstil auch die freie Äußerung „falscher Meinungen“ zulassen sollte. Das Verlangen nach Meinungsfreiheit deckt sich mit der Sichtweise (der Partizipation) des Generaldirektors

Franco Rotelli vom 10.03.05^{xi}: Diese Äußerungen sollen die notwendige Berücksichtigung finden, damit sich gerade kommunikativ und/oder inhaltlich Schwache einbringen.

Sprechen bei den Teamversammlungen beispielsweise immer dieselben 4-5 Personen und zeigen sich diese überrascht, sobald sich andere Anwesende zu Wort melden, ist genau diese Ausgrenzung erreicht.

Davide erlebt sich aus diesen Gründen heute weniger kommunikationsaktiv als früher.

4.4.1.1.3. Ursachen der Belastung trotz offener Kommunikation

Belastung wegen Häufigkeit der Anfragen? Die therapeutische Kontinuität und der turnusfreie Bedienstete

Die oben beschriebenen Kommunikationsfähigkeiten reichen nicht vollständig aus, um die Belastung auf der subjektiven Erlebensebene von Cesare auf Grund der „Häufigkeit verschiedenster Anfragen in einem kleinen Ort wie dem CSM“ völlig auszuklammern und diese Belastung bewirkt eine Qualitätsabnahme:

„Ich arbeite nicht gut, in einem Ort wo es alles gibt (wo man für alles zuständig ist – Anm. R.V.)“.

Die Anzahl der Anfragen würde sich auf den ersten Blick durch einen sinnvollen Personalschlüssel als Rahmenbedingung verringern lassen. Cesare und andere ältere Interviewpartner wissen, wie bereits erwähnt, von Zeiten des Unternehmens, in denen die Organisation von insgesamt 524^{xii} Bediensteten getragen wurde, welche sich der vielen Tätigkeiten rotierend annahmen.

Die Interviewpartner Cesare, Andrea, Beatrice und Ferruccio erinnern sich an die Vergangenheit, als es durch die zahlenmäßig hohe Belegschaft möglich war, das heute noch aktuelle Organisationsziel zu entwickeln, nämlich alle Anfragen zu beantworten.

Die Gründe für diese Zielvereinbarung lagen einerseits an „Revolutionsfolgen“ (Vorreform- und Reformbedienstete), da man sich auf Grund der

Verantwortungsübernahme auf allen Ebenen vor Kritikern zu bewähren versuchte, andererseits sollte die negative Biographie des Irrenhauses bzw. des psychiatrischen Krankenhauses durch ‘best practices’ aufgearbeitet werden, und schließlich wollte man territoriale nutzernahe Antworten auf Anfragen geben, wodurch die damals und heute noch „mangelnden“ (alle Interviewpartner) anderen Dienstleistungen kompensiert werden konnten.

Alle CSM Bediensteten erleben die Arbeitshaltung dieser Dienstleistenden auch heute noch als ein „Abschieben der Aufträge“ an das DSM, während sich dort die zwar geteilte, doch noch nicht zu Ende diskutierte Arbeitshaltung der „presa in carico (sich allem annehmen; Ü. d. A.)“ entwickelt hat.

Cesares Erleben dieser Belastung führt ihn in der aktuellen Rationalisierungsperiode zur Schlussfolgerung, einen Mittelweg finden zu müssen, um das gegenwärtige „Chaos“ sowie die von Cesare als „starr“ erlebte Organisation zu bewältigen. Dabei erhofft er sich eine akzentuiertere Aufteilung der Bediensteten, hinsichtlich der Nutzer und ihrer

- Aufenthalte in verschiedenen Orten, wie im CSM/ zu Hause/ Wohngemeinschaften usw.,
- verschiedenen Diagnosen,
- verschiedenen Gründe, in das CSM zu gelangen, wie beispielsweise wegen einer Psychopharmakologieversorgung, einer Psychotherapiebehandlung, dem Mittag- und oder Abendessen und der Informationen.

Doch dieser Vorschlag entspricht nicht der Arbeitsphilosophie des DSM.

Die Zerstörung des Irrenhauses sollte unter anderem durch den Plan, die Nutzer nur nach ihrem Wohnsitz einzuteilen, kulturell konkretisiert werden. Vorher wurden die Menschen an Hand ihrer Diagnosen und deren Schweregrade kategorisiert. Somit würden die Ansprüche Cesares eine Arbeitsteilung bedeuten, die wiederum die Institutionalisierung der Benutzer und der Bediensteten nach sich ziehe. Denn wie ist es über 38 Arbeitsjahre möglich, 40 Wochenstunden mit Menschen zu arbeiten, die beispielsweise an depressiven Stimmungen leiden, wenn nicht durch erhöhte Distanzierung und Selbstschutz um der Identifikation zu entinnen?

Die Überwindung der Arbeitsteilung kann demnach nur an Hand des bestehenden Reformmottos „alle machen alles“ (Vorreformbedienstete) erreicht werden. Dadurch steht das Interesse der Nutzer im Vordergrund und wird über die Gesundheit der Bediensteten erreicht.

Cesares Vorschlag ist gerade unter der Berücksichtigung seines Gesundheitserlebens leichter zu verstehen. Er ist der einzige turnusfreie psychiatrische Krankenpfleger des Teams und wie in einem konventionellen Day Hospital 5 Tage pro Woche part time tagsüber im CSM tätig. In dieser Rolle schafft er die von allen Interviewten und überhaupt weltweit geschätzte Beziehungsarbeit. Er bringt konstant die am DSM ebenso zentrale wie ständig debattierte „therapeutische Kontinuität – *continuità terapeutica*“ auf und lernt die subjektiven Bedürfnisse der Nutzer kennen. Diese Beziehungsnähe (er ist mehreren „sympathisch“ - darauf wird später noch näher eingegangen) lastet jedoch zum großen Teil auf ihm allein, da die übrigen Mitarbeiter durch die Nachtdienste zeitlich und emotional weniger präsent sind. Im Vergleich zu ihnen schafft er eine hohe qualitative Beziehungsarbeit, die ihm wegen der quantitativen Anforderungen eine emotionale ‘Einsperrung’ aufbürdet. Cesare fehlen hingegen die Erfahrungen der Nachtdienste.

Die restlichen Interviewten kritisieren die Nichterrechung der „therapeutischen Kontinuität“ wegen der „Notfallarbeit aus Turnusgründen“ (aus Interviews und der STA-G Analyse), weisen jedoch auf die finanziellen Begünstigungen sowie auf die arbeitsfreien Tage hin, die in der Turnusarbeit gewerkschaftlich vereinbart worden sind. (Wie bereits besprochen, wurde dieses Hindernis 2005 aufgehoben.)

Somit ist Cesares Vorschlag zur Arbeitsteilung auf dem Hintergrund seiner persönlichen Überforderung durch

- die Einsamkeit,
- die Häufigkeit der Anfragen,
- die kontinuierliche Beziehungsarbeit und
- die niedere Bezahlung zu verstehen.

Im Sinne einer allgemeinen Problemlösungsstrategie fordern alle Interviewten eine gewerkschaftliche Vertragsänderung, welche den turnusfreien Bediensteten eine Gehaltsaufbesserung zusichert. Dadurch erwarten sie sich mehr turnusfreie

Bedienstete, wodurch die Einsamkeit und die Häufigkeit der Anfragen auf den Einzelnen reduziert und die „therapeutische Kontinuität“ gewährleistet werden könnte. Weniger Notfallarbeit könnte für Ferruccio dann den Nachtdienst erleichtern, der, wie bereits besprochen, eine Neuorganisation verlangt. Da die Interviewpartner selbst befürchten, dass durch die Angleichung der Gehälter der Nachtdienst nicht mehr gesichert sein würde, ist die Auseinandersetzung mit dieser Thematik noch nicht beendet.

Weiters kann Cesares Belastungserleben auf die zur Zeit noch fehlende Netzwerkarbeit mit den anderen Diensten zurückgeführt werden, und – wie man aus den Interviews ersieht – ist die Selektion der Anfragen ja auch von der Arbeitsbereitschaft und der Organisation (beispielsweise des 24h-Angebots, des Notfalldienstes, der Bettenangebote) anderer Dienste abhängig (außer man lebt mit der Verwahrlosung der Anfragenden - wie es hier nicht der Fall ist).

Bedürfnisse und Anfragen in absehbarer Zeit zu beantworten und sich gegenüber Warteschlangen zu wappnen, stellen Organisationsprioritäten dar.

Es kann schon passieren, dass „der Arzt“ sein „Gespräch drei bis fünf Mal unterbricht“ und „Menschen zur Tür hineingehen und die Pfleger hinterher stürzen“. Cesare erlebt diesen Arbeitsalltag als „unstrukturiert“ und „chaotisch“. Seinen Aussagen zu Folge verursacht diese Praxis unter der geteilten betrieblichen Zielsetzung, die Nutzer nicht einem privaten Gesundheitsmarkt zu überlassen, den „Verlust eines Kundenstockes“. Denn „Menschen, die eine psychiatrische/psychologische Beratung brauchen und aus finanziellen Möglichkeiten die öffentliche Dienstleistung nicht unbedingt berücksichtigen müssen, gehen andere Wege der Beratung“. Sie wenden sich vom CSM ab, „das ihnen keine Beratung in Ruhe anbietet“.

Soziologisch findet eine Selbstselektion der Nutzerzielgruppen und nicht ein Verlust statt, da das DSM heute jährlich mit Anfragen von mehr als 3.550 Menschen arbeitet (Tätigkeitsbericht DSM 2002), während es zur Irrenhauszeit ca. 1.200 waren.

Eventuell unreflektierten Kritiken sei hier sofort vorweggenommen, dass diese Arbeitsorganisation nicht unbedingt eine geringere Dienstleistungsqualität für ökonomisch Schwächere impliziert. Qualität hängt von der Interpretation ab, auf welche bereits in der Diskussion um settinggerechte Psychotherapie eingegangen wurde. Es sei nur noch die Beobachtung angefügt, dass den psychotherapeutisch

Tätigen, einerseits auf Grund der erhöhten Möglichkeit kontinuierlich bestehender Einflussfaktoren (wie sie unter anderem auch die qualitative Sozialforschung bei der Analyse gesammelter Daten postuliert) die akademisch vertretene psychotherapeutische Tätigkeit erschwert wird, während sie (diese Faktoren) andererseits durch die erweiterte Definitionsmacht eine höhere Kreativität ermöglichen, die aus arbeitspsychologischer Sicht die Einsamkeit, beziehungsweise die alleinige Verantwortung, Anfragen beantworten zu müssen, stark reduziert.

Diese Tätigkeitsausübung wirkt sich positiv auf das Belastungserleben aus, da

- es sich um die Intention handelt, die eigene Macht über die Angebote der Wirklichkeit einzudämmen,
- diese für alle Anwesenden nicht berechenbar ist und so wiederum Freiheit vermittelt,
- sie im Hinblick auf die zeitliche Kontinuität der Tätigkeitsausübung und deren Kontext gesehen werden muss.

Folglich kann diese Arbeitshaltung nicht als „unprofessionell“ bezeichnet werden.

Die von Basaglia verlangte „Ablehnung“ psychotherapeutischer Behandlungssettings als Befreiungskonzept in Fragen der Psychopathologie erzeugt seit ihrer Umsetzung während der Reformbewegung eine Konfrontation der Betroffenen und Bediensteten mit der gesellschaftspolitischen Wirklichkeit.

Dadurch zeigt sich, entgegen der Vorausahnung Basaglias, dass selbst der Bedienstete eine Freiheit erreicht, die auch in diesem Arbeitskontext eine Voraussetzung für eine Belastungsreduktion darstellt.

Das Erleben der Anonymität resultiert nicht zuletzt aus der hier beschriebenen offenen Kommunikationsqualität. So war ein generationaler Unterschied der Interviewpartner im Umgang mit der angebotenen Anonymität festzustellen. Bedienstete der Vorreform- und Reformzeit lehnten die Anonymität ab und äußerten permanent den Wunsch nach „Protagonismus“ als interne Kommunikationskultur und eigentliches Zugpferd der Miteinbeziehungs-idee. „Weiß man nämlich nicht, wer sich äußert, kann nicht identifiziert werden, wer sich in welcher Form an der Entwicklung beteiligt“ (BI. Interviewpartner Cesare, Davide, Enrico, Martina, Ferruccio, Beatrice, Andrea).

So interessiert sie „mehr der Protagonismus als die Partizipation, denn wenn man partizipiert, ist man Protagonist; gibt es die Möglichkeit, Protagonist zu sein“. „Doch“, und hier wird die Gewohnheit zur Partizipation und deren Korrelation zur Angst und Abwehr realpolitisch angegangen, „der Protagonismus ist ein unendliches Spiel mit dauernden Opfern und Gewinnern“. Protagonist sein „ist eine Rolle des Ausgesetzt-Seins, sie kann unerträglich werden, manche übernehmen sie und fallen hin“ (Interview Dell’Acqua).

Es handelt sich demnach nicht um den Kausalzusammenhang Partizipation sei die Voraussetzung des Protagonismus. Vielmehr geht es darum, organisationale Rahmenbedingungen zu gewährleisten, welche die Möglichkeit der Selbstverantwortung zulassen, um die Protagonistenrolle zu übernehmen. Dies setzt eine Kultur des „verantwortungsvollen“ Umgangs mit den Aussagen voraus, was die Angst und Abwehr vor/von Betrug, Seilschaften, Macht des Wissens und Ohnmacht des Unwissens reduziert.

Die Anonymität sollte demnach bei partizipationsgewohnten Organisationen eher als Hindernis und weniger als Schutz innerhalb der Mitarbeiterbeteiligung betrachtet werden.

Zusammenfassung

Partizipationsorientierte Organisationen zeichnen sich durch die Verbundenheit der Bediensteten aus und sind an Hand des subjektiven Gesundheitsempfindens, des subjektiven Wachstums, des Standhaltens gegenüber existierenden Widersprüchen und eines geringen Turnovers (hier 10%) erkennbar. Der Grad des Turnover steht im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Kontext.

Merkmale der Kommunikationsfähigkeit einer Organisation im Interesse der Betroffenen sind:

- a) die Verhandlung, die eine Sorge um sich voraussetzt,
- b) die Veränderungsfähigkeit,
- c) die Fähigkeit, Freiheit zu kommunizieren,
- d) die Fähigkeit, in absehbarer Zeit Antworten zu liefern,
- e) die Fähigkeit, Menschen in ihrem Lebenskontext aufzusuchen und
- f) die Fähigkeit, getroffene Vereinbarungen im Team zu teilen.

Die Verhandlung versteht sich als ein Aushandlungsprozess zwischen den Akteuren, wobei Anfragen mit Argumentationen beantwortet werden. Die Veränderung wird als notwendige Fähigkeit der Bediensteten zur Deinstitutionalisierung verstanden. Externe Sichtweisen wie jene der Praktikantinnen, Untersucher und Besucher stellen für alle Bediensteten eine Möglichkeit der Entwicklung dar. In partizipationsorientierten Organisationen wird Freiheit auch an Hand strukturell reduzierter Kommunikationshindernisse ausgedrückt. Gerade kleine Räumlichkeiten fördern die Begegnung, die Interaktion und die menschliche Nähe. Entfremdende Kontrollmechanismen wie Videoüberwachungen und Türsteher werden überflüssig. Voraussetzung ist der offene Zugang für jeden und die Überschaubarkeit sozialer Räume, die überdies durch die Anwesenheit von Bediensteten, Betroffenen und Besuchern gewährleistet werden. Die Anwesenden unterscheiden sich äußerlich kaum voneinander, vielmehr sind sie an ihren Tätigkeiten zu identifizieren. Die so entstandene Ordnung zeichnet sich durch Hervorheben der Vielfalt anstatt Unterdrückung aus und verlangt vom Bediensteten die Fähigkeit, gleichzeitig

themenzentriert mehrere Antworten auf existentielle Fragen liefern zu können. Die Antworten sind in partizipationsorientierten Organisationen allen zugänglich. Effekte dabei sind

- eine Bewusstseinsentwicklung im Sinne einer Fortbildung der Anwesenden direkt auf dem Feld,
- eine Stigmareduzierung durch die entstehende Nähe (im Sinne einer Möglichkeit, Bekanntschaften zu schließen) zwischen den verschiedenen Akteuren gegenüber dem Risiko einer entfremdenden Privacyhaltung und
- erhöhte Einflussfaktoren, die dem Bediensteten eine größere Kreativität in der Auswahl der Antworten ermöglicht.

Dies bewirkt:

- den Abbau von Warteschlangen,
- keine Selektion der Betroffenen, sondern ihre Selbstselektion,
- die zeitliche Gleichberechtigung der Anfragen und
- eine Reduktion des Belastungserlebens.

Die Fähigkeit, Menschen in ihrem Lebenskontext aufzusuchen, zählt zu den zentralen Tätigkeiten einer human orientierten Dienstleistung. Sie gibt den Anstoß dazu, die Kommunikation des Umfeldes zu erlernen. Dadurch wird die notwendige Arbeitsbeziehung zwischen den Akteuren gestärkt, die sich auf das zu entwickelnde gegenseitige Kennen stützt. Für diesen Gesamtprozess müssen Bedienstete im Team in der Lage sein,

- Informationen zirkulär mitzuteilen und
- sich Widersprüchlichkeiten bewusst zu werden.

Ein rotierendes Arbeitstagebuch in Form eines DinA4 Heftes ermöglicht die zeitlich und örtlich ungebundene subjektive Mitteilung an das ganze Team. In diesem offiziellen Dokument werden Beobachtungen, Anfragen und Notwendigkeiten, getroffene Vereinbarungen, Telefonanrufe und anstehende Durchführungsmaßnahmen schriftlich festgehalten. Der Bedienstete muss dafür orthographische und inhaltliche Kompetenzen aufbringen, um sinnvolle Informationen in kurzer Zeit weiterreichen zu können.

Auf Grund der Ressourcenkürzungen sind gegenwärtig die informellen Austauschmomente zwischen Bediensteten geringer geworden, so dass auftretende Widersprüche weniger angesprochen werden können und für jüngere Bedienstete die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung und der Wissensvermittlung eingedämmt werden.

Doch partizipationsorientierte Organisationen zeichnen sich durch eine aktive Verantwortungsübernahme der Bediensteten aus und zeugen damit von den persönlichkeitsfördernden Effekten solcher Organisationsstile. So äußern die hier Interviewten Kritik an der Selbst- und Leitungsverantwortung der formellen Austauschmomente (Versammlungen) und verlangen, um einen differenzierten Grad an Gruppenuniformität zu erreichen,

- die Fähigkeit der Reflexionsentwicklung,
- die Fähigkeit der Sinnfindung für die Selbstmitteilungsmotivation und
- die Fähigkeit der Selbstwertentwicklung gegenüber dem Vorurteil, dem Arzt unterlegen zu sein.

Dafür ist eine themenzentrierte und projektbezogene Kommunikation notwendig. Diese Fähigkeiten stellen die Voraussetzung dar, um Teamdynamiken wie

- den Boykott der Zusammenarbeit und
- Eigeninteressen entgegenzuwirken in kleinen Beziehungs-, Tätigkeits- und Handlungsräumen.

So kann der Machtmissbrauch gegenüber Mitarbeitern und Betroffenen bewusst offengelegt werden.

Partizipationsorientierte Organisationen ermöglichen Rede- und Diskussionsfreiheit für alle, die aber auch an Entscheidungsgrenzen stößt. Die Leitung der Organisation muss die Möglichkeit gewährleisten,

- nicht erreichte Ziele und
- emotional belastende Situationen

ansprechen zu können. Dabei sollen linguistische Strategien wie offene Aufforderungssätze und Problembagatellisierungen vermieden werden. Es sollen inhaltlich und sprachlich schwache Mitarbeiter ernst genommen werden.

Neben den vielen fördernden Aspekten der offenen Kommunikation treten auf Grund externer Einflüsse wie

- Ressourcen- und Personalkürzungen,
- Netzwerkarbeit mit anders organisierten Institutionen und
- gewerkschaftlichen Vertragsbestimmungen

Ermüdungserscheinungen auf. Daraus ergibt sich Belastung auf Grund

- der Häufigkeit der Anfragen,
- der Vereinsamung,
- der Turnusorganisation, die bei turnusfreien eine kontinuierliche, bei turnierenden eine diskontinuierliche Beziehungskontinuität bewirken, und
- der unterschiedlichen Gehälter.

Die Partizipation zeichnet sich durch einen kohärenten Protagonismus der einzelnen Mitwirkenden aus. Die Anonymität wird in partizipationsorientierten Organisationen als Hindernis der Mitarbeiterbeteiligung erlebt. Dies setzt einen verantwortungsvollen Umgang mit personalisierten Aussagen voraus.

Diese Arbeitsweise und deren partizipationsorientierte Organisation befreit mithilfe einer offenen Kommunikation die Betroffenen, wie Basaglia es erwartete. Im Gegensatz zu „der Einsperrung“ der Bediensteten, bewirkte sie eine Belastungsreduktion, deren Ausmaß jedoch von Rationalisierungsmaßnahmen abhängt.

4.4.1.2. Das Phänomen der ‘Führung’ aus Bediensteten- und Nutzersicht

In diesem Abschnitt wird das Phänomen der ‘Führung’ am Dipartimento di Salute Mentale der Stadtprovinz Triest allgemein und die ‘Führung’ des untersuchten CSM (Zentrum für psychische Gesundheit) im Besonderen mit dem Schwerpunkt Entscheidungsmöglichkeit innerhalb der einzelnen Tätigkeiten dargestellt. Diskutiert werden jene Entscheidungsmöglichkeiten, die zuerst die Bediensteten während ihr Angebot erleben und dann die Nutzer in der Angebotsentgegennahme.

Es ist hier nicht mehr möglich, auf die differenzierten Interviewpassagen zum Führungserleben, die in der inhaltlichen Strukturierung erarbeitet wurden, näher einzugehen. Hervorheben möchte ich jedoch, dass die Reformbediensteten bereits im Zusammenhang mit der Führungsdebatte die nicht existierende Entscheidungsmacht als Grund des „Burnouts“ (verschiedene Interviewpartner aller Anstellungsepochen) nennen.

Dem Unterschied zwischen EntscheidungsMÖGLICHKEITEN und EntscheidungsMACHT wird im nächsten Abschnitt der Machtdebatte mehr Aufmerksamkeit geschenkt. In diesem Abschnitt wenden wir uns der Entscheidungsmöglichkeit zu, die sich aus den Ergebnissen der Tätigkeitsanalysen ergaben.

Die Zustimmung zur Entscheidungsmöglichkeit zeigt, dass ein partizipationsorientierter Führungsstil von der Generaldirektion bis in die untersten pyramidalen Ränge der Pflegebediensteten und Nutzer angewandt und erlebt wird. Dies zeugt von konkreter Umsetzung der transversalen Unternehmensführung.

Anmerken möchte ich eine zentrale Beobachtung: Auf höchster Leitungsebene des DSM werden Führungsmodelle angepeilt, die „Familienorganisation“ und/oder „Organisation einer Fußballmannschaft“ (Feldbeobachtungen) genannt werden. Dabei werden formale und informale Interaktionsmomente wie Versammlungen und Rituale der Festlichkeiten sehr gepflegt. Während dieser Begegnungsmomente konnte ich am eigenen Körper die Strategie der Leitungsbediensteten und auch vieler Pflegebediensteter erfahren, als Mitarbeiter regelrecht ‘unter die Fittiche’ genommen

zu werden. Der Körper spielt dabei insofern eine Rolle, als ich verwundert war, dass Direktoren, leitende Ärzte und Psychologen einen nicht nur verbal-kommunikativ, sondern eben auch auf körperlicher Ebene in die Runde aufnahmen. Ich fühlte Wertschätzung und Eingebundenheit. Reflektierte ich diese Verhaltensweise, so fielen mir neben den Ankerstrategien der NLP-Techniken die propagierten Werte von Schein ein. Später kam ich zum Schluss, dass diese Strategie neben der Vorstellung und Einbeziehung der Menschen ein Mitteilen und Ausleben einer Einladung zur genannten zirkulären Affektivität desjenigen ist, der sie ausführt. Dies hilft demjenigen, sich selbst einzubinden, seinen eigenen Körper zu spüren, sich zu stützen. Diese Verhaltensweise ist somit kulturell interpretiert weder eine NLP-Technik noch ein propagierter Wert. Ich persönlich kenne sie aus meiner (süd-)italienischen Biographie und fand sie nun in einem Arbeitsmilieu wieder. Sie ist die Übernahme biographischer Strategien der Sorge um Sich der Bediensteten und für diesen spezifischen Arbeitskontext hilfreich, um sowohl in formalen wie auch in informalen Momenten die eigenen Grenzen erkunden zu können und dabei das Gefühl zu haben, von Menschen umringt zu sein, die über die Einbeziehung emotional an sie gebunden sind. Denn die emotionale Bindung aus der ‘körperlichen Umarmung’, wurde von diesen Bediensteten noch durch die Möglichkeit ergänzt, den Gesprächen beizuwohnen, die gerade in der Runde geführt werden. Während dieser Gespräche wurden arbeitsbezogene Inhalte mit privaten Repräsentationen beispielsweise der Sexualität, der Partnerschaft und der Erziehung kombiniert. Mir als Forscher gaben diese Momente die Möglichkeit, eine Fülle an Informationen zu sammeln, an welchen ich die Komplexität des Gegenstandes immer wieder zu spüren bekam. Für den Neu-Bediensteten, Betroffenen und Angehörigen allgemein findet ein Wissenstransfer und eine Informationsvermittlung statt, die sogleich oder während der bereits angesprochenen Meinungs austauschmomente durch das Sprechen über die Inhalte zu einer Redefinition der Bedeutungen führen. Diese Veränderung, im spezifischen der organisationalen Repräsentationen aus einem Gefühl, sowohl der Einbezogenheit als auch der Verfügung über gleiche Wissensbestände, führt zur Annahme, die eigene private organisationale Repräsentation wäre für sich die einzig richtige. Man vernachlässigt, und dies stellt den Auftrag dar und demnach die Entscheidungsmacht der zuständigen Verantwortlichen, die Reflexion über die privaten organisationalen Repräsentationen in Bezug auf das Richtige für alle. Diese Nichtberücksichtigung verursacht eine

emotionale Geladenheit über bereits besprochene Meinungsaustrauschmomente, denn im weiteren Austausch bemerkt der Mensch nun, seine Repräsentationen weiter verändern zu müssen. Für diese Momente ist es gerade für die Leitungsbediensteten notwendig, geschützt zu sein. Und dieser Schutz ergibt sich aus der praktisch vorgeführten emotionalen Bindung zu anderen Anwesenden, auf deren Interesse sich die Entscheidungsmacht bezieht und sie setzt gleichzeitig Entscheidungs- und Mitsprachemöglichkeit aller voraus.

Wer dies erlebt hat, kennt das prickelnde Gefühl, welches den Körper insgesamt einnimmt und so zum anderen hinbewegt. Dieses Gefühl kann hier nicht wissenschaftlich dokumentiert werden, weil ich zur Selbsterfahrung dazu bisher keine angemessene Methode gefunden habe, sie zu erheben.

Diese Momente der formalen und informalen Versammlungen, Aussprachen und die damit verbundenen gemeinsamen Feiern (und andere Rituale) werden zwar von allen Bediensteten in der aufgefundenen Rationalisierungszeit als zeitraubend erlebt, doch nur von den jüngsten Bediensteten als nicht willkommen empfunden. Den Aussagen aller Bediensteten folgend, ist der Grund darin zu suchen, dass auf diese Selbsterfahrungsmomente wegen der Ressourcenkürzungen ein Alleingelassensein folgt, was mit der heutigen sozialen Wirklichkeit korreliert. Folge davon ist die Verantwortung, bereits in der Ausbildung organisationale Repräsentationen der Distanzierungsstrategie zu vermitteln, d.h., dass die Möglichkeit der Integration von privaten Repräsentationen bestehen soll/muss. Somit kann die beschriebene Distanzierung den frischen Bediensteten vor realpolitisch existierenden Wirklichkeiten der Interessen- und Machtspiele eines auf Konkurrenz basierenden Systems schützen. Den einzigen Ausweg nennen die Interviewten selbst (vgl. dazu vorhergehenden Abschnitt) indem sie alle Bediensteten auffordern, einen wertvollen Umgang mit privaten Informationen zu pflegen.

Weitere am DSM körperlich erlebte Momente waren jedenfalls ein Anfang für eine zeitlich anhaltend starke Gruppe, die erreichen könnte, die notwendigen Veränderungen bei sich und in der Gesellschaft tatsächlich anzugehen und auch durchzustehen. So gelten den Vorreform- und den meisten Reformbediensteten diese Zeichen als zentrale Austauschelemente, mit Hilfe derer sich die ‘*affettività circolare*’, verstanden als eine zirkuläre Affektivität, entwickeln kann. Diese Affektivität zum korrespondenten Kennenlernen wurde zuletzt von mir gemeinsam mit Franca Ongaro

Basaglia während des Fortbildungskurses ‘In Pratica’ 1999 als die Voraussetzung dafür festgelegt, wie belastende Situationen zirkulär affektiv in der Arbeitsgruppe aufgearbeitet werden können.

Das Phänomen der ‘Führung’ am DSM und am untersuchten CSM wäre hier an einem zentralen Punkt der Diskussion angelangt, allein, es fehlt die Zeit zu einer Ausarbeitung. Es zeigte sich nämlich in all den Jahren, dass die Führungspersonen ihren Mitarbeitern bei Ehe- bis juristischen Schwierigkeiten Schutz anboten. Dass die jüngere Belegschaft dieses Erleben nicht teilt, mag mit der Entscheidungsmacht der Leitungsbediensteten selbst zusammenhängen.

Für weitere führungsimmanente Kategorien sei auf die inhaltliche Strukturierung hingewiesen. Hier werden nun abschließend die Ergebnisse aus den Tätigkeitsanalysen diskutiert, wonach das Bewertungskriterium der ‘Entscheidungsmöglichkeit’ darauf gerichtet war, inwieweit jeder sein eigener Meister sein kann, um echte Entscheidungen selber zu treffen, ohne dass Vorgesetzte ständig kontrollieren. Das Ausmaß der Kontrolle repräsentiert die Wissensvermittlung von anzustrebenden Zielen und Aufgaben.

Bewertungskriterium für die STA-G und ETA	Pflegebedienstete	Leitungsbedienstete	Benutzer	Angehörige
Entscheidungsmöglichkeiten– <i>Possibilità di decidere</i>	75%	68%	65%	69%

Übersicht 31: Darstellung der Gesamtbewertung pro Untersuchungsgruppe in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) der Tätigkeitsanalyse

Der Gesamtbewertung der Entscheidungsmöglichkeit ist zu entnehmen, dass die Pflegebediensteten das höchste Maß an Möglichkeiten haben, die Betroffenen hingegen das niederste. Jede Gruppierung bekundet Zufriedenheit über ihre Entscheidungsmöglichkeit.

Nun werden kurz jene Tätigkeiten besprochen, die in Bezug auf die Ausführung seitens der Bediensteten bzw. in Bezug auf die Inanspruchnahme seitens der Nutzer negativ ausfielen.

Negativ bewertete Tätigkeiten der Pflegebediensteten:

18) Dienstversammlungen 19) Externe Versammlungen 21) Zwangseinlieferung, freiwillige Einlieferung, klinische Zwangsfeststellung 42) Geldverwaltung: Renten, Beihilfen, außerordentliche Finanzierungen (Unatantum), Bezahlungen 43) Bote.

Negativ bewertete Tätigkeiten der Leitungsbediensteten:

18. Networking mit Suborganisationen, Aktivierung von Ressourcen, Gefängnis usw. 19. Übernahme der Turnusse und anderer Tätigkeiten bei Personalmangel.

Negativ bewertete Tätigkeiten der Angehörigen: 6. angebotene Zeit 9. Dayhospital 15. Zwangseinlieferungen 20. Psychiatrische Notfallstelle.

Negativ bewertete Tätigkeiten der Betroffenen: keine

(Die unterstrichenen stellen die gänzlich negativ bewerteten Tätigkeiten dar.)

Aus der nach Gruppen differenzierten Darstellung der negativ bewerteten Tätigkeiten betreffend die Entscheidungsmöglichkeiten geht hervor, dass sowohl die Pflegebediensteten als auch die Familienangehörigen im Fall der Tätigkeit der Zwangseinlieferung das Erleben haben, wenig mitentscheiden zu können. Die Betroffenen hingegen sind mit ihrer Entscheidungsmöglichkeit zufrieden. Die Angehörigen erleben bei der Einweisung ihrer Verwandten in die psychiatrische Notfallstelle keine Möglichkeit der Mitentscheidung, was einerseits darauf schließen lässt, dass diese Entscheidung von organisatorischen Faktoren abhängig ist (keine anderen Plätze im Moment frei, keine nächtliche Einlieferung im CSM). Andererseits ist aus den Beobachtungen zu ersehen, dass sowohl die Zwangseinlieferung als auch die Einweisung in das SPDC (psychiatrische Notfallstelle) vorwiegend ein Verhandlungsakt zwischen dem Arzt und dem Betroffenen ist (juridisch ist bei dieser Verhandlung der Bürgermeister als Garant eines demokratischen Ablaufs und als Vertreter des Staates ebenso verwickelt), in welchen die Angehörigen am wenigsten einbezogen werden. Die negative Bewertung der Pflegebediensteten in Bezug auf die Tätigkeiten (42 und 43) hat mit der Führungsmacht zu tun, die im nächsten Abschnitt näher diskutiert wird. So wird sich für die Tätigkeit (42) zeigen, dass die Machtumverteilung bei der Kapitalverwaltung endet. Dies betrifft alle Hierarchieebenen, was in der negativen Bewertung der Tätigkeit (18) seitens der Leitungsbediensteten sich widerspiegelt.

Die Tätigkeit der Boten-Aufgaben steht eindeutig mit der negativ bewerteten Tätigkeit der Rollenniederlegung seitens der Leitungsbediensteten (19) im Zusammenhang, welche ausdrücken, die Kultur ‘alle machen alles’ nicht mehr mittragen zu wollen. Diese Debatte nimmt die eindeutige Differenz zwischen der Vorreform- und Reformzeit auf und deckt sich mit der zugenommenen Professionalisierung auch der Restaurationsbediensteten. Wie bereits im Abschnitt ‘subjektive

Kommunikationsqualität’ ausführlich besprochen, erleben die Bediensteten während der Versammlungen (18, 19) weniger Entscheidungsmöglichkeiten.

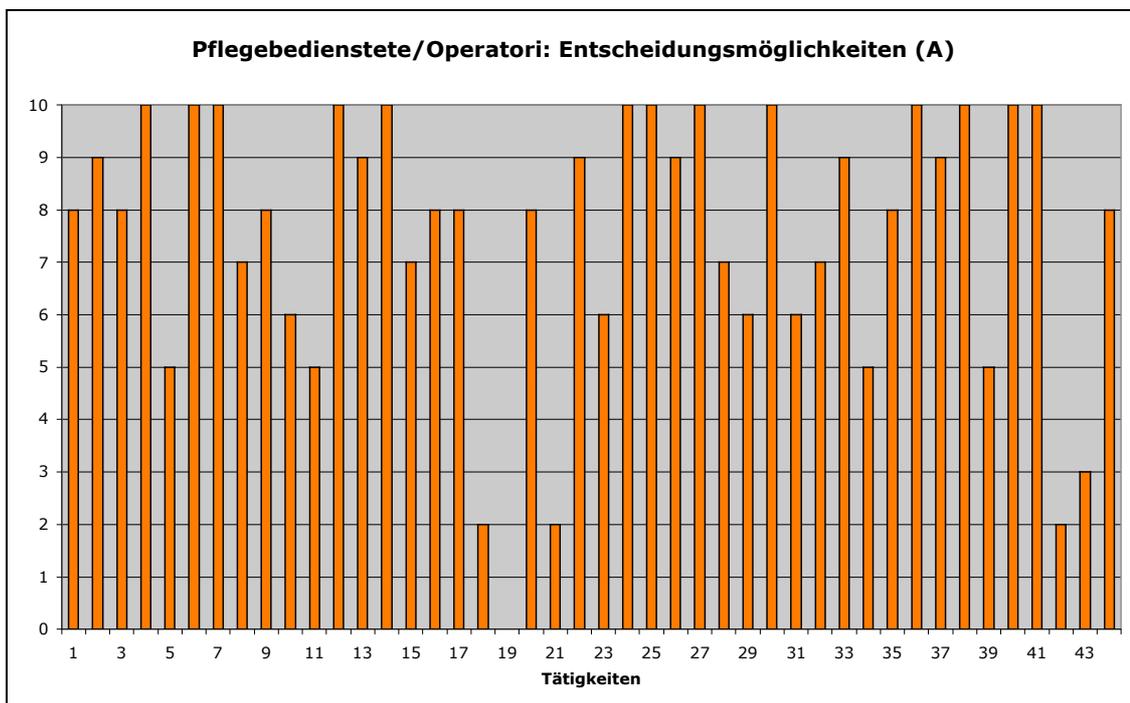


Diagramm 6: Ergebnisse Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) ‘Entscheidungsmöglichkeiten’

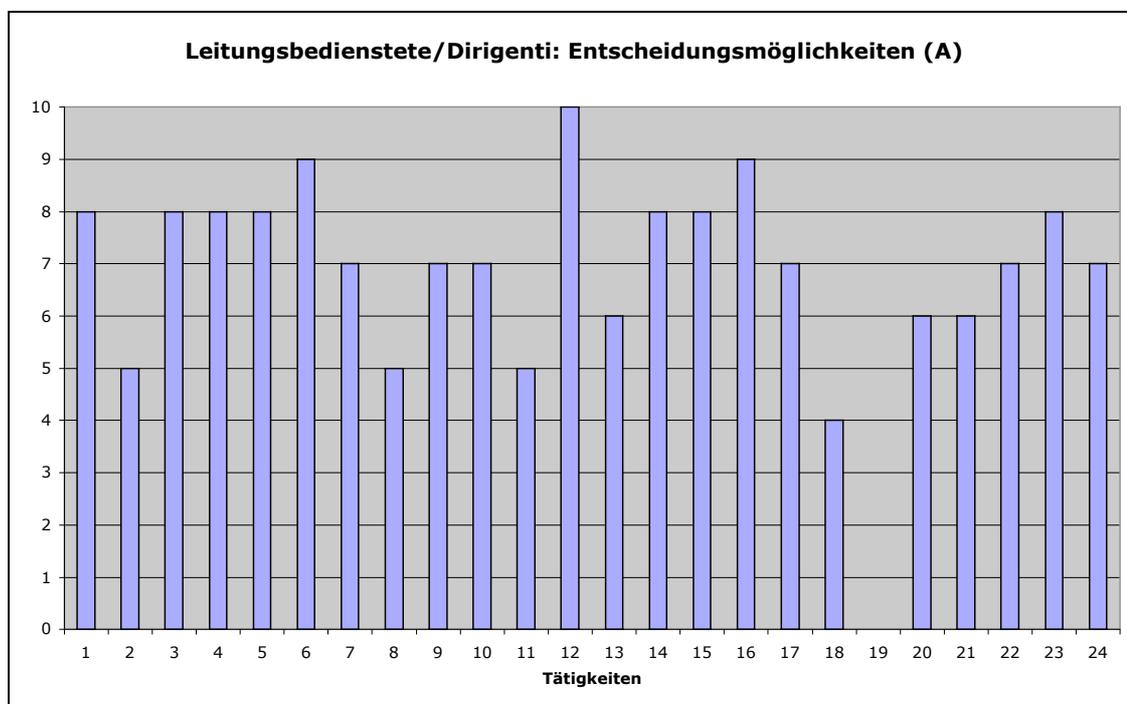


Diagramm 7: Ergebnisse Leitungsbediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) ‘Entscheidungsmöglichkeiten’

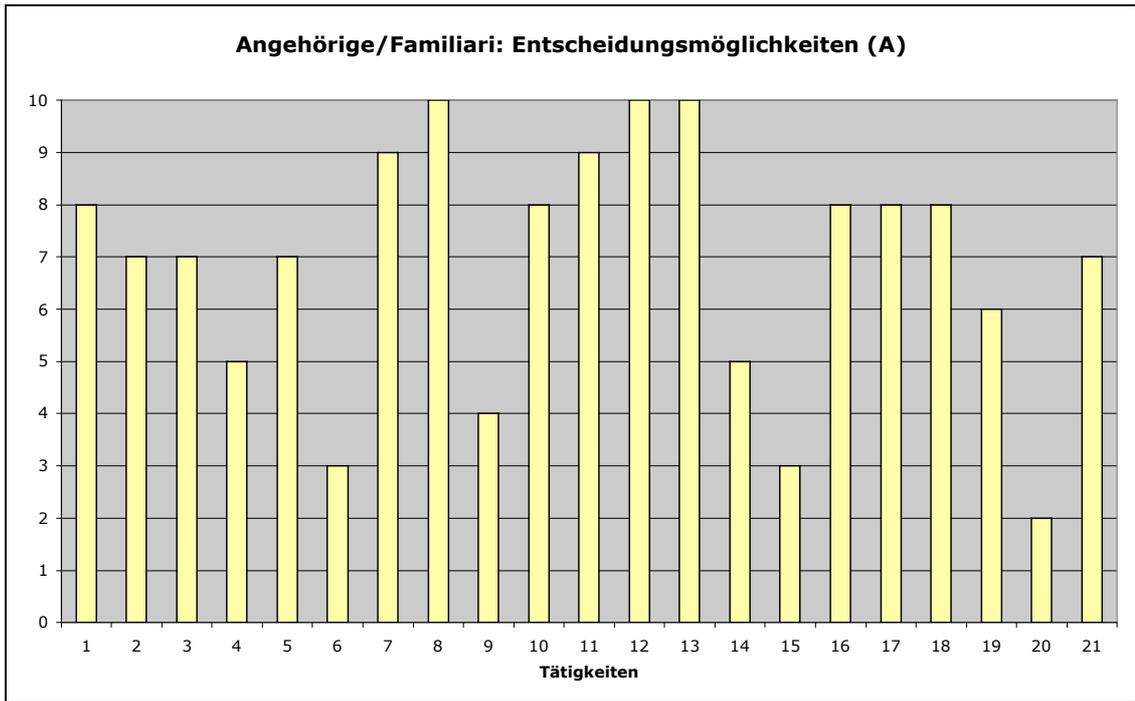


Diagramm 8: Ergebnisse Angehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) 'Entscheidungsmöglichkeiten'

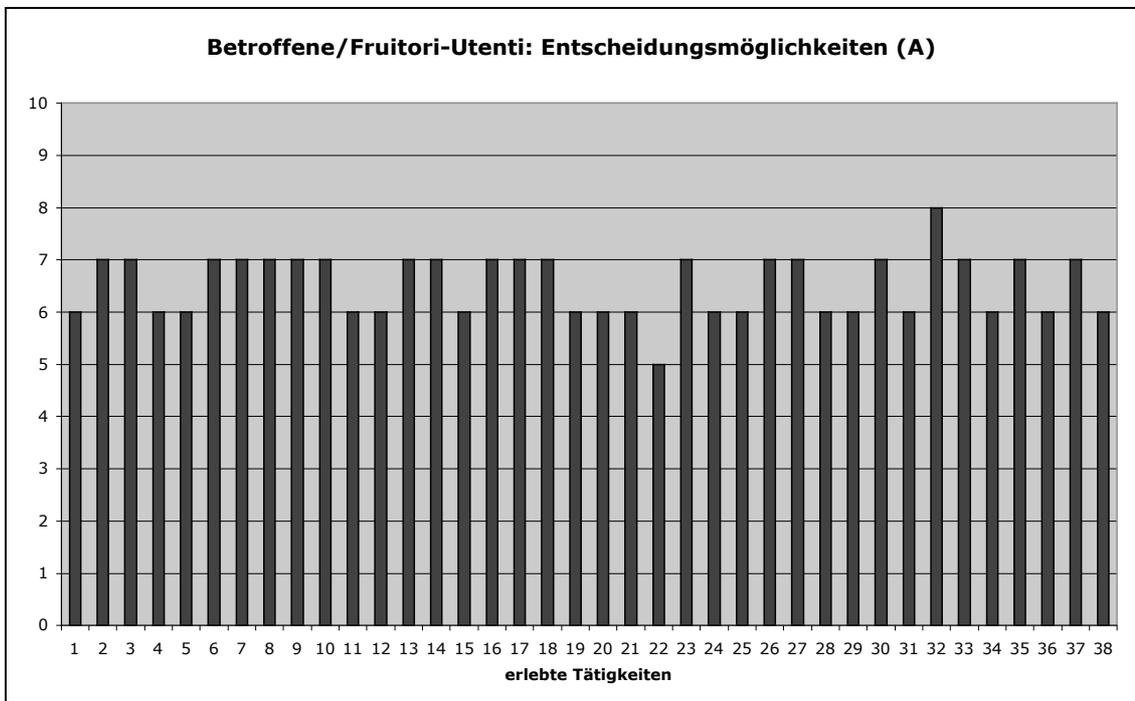


Diagramm 9: Ergebnisse Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (A) 'Entscheidungsmöglichkeiten'

Im nächsten Abschnitt wird gezeigt, dass es sich dabei um eine Bedeutungsdivergenz handelt. So verstehen die Nichtleitungsbediensteten unter Entscheidungsmöglichkeiten letztlich die Entscheidungsmacht.

Das positive Erleben der Betroffenen in Hinblick auf ihre Entscheidungsmöglichkeiten bestätigt meiner Meinung nach das hier vertretene multifaktorielle Gesundheitsmodell mit Schwerpunkt auf psychosozialen Belastungsfaktoren wegen der soziogenetischen Ambivalenzen, wobei die am DSM transparente Entscheidungsmöglichkeit (durch Verhandlungsstrategien, Konsens und Wissensvermittlung) im Vergleich zu der früher erlebten Entscheidungsentziehung bewertet wurde. Somit fand eine vergleichende Bewertung statt nach dem Motto der Schadensbegrenzung, was auch als Interpretation der in der ETA Analyse dargestellten Zufriedenheit der Betroffenen gesehen werden kann.

4.4.1.3. Das Phänomen der ‘Macht’ aus Bedienstetensicht

Bevor die eigentlichen empirischen Ergebnisse dargestellt werden, muss im Zusammenhang zur Machtdebatte daran erinnert werden, wie ich diese Untersuchung durchführen wollte. Lutz von Rosenstiel (1992) wie auch andere namhafte Theoretiker der Organisationspsychologie heben das Praxisdilemma bei der Auftragserteilung hervor als niemals „herrschaftsfreien Diskurs“ (ebd., S. 36), weil die Auftragsformulierung seitens der höheren Führungsebenen der Organisation erfolgt, und der Organisationspsychologe sie nur mit großer Kreativität umzentrieren (umdeuten) kann. Der Organisationspsychologe ist „bei der Auftragserteilung in der Regel in der Position des Schwächeren, dessen materielle Existenz eben auch vom Auftrag abhängt“ (ebd.).

Dies berücksichtigend, nahm ich im Jahr 2000 nach der Offenlegung der verdeckten teilnehmenden Beobachtungen mein ursprüngliches Vorhaben zurück, die noch

weiterzuführende Untersuchung der Organisation zu ‘verkaufen’. Währenddessen wurde ich eingeladen, am DSM als Bediensteter ‘nebenher’ diese Untersuchung weiterzuführen, was ich aber aus befürchteten Dynamiken und Interessenskonflikten ablehnte. Zur gleichen Zeit interessierte sich das Institut für Psychologie mit Univ. Prof. Weber für diese Feldforschung. Somit präsentierte ich unter der Schirmherrschaft der ‘Kirche der Vernunft’ (Pirsig, 1997) im groben die hier explizierte Vorgehensweise dem CSM, der Leitung und der Personalleitung des DSM und ich bekam Einverständnis und Bereitschaft zur Mitarbeit versichert.

Die hier angetroffene und mir bis heute entgegengebrachte Bereitschaft zur Mitarbeit, weiters die freimütige Bereitstellung von Dokumenten wie auch die Erlaubnis, in soziale Orte Einsicht zu nehmen, und die Möglichkeit der Teilnahme am formalen wie informalen Austausch von Informations- und Wissensbeständen aller Hierarchieebenen (vom jüngsten Pflegebediensteten bis zum Generaldirektor des territorialen Krankenhausbetriebes), zeugt bereits von einem beachtenswerten Umgang mit der Macht, nämlich ihre Verteilung auf alle transversalen Ebenen, mit Einbeziehung der Nutzer. Dies verlangt eine erhöhte Risikobereitschaft und Vertrauenshaltung. Die drei aufgefundenen Grenzen dieser Machtverteilung betrafen

- a) die Kapitalverwaltung,
- b) die psychopharmakologische Behandlung und
- c) die Letztentscheidung bei komplexen Entscheidungsprozessen.

Die Kapitalverwaltung hatte ich innerhalb verschiedener Projektarbeiten beobachten können und sie betraf 2005 auch diese Untersuchung. Nachdem ich eine schriftliche Anfrage an die Leitung des DSM und zur Durchsicht den verschiedenen VertreterInnen der an der Untersuchung mitarbeitenden Gruppierungen versandt hatte, erteilte mir der Direktor des DSM eine Absage. Die Verweigerung des DSM, die Untersuchung auch in Zeiten der Ressourcenknappheit zu unterstützen, bezog sich auf die festgelegte Ausgangslage der finanziellen Unabhängigkeit dieser Untersuchung und wurde meinerseits konsequenterweise den Bediensteten und den Nutzern rückgemeldet.

Die bereits über zweijährige finanzielle Notlage bis zur Fertigstellung der Untersuchung im März 2007, verunmöglichte zusätzlich die sozialwissenschaftliche Methode konsequent in ihrer Offenheit für Neues und in ihrer Nachvollziehbarkeit zu

Ende zu führen, wobei die Durchführung einiger geplanten Survey Feedbacks und die Zukunftskonferenz trotzdem stattfanden.

Die Verantwortung dafür ist somit beim formalen Auftraggeber der Universität Innsbruck zu sehen (genauer genommen beim Bildungsministerium und den beauftragten Organisationsentwicklungsverantwortlichen der Republik Österreich), welcher auf Grund der letzten Änderungen des österreichischen Universitätsgesetzes bezüglich der Kapitalverwaltung wieder regionalistische Kriterien einführte. Gemäß diesen Kriterien wurde meine Staatsbürgerschaft (Italien) und die Tatsache, meine in Österreich ausgeübten Studentenjobs nicht belegen zu können, wodurch meine Angelegenheit unter die Klausel eines fünf Jahre lang in Österreich für 40 Wochenstunden tätigen Ausländers fiel, mir so weit zum Verhängnis, dass mir kein Anrecht auf finanzielle Förderungen zuerkannt wurde. Aus diesem Grund fallen die hier im Abschnitt 4.4. zu behandelnden zentralen organisationspsychologischen Fragen kurz und prägnant aus. Die nicht vorhandenen finanziellen Möglichkeiten zwingen mich, diese Ergebnisse in kapazitärer Notlage zu erarbeiten.

Doch zurück zur Untersuchung: Leitungsbedienstete stellten während der teilnehmenden Beobachtung zu verschiedenen Zeitpunkten fest, die Macht der (psychopharmakologischen) Behandlungsentscheidung nach der Miteinbeziehung der Person für sich beanspruchen zu müssen, auch weil juristische Implikationen sie dazu veranlassen.

Was die Letztentscheidung bei komplexen Entscheidungsprozessen betrifft, sei hervorgehoben, dass bereits Basaglia darauf hinwies, wie in solchen Situationen die Macht immer „riskiert, an Boden“ zu gewinnen (2002, S. 61), und die Definitionsmacht des Technikers darin besteht, „eine Strategie zu finden, damit wir nicht von ihr überrollt werden“ (ebd.). Strategien, um von der (eigenen) Definitionsmacht nicht überrollt zu werden, wurden bis zu diesem Punkt am Beispiel organisationaler Demokratie dargestellt. Bei dieser versuchen die Leitungsbediensteten Macht abzugeben, dafür vermitteln sie Wissen, Informationen und gestalten nach ihrer Erfahrung und aus ihrem Rollenverständnis heraus Vorschläge, die aus der Miteinbeziehung resultieren. In Momenten, in denen der Bedienstete [mit der Krankenhauskultur (bei Krankenpflegern) oder allgemein mit Selbstwertgefühlen und aus seiner Selbstsicht] dem Arzt unterlegen ist, ihm aber seine Meinung bzw. Vorschläge zu einer Problemsituation darlegt und dann vor die endgültige

Entscheidung des Vorgesetzten gestellt ist, kommt, um es mit gestaltpsychologischen Worten auszudrücken, ‘sehr viel hoch’. In solchen Situationen werden inhaltliche Aspekte mit subjektiv biographisch-kulturellen Aspekten vermischt. An diesem Punkt prallen die organisationalen Repräsentationen der Interaktionspartner aufeinander. Es handelte sich oft um Entscheidungen, dies konnte ich während der Mittagsversammlungen beobachten, wofür der Vorgesetzte zwar die Meinung der Anwesenden einholte, weiterhin aber den Schwächeren vor so genannten betriebsblinden Entscheidungen schützen musste.

Ein Beispiel dafür stellt die Geschichte eines Ehepaares dar, welches seit einigen Jahren durchgehend Kontakt mit dem CSM hatte. Ein Partner hatte zudem ein Suchtproblem, welches sich in einer erhöhten Aggressivität innerhalb der Partnerschaft äußerte. Dafür arbeitete die Suchtabteilung vernetzt mit dem CSM. Auf Strafen wegen Gewalttaten außerhalb der Partnerschaft folgten für den Partner Gefängnisaufenthalte, welche stets vom CSM begleitet wurden. Als der andere Partner sich wieder einmal mit Körperverletzungen im CSM aufhielt und verzweifelt auf den geliebten aber gewalttätigen Partner wartete, diskutierte man, wie man diese Situation (eine permanent verletzte Person, die auch Momente psychischer ‘Störungen’ wie Halluzinationen, starke Gefühlsschwankungen usw. im CSM auslebte) endlich in den Griff bekommen konnte. Der Vorschlag der Pflegebediensteten war, den verletzten Partner im CSM zu behalten, bis man eine Wohnmöglichkeit gefunden hatte, und in der Zwischenzeit wollte man dem aggressiven Partner die Kontaktaufnahme verbieten. Man war im Großen und Ganzen mit diesem Vorschlag einverstanden, mit Ausnahme des leitenden Arztes. Sein Argument bezog sich auf das Recht des verletzten Partners, Anzeige wegen körperlicher Gewalt zu erstatten, um so eine Trennung vorzunehmen. So wäre auch das CSM verantwortlich gewesen, den verletzten Partner zu schützen. Doch man wusste gar nicht, ob dieser überhaupt geschützt werden wollte, denn man hatte schon öfter diesen Vorschlag geäußert. Man wäre jedoch nicht befähigt, an Stelle der Menschen zu entscheiden, sondern man müsste sie in ihren eigenen (hier vielleicht auch sexuellen) Entscheidungen begleiten. Der Leiter interpretierte die Vorschläge als eine Antwort auf die untragbare Situation am CSM, Ehekonflikte emotions- und gewaltgeladen auszutragen. Er führte an, dass es nicht die Entscheidung des CSM sei festzulegen, welche Sexualitäts- und Partnerschaftsform, wenn auch gewaltsam ausgetragen, die richtige sei. Vielmehr müsse man durch die Gegenwärtigkeit und das

Beharren den Kontakt mit dem Ehepaar aufrechterhalten, um immer wieder die Problematik anzusprechen. Auch habe man den Verdacht auf eine Instrumentalisierung des CSM durch das Paar, das sich vielleicht nach wochenlangem grenzenlosen Eheleben dort mit Psychopharmaka, Essen, Schlafen und Waschen regenerieren wollte. Es wäre demnach notwendig, über das Phänomen hinweg den Inhalten der Handlungen nachzuspüren, die Bedürfnisse immer wieder zu erkunden und bei beiden das Bewusstsein zu schaffen, diese sicherlich tiefe Leidenssituation ändern zu wollen.

Diese Entscheidung des leitenden Arztes in Bezug auf die Sexualität konnte ich an Hand eines anderen Beispiels verstehen, als Herr Rodolfo (von dem bereits die Rede war) von einem Leitungsbediensteten so weit in seiner Sexualität eingeschränkt wurde, dass im CSM verweilende, ihm gegenüber sexuell interessierte Frauen über seine sexuellen Gewalttaten informiert wurden. Herr Rodolfo bezog mich in diese Debatte ein, mit dem Gefühl, ich würde auf seiner Seite stehen. Doch die Argumentation des Bediensteten war jene, dem Auftrag nachzugehen, die Schwächeren zu schützen und erst in zweiter Linie mit seinen sexuellen Versuchen einverstanden zu sein, wenn beispielsweise die interessierte Frau von seiner Tat weiß und sie in einem starken Moment des Lebens (und nicht während einer Krise) es für gut befinden kann. Weiters wäre es notwendig, dass Herr Rodolfo ein Bewusstsein für seine Tat entwickelte und dies könne unter anderem nachvollzogen werden, würde er beginnen, als erwachsener Mann sich konkret (Arbeit usw.) um seine Familie zu kümmern, was nicht bedeutet, dass er seine Ehepartnerin wieder lieben müsse. Nach dieser Aussprache stand Herr Rodolfo auf und ging in den Garten weinen.

An diesem Beispiel verstand ich sowohl in Bezug auf klinische als auch auf arbeits- und organisationspsychologische Herangehensweisen, was die Mitstreiterin Basaglias, Franca Ongaro Basaglia 1982 (S. 270) am Schluss der Ausarbeitung ‘Salute/Malattia’ (Gesundheit/Krankheit) folgert, wenn sie vorschlägt, die Knoten in den Dynamiken der Beziehungen zwischen Wissen und Macht zu suchen und zu lösen, dadurch dass der Techniker sein Wissen als Wissensmöglichkeit der Kontrolle, auch sich selbst gegenüber, bereitstellt. Diese auch der psychosozialen Beratung zu Grunde liegende Absicht der Wissensvermittlung, die nicht der eigenen Definitionsmacht ausgesetzt sein will, wird am DSM an Hand verschiedener Strategien umgesetzt, wie etwa über themenreiche Ausbildungs- und Fortbildungsreihen (siehe www.triestesalutementale.it), die viel diskutierten Versammlungen, über die

Entscheidungsmöglichkeiten der Einzelnen, die Autonomie bei der Durchführung von Tätigkeiten, die organisationalen Strategien der Untergruppen und über die Rotation der Verantwortung. Daraus entwickelten sich Tätigkeiten, von denen schon einige besprochen wurden.

In diesem Abschnitt wurden die Effekte behandelt, die ausgehend von den Tätigkeiten das Erleben der Bediensteten und der Nutzer bestimmen. Dazu wurde das Phänomen der Macht in seiner Bedeutung aus der Sicht der Pflegebediensteten an Hand der Interviewaussagen erarbeitet.

Wenden wir uns also den organisationalen Repräsentationen in Bezug auf das Phänomen der Macht der drei verschiedenen Anstellungsgruppen der Pflegebediensteten zu, um daraus eine letzte historische Redefinition der Frage vorzunehmen, wie sich das Verständnis und die Bedeutung von Macht am DSM entwickelte und was sich dabei herauskristallisierte.

4.4.1.3.1. Die historische Redefinition des Machtphänomens

Die Vorreformbediensteten konstatieren eine gesellschaftliche Veränderung von den 60iger Jahren bis heute und brachten das Beispiel eines ordinärsten Feminismus (wofür eine Interviewpartnerin das Beispiel des Verbots, stehend zu urinieren nennt), der die für lange Zeit bestandene komplementäre Frau-Mann Machtbeziehung aufhob und vor allem dem Mann den Boden unter den Füßen wegriss. Für die Interviewpartnerin verursacht diese schwindende Macht auf der Männerseite heute wiederum eine Einbuße auf der Frauenseite.

Für die Arbeitsinteraktion mit Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose empfehlen sie, das Phänomen der Macht auf der Seite der Bediensteten zu interpretieren. Denn daraus könnten die verschiedenen Interviewpartner aller Anstellungsepochen eine Angstreduktion dem Nutzer gegenüber erleben. Sie meinen dabei nicht die Irrenhausmacht, die sich auf Gewalt stützt, sondern sprechen von ihrer getroffenen Entscheidung, eine Verhandlungs- und Überzeugungsmacht anzuwenden.

In der Dialoghaltung, die sich daraus entwickelt hat, finden sie heute den Ausdruck von Macht.

In Bezug auf die Irrenhausgewalt erinnern sich die Reformbediensteten an eine Pflegergruppe der Vorreformbediensteten, die in sich einig war und dadurch viel Macht besaß, allerdings mit der Intention, die Reform zu verunmöglichen. Ihre Macht stützte und äußerte sich in einer

- Gewalt als therapeutischem Mittel in Bezug auf die Betroffenen,
- Gewalt, die den älteren Teammitgliedern entgegengebracht wurde als Widerstand gegen die Reform und
- Gewalt aus Angst vor den neu einzuführenden Berufsbildern, durch die sie möglicherweise ersetzt werden sollten.

Sie erreichten, die reformwilligen Mitarbeiter in eine arbeitsunfähige Position zu bringen und vermittelten den jüngeren Bediensteten, die Arbeit wäre wie der Krieg. Deshalb rieten sie, den Menschen niemals den Rücken zuzukehren und ihnen nicht zu viel Vertrauen zu schenken. Die Leitungsebene war sich dieser Gewalt bewusst und benutzte diese gewaltsamen Bediensteten gegenüber schwierigen Nutzern, aber um diese Bediensteten zu neutralisieren und die Probleme mit der restlichen Pflegerschaft zu verringern. Bei Gewaltanwendungen seitens dieser Reformgegner (aber auch allgemein) wurde, nach vielen Versuchen, die Bediensteten zu beschwichtigen, die Polizei eingeschaltet.

Demgegenüber vertreten die Reformbediensteten heute noch die Arbeitshaltung der Macht- und der Rechtsgleichheit. Damit leugnen sie nicht die Macht. Für sie handelt es sich vielmehr um den Ansatz, Rechtsgleichheit zu ermöglichen, bei der sie selbst die Ausübung der eigenen Macht einschränken mit dem Effekt, dass der Andere die Möglichkeit bekommt, seine persönliche Macht auszuüben, „um zu sein, wer man ist“ (Int. E.). Die Reformbediensteten unterstreichen die dafür notwendige Rahmenbedingung, nämlich in einem Team arbeiten zu können und nie alleine, denn gerade das einsame Arbeiten bewirkt die Anwendung der eigenen Macht, weil man der Macht des anderen allein und ohne eigene Allmachtenwendung nicht gewachsen ist.

Es sind sich alle Bediensteten bewusst, dass Ärzte und Krankenpfleger einerseits wegen der gesetzlichen Bestimmungen, andererseits wegen gewerkschaftlicher Stärken

jene Gruppierungen sind, die innerhalb einer Gesundheitsorganisation die größte Macht besitzen. Dabei besteht das Risiko, dass die Ärzte den Krankenpflegern und die Krankenpfleger den Nutzern gegenüber ein von persönlichen Interessen gekennzeichnetes Machtspiel spielen. Zwischen Ärzten und Krankenpflegern sind letztere theoretisch die Entscheidungsmächtigeren, weil sie am meisten am Alltagsleben der Menschen beteiligt sind. Alle Bediensteten sehen in den Ärzten jedoch die stärkeren, wobei die Restaurationsbediensteten ihnen diese Stärke weniger wegen der Professionalisierung zuschreiben, als vielmehr deshalb, weil die Ärzte die Träger und Empfänger der Informationen und des Kapitalbesitzes sind. Eine Veränderung (wie sie beispielsweise in England vollzogen wurde, wo die Krankenpfleger die stationären psychiatrischen Versorgungssysteme leiten) kann demnach nur mit Hilfe gesetzlicher Bestimmungen auf nationaler Ebene vollzogen werden, dann gibt der Arzt auch Macht ab.

Doch diese Abgabe von Macht seitens der Ärzte erleben die Restaurationsbediensteten am wenigsten. So belasten sie weniger die schwierigen Arbeitsgeschichten, worüber sowohl sie als auch die Reformbediensteten berichten, davon im Schlaf noch verfolgt zu sein, als viel mehr die „Anforderungen, die sich aus den institutionellen Gruppendynamiken und Machtrollen ergeben“ (Int. H., K. 103). Als Bewältigungsstrategien bezüglich der Arbeitsgeschichten zählen sie die Erfahrungs- und Reflexionszeit, die Beziehung und Nähe mit und zu den Menschen und schließlich das interne Teamklima.

Den Machtumgang erleben sie wie die Reformbediensteten im engen Zusammenhang mit der Entscheidungsmacht. Beide Bedienstetengruppen erleben sehr viele EntscheidungsMÖGLICHKEITEN, wie im vorherigen Abschnitt ausgearbeitet wurde. Am DSM und CSM könne man zu jedem Thema die eigene Meinung sagen, und man wird sogar aufgefordert, es zu tun. Doch im Unterschied zu den Vorreformbediensteten stellen sie die Entscheidungsmöglichkeiten auf die gleiche Ebene wie die Entscheidungsmacht und erleben somit diese Möglichkeiten als ein „so-tun-als-ob“ es eine Mitentscheidung gäbe, wenn auch letztlich doch der Mächtigere die Entscheidungen trifft. Aus diesen Aussagen ist zu schließen, dass die jüngeren Bediensteten in hierarchischen Organisationen ein Partizipationsverständnis solcher Art haben, als ob die Entscheidung des Schwächeren ohne Abwägung umgesetzt würde. Im Vergleich zu den Vorreformbediensteten nehmen sie nicht das Gefühl für

den Entwicklungsprozess wahr, der sich durch Miteinbeziehung in Entscheidungen ergibt. Wie die Vorreformbediensteten es beschreiben, sind hier wiederum die Leitungsbediensteten gefragt, die Grenzen, die ihnen gegenüber aufgestellt werden, zu ertragen. Der Entwicklungsprozess tritt jedoch auf alle Fälle ein, denn sogar die jüngsten Bediensteten schaffen die Metareflexion, Implikationen zu berücksichtigen, denen die Vorgesetzten ausgesetzt sind. Sie sehen die höchsten Leitungsbediensteten einer Gesamtsystemmacht ausgesetzt, mit deren Hilfe Anträge anderer Leitungsbediensteter mit Strategien der Hartnäckigkeit, wie beispielsweise der Erpressung, erfüllt werden. Die Restaurationsbediensteten vergleichen diese Strategie und deren Effekt mit der am Arbeitsalltag beobachteten Strategie der Aufmerksamkeitslenkung von Menschen mit der Diagnose ‘Manie’ gegenüber jener von Menschen mit der Diagnose ‘Depression’. Die ersteren würden sich dadurch unterscheiden, dass sie weniger Gesamtsystemreflexion praktizieren, sondern und laut und deutlich ihre Bedürfnisse ‘schreien’, während die anderen in gedämpfter Stimmungslage kleinlaut weniger Aufmerksamkeit einfordern und nur zurückhaltend ihre Bedürfnisse anmelden. Solche Überlegungen wurden öfter während der Beobachtungen innerhalb des CSM und DSM diskutiert. Sie wirkt dahingehend, bei Ressourcekürzungen etwa die Aufmerksamkeit bzw. die Wahrnehmung darauf gelenkt zu haben, was im ersten Moment bedrohlich erscheint, wie beispielsweise auf Menschen, die schreien, erpressen, und so Druck ausüben.

Die Vorreformbediensteten sehen in dieser Strategie nicht nur Negatives, denn auch Basaglia erreichte die Veränderung zum Ersten, weil er Arzt (gesellschaftlich angesehene Macht) war und zum Zweiten, weil er mit der politischen Macht als solcher insoweit verhandelte, dass er die Aufmerksamkeit klar auf die Missstände des Irrenhauses lenkte. Daraufhin wurden Kunst-Aktionen organisiert, die die Aufmerksamkeit der Stadtbewohner erregten, nachdem Phantasiearbeiten anfangs der 70er Jahre im psychiatrischen Krankenhaus San Giovanni zum ‘Großen Theater des Marco Cavallo’ (vgl. Scabia, 1976) geführt hatten. Das dort hergestellte trojanische Pferd ‘Marco Cavallo’ wurde von den ehemaligen Irrenhausinsassen und deren Wächtern durch die Stadt von Triest (und in den folgenden Jahrzehnten durch europäische und südamerikanische Städte) gezogen, die Befreiung symbolisierend. Aus dieser und vielen anderen kreativen Erfahrungen lernten die bereits damals Bediensteten die politische Macht zu verstehen, ihr strategisch zu begegnen und sie zu

verändern, im Bewusstsein, davon nicht beeinflusst werden zu können, weil die Politik „der Preis des Brotes ist“ (Int. B.). Sie erachten daher die Verhandlungen mit der politischen Macht als notwendig für eine Veränderung, vorausgesetzt, man vergisst nicht die eigentliche Veränderungsintention.

Im Gegensatz dazu äußern sie große Bedenken gegenüber der aktuellen politischen Machtanwendung, die sich am Beispiel der Vermarktung von Computersimulationsspielen aufzeigen lässt und Freiheit zur generellen Manipulation organisiert, während die Technologieentwicklung für das allgemeine Wohl einzusetzen wäre.

Für die Vorreformbediensteten bedeutet der Umgang mit Macht nicht eine Absage an die Hierarchien, sondern Verantwortungsübernahme der Mächtigen, der Leitungsebene also. So erlebten sie die Verordnung Basaglias, die weiße Krankenhausbekleidung nach einer freiwilligen Probezeit abzulegen, als ein Zeichen gegen die Macht, die den Nutzern entgegengebracht wurde, und sie erlebten auch im Zusammenhang mit den eigenen Selbstverteidigungsstrategien klare Differenzierungen in der Interaktion. Die Veränderungen einschließlich der Niederlegung jeder Gewaltanwendung und des Freiheitsentzuges, kurz, die gesamte Reform, ging von der Leitungsebene aus und wird heute von allen Bediensteten mitgetragen, nachdem die Gegner sich entweder vom Gegenteil überzeugen ließen oder, wie bereits angesprochen, im positiven Sinn strategisch ‘benutzt’ wurden, sie verließen die Organisation bzw. gingen in Pension.

Gehen wir einen Schritt zurück. Die geringe Entscheidungsmacht, die von den Reform- und Restaurationsbediensteten empfunden wird, führt nach ihren Aussagen zu einer Demotivierung. In der Folge wird die „Macht der Nichtmächtigen“ angewendet, und es findet eine Abschiebung der Arbeiten auf die Leitungsebene statt, aber vor allem drückt sich darin Unzufriedenheit aus. Der Umgang mit dieser Konsequenz wird somit auch zur Verantwortung der Leitungsebene. Dazu sahen wir im Abschnitt zur ‘Kommunikationsqualität’ und am Beispiel des weiter oben besprochenen schwierigen Ehepaares, dass die Vermittlung von Wissen präventiv ein Lernen der Jüngeren bewirkt und somit organisationale Repräsentationen formt bzw. verändert. Jedoch auch die Leitungsbediensteten unterliegen einem enormen Zeitdruck, und diese beispielhafte Situation, die auf dem Papier fast eine Seite einnimmt, läuft in der Praxis innerhalb weniger Minuten ab (wenn es lange dauert). Währenddessen schätzen die Vorreformbediensteten bei ihren Vorgesetzten den Umgang mit Unwohlsein, mit

Grenzen, mit Vorwürfen usw. Sie beobachten, dass diese Situationen ertragen bzw. ausgehalten werden, um weiter im Interesse der Schwächeren (Nutzer) Entscheidungen zu treffen. Vom metareflexiven Bewusstsein der eigenen Grenzen zeugt das interessante Ergebnis, welches jedoch außerhalb der Situation geäußert wurde, dass alle Pflegebediensteten in solchen Momenten des Aufeinandertreffens verschiedener organisationaler Repräsentationen unter Zeitdruck die Notwendigkeit kundtun, keine Macht haben zu wollen, und auch Arbeitsaufträge von Seiten der Leitungsbediensteten abweisen wollen. Insofern ist es allen Bediensteten willkommen, dass in ihrer Organisation eine Hierarchie besteht. Es besteht die Möglichkeit, Verantwortung abzugeben.

Daraus kann man ersehen, dass die vorgefundenen Anstrengungen für eine transversale Hierarchie sich nicht nur auf die Wünsche der Pflegebediensteten, sondern auch auf die Einsicht der Leitungsbediensteten stützen. Der Einsatz schlug sich insofern nieder, als man nun verantwortungsvollere, motiviertere, selbstständigere Mitarbeiter hat, denen man, und dies konnte ich am Beispiel der Vorreform- und Reformbediensteten deutlich beobachten, Leitungsaufgaben, schwierige Entscheidungen usw. delegieren kann, so dass die Kräfte weiterhin für andere Menschen investiert werden können. In Anbetracht dessen unterscheidet sich der hochkomplexe Tätigkeitsbereich der psychischen Gesundheit von anderen insofern, als die Menschen nach einigen Gesprächen und einer Begleitung beim Wiedereinstieg in die Arbeitswelt nicht sofort wieder vor deiner offenen Tür stehen.

Die Grenzen der Anderen äußern sich für die Reformbediensteten am Beispiel der Institutionalisierung, also der Schaffung kleiner Interessensspiele zum Nachteil der Schwächeren, die in der Arbeitsgruppe gegenseitig toleriert werden, weil sie jedem eine Ausweichmöglichkeit gestatten. Demnach verlangt das Ertragen dieser Grenzen eine Verantwortungsübernahme seitens der Leitungsbediensteten, die mit Hilfe der Niederlegung der professionell zugeschriebenen Rolle geschehen soll und in erster Linie jene Verantwortung meint, den Menschen aus der Institution hinauszubegleiten – kurz – ihn zu deinstitutionalisieren. In der Niederlegung der kulturellen, implizit erwarteten Verhaltensweisen und Aufgabenausführungen beispielsweise eines Arztes oder eines Psychologen etc. sehen die Vorreformbediensteten eine Niederlegung der Rollen. Dies begründet eine ko-respondierende Sensibilisierung für einen Perspektivenwechsel des Anderen und stellt den Menschen und nicht seine Rolle in

den Mittelpunkt. In diesem Sinn war und ist für die Vorreformbediensteten die Forderung Basaglias zentral, nämlich den Versuch zu unternehmen, den Menschen zu sehen, ohne der Gesellschaft den Vorrang zu geben. Denn: „Befreist du den Menschen“, auch in beunruhigenden politischen Situationen, „befreist du einen Teil der Gesellschaft“ (Int. F.).

Am Beispiel der Umsetzung organisatorischer Top-down-Entscheidungen explizieren die Vorreformbediensteten die „Macht der Nichtmächtigen“ (Int. A.). Dabei greifen sie auf die Möglichkeit der breiten Basis zurück, Entscheidungen sabotieren zu können, mit Duldung der höheren Leitungsebene. Diese Sabotage ist von der Macht gegenüber den Arbeitskollegen gekennzeichnet, während sie gegenüber den Nutzern auf Grund der verwickelten Interessensdynamiken geringer ist. Zwei einfache Beispiele der Niederlegung der Rollenmacht innerhalb der Arbeitsgruppe liefern zum einen die Vorreformbediensteten, indem sie an ihren Vorgesetzten die Ausübung von Tätigkeiten wie die Vorbereitung des Buffets bei Festlichkeiten schätzen. Zum anderen schätzen die Reformbediensteten einerseits, dass es im CSM kein Vorrecht in der Auswahl der Besprechungszimmer gibt, die nicht den bestimmten Berufsbildern zugewiesen sind, andererseits dass bestimmte Leitungsbedienstete auch Aufgaben übernehmen, die nicht ihrem Rollenbild entsprechen. Demnach sehen Vorreform- und Reformbedienstete in der Auswahl und Zuweisung von spezifischen Tätigkeiten innerhalb einer ganzheitlichen Arbeitsdurchführung die Konsolidierung von Macht zum Nachteil der Schwächeren. Arbeitspsychologisch ermöglicht eine ganzheitliche Arbeitsdurchführung die Förderung der Kompetenzen, das Erleben des Prozesses und einen höheren Einfluss auf die Motivation. Wohlgermerkt ist in diesem hochkomplexen Arbeitsbereich der Einfluss auf die Motivation nicht immer positiv, da die von schweren Leiden gekennzeichneten Prozesse auch Jahrzehnte dauern und die (positiven) Veränderungen nicht immer sofort wahrgenommen werden.

Zusammenfassung

Schlussfolgernd ergibt sich, dass die Förderung einer ganzheitlichen Arbeitsdurchführung aller Berufsbilder eine Reduzierung möglicher Machtspiele herbeiführt.

Die Vorreformbediensteten empfehlen auch, die eigene Professionalität und die Interessenvertretungen der eigenen Berufsbild-communities ständig zu hinterfragen, da sie sich meist mit den eigenen Grenzen überlagern. Diese Überlegung setzten die Reformbediensteten um, indem sie in der Interaktion mit anderen sich nicht als allmächtig geben. Dies wird heute laut den Vorreformbediensteten im Vergleich zu früher dadurch erschwert, dass die verschiedenen staatlichen Verwaltungsorgane (Gemeinde, Provinz, Region) durch ihre Hinwendung zu ökonomischen Weltbildern den Handlungsspielraum vermindern, auch weil Macht beispielsweise durch Verwaltungsstrafen und ökonomische Nachteile aufoktroiert wird. Zugleich erleben die Reform- und Restaurationsbediensteten diese Verwaltungsmacht als Ohnmacht, weil sie kaum in die Lage versetzt werden, etwas im Interesse der sozial Schwächeren bewegen und beeinflussen zu können.

Dem gegenüber steht das während der Beobachtungen und in den Interviews oftmals aufgezeigte Vorgehen der Leitungsbediensteten, den sich vor der Arbeit drückenden Mitarbeitern (nach Aussage der meisten Interviewten sind es 20%) ohne Sanktionen zu begegnen und so fehlerfreundlich zu sein. Gleichzeitig bewirkt dies bei jenen, die sich selbst als tüchtig definieren, ein In-Frage-Stellen der eigenen Anstrengungen. Die seit einigen Jahren eingeführte Strategie der Vergabe von Prämien, die auf Grund gewerkschaftlicher Bestimmungen und organisationsinterner Dynamiken mit der Gleichbehandlung aller umgesetzt wird, wie die bisher einer organisationalen Demokratie zugeschriebenen Organisationsstrategien, lösen nicht das Dilemma zwischen Apathie und Engagement. Die Strategie der Fehlerfreundlichkeit an Stelle einer mit Konsequenzen versehenen Strategie der Leitungsbediensteten ist der Versuch, der Apathie mancher Mitarbeiter mittels der Aufrechterhaltung ihrer Einbeziehung nachhaltig entgegenzuwirken. Die Erfolge einer solchen Strategie sind vom Faktor Zeit abhängig und sie werden in Perioden der Ressourcenkürzungen gruppenintern verstärkt problematisiert. So ergab sich bisher, dass auch die

Ressourcenkürzungen das Dilemma nicht lösen, es zwar in einer besonders heftigen Form offenlegen, was sich zum Nachteil der Schwächeren (hier Nutzer und Pflegebedienstete) auswirkt. Die Leitungsbediensteten versuchen hingegen die Übertragung des beschriebenen Umganges mit Nutzern auf die eigenen Mitarbeiter. Eine Offenlegung dieser Vorgehensweise und eine klärende Aussprache mit den betroffenen Mitarbeitern würde der Gruppenrolle die Rotation ermöglichen, wonach jeder Bedienstete Zeiten der Apathie und Zeiten einer hohen Arbeitsmotivation leben könnte, wie es zur Zeit der Reform geschah. Doch dafür fehlen heute die zeitlichen und personellen Ressourcen. Es bleibt die Anstrengung der Techniker (Leitungsbediensteten) zur Motivierung ihrer Mitarbeiter, die Strategien des Einbeziehens, der Entscheidungsmöglichkeit, ihres Beharrens, des anhaltenden Tätigseins, des In-der-Gruppe-Verweilen-Müssens (und zugleich Des-sich-damit-Konfrontierens) und der Fehlerfreundlichkeit.

4.4.1.4. Ressourcenanreicherung durch institutionelle Rahmenbedingungen aus Bediensteten- und Nutzersicht: der Abwechslungsreichtum, die Qualifikation und die Kooperation

Die Ressourcenanreicherung durch institutionelle Rahmenbedingungen stellt den letzten Ergebnisabschnitt dar, der aus den Tätigkeitsanalysen erarbeitet wurde. Für die Bediensteten handelt es sich dabei, immer in Anlehnung an das erweiterte Belastungsmodell von Oesterreich und Volpert (1999), um das Erleben der Tätigkeiten an Hand der Eigenschaften des ‘Abwechslungsreichtums bzw. der Tätigkeitsvielfältigkeit’ (4.4.1.4.1.) (Bewertungskriterium (B) der STA-G und ETA Analysen), der ‘Selbstentwicklungs- und Qualifikationsmöglichkeiten’ (4.4.1.4.2.) (Bewertungskriterium (C) und (F) der STA-G und ETA Analysen) und schließlich der ‘Kooperationsmöglichkeiten’ (4.4.1.4.3.) (Bewertungskriterium (D) der STA-G und ETA Analysen).

Das Bewertungskriterium (B) der Abwechslung bei der Tätigkeit evaluierte das Monotonieerleben und wurde bereits in Abschnitt (4.3.) teilweise zur Bewertung der ‘subjektiven Arbeitsstrategien’ am Beispiel der Pflegebediensteten und der ‘Tätigkeitsbeitragsleistung’ (Bewertungskriterium E) herangezogen. Dieses Kriterium erarbeitete die Langeweile, die sich aus automatisierter Tätigkeitsausführung ergibt, weil „ständig im gleichen Trott gearbeitet“ (Frei und Duell, 1986) werden muss. Positiv bewertete Tätigkeiten führen dazu, Langeweile und Ermüdung zu vermeiden, weil von „Zeit zu Zeit andere Arbeiten verrichtet“ (ebd.) werden können.

Das Bewertungskriterium C) zeigt die Möglichkeit auf, in der Arbeit dazuzulernen. So tauchen in der Arbeit ab und zu neue Probleme auf, die man nicht mit Routine bewältigen kann. Dazulernen kann man dabei aber nur, wenn diese Probleme nicht als Störung auftreten, sondern als Herausforderung angenommen werden. Erst wenn man selbst kontrollieren kann, ob und wie man seine Ziele erreicht hat, kann man sein weiteres Verhalten entsprechend verbessern. Das Bewertungskriterium (F) der positiven Zukunftsaussichten, die durch die Verrichtung der Tätigkeiten erschlossen werden, evaluiert die Arbeit aus der Sicht, ob sie möglicherweise eine „Sackgasse“ (ebd.) darstellt. Demzufolge ist dieses Bewertungskriterium darauf gerichtet, wie die

Tätigkeit und die Arbeit insgesamt (und darüber hinaus) persönliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bzw. – qualifikationen, entsprechende Anreize und die nötige materielle Sicherheit bieten kann.

Das Bewertungskriterium (D) gibt Hinweise darauf, wie groß die gegenseitige Unterstützung und Respektierung bei der Durchführung der Tätigkeiten ist. Es wurde mit Blick auf die Möglichkeiten einer gegenseitigen Hilfeleistung gemessen. Der Erfolg der eigenen Arbeit hängt demnach auch vom Erfolg der Arbeit der Mitarbeiter ab. Jede Arbeit ist für das Ganze in dem Ausmaß erfolgreich, wie man sich gegenseitig respektieren kann.

Aus der Sicht der Nutzer stehen die Abwechslung (Kriterium B) und die Kooperation (D) für den Umfang der Deinstitutionalisierung, die die Nutzer durch die erhaltenen Tätigkeiten erleben können. Die Bewertungskriterien der Qualifikationsmöglichkeiten (C) und der positiven Zukunftsaussichten (F) zeigen, inwieweit die notwendige Kompetenzaneignung für die Deinstitutionalisierung und Selbstständigkeit durch die empfangenen Tätigkeiten erreicht wurde.

Bewertungskriterium für die STA-G und ETA	Pflegebedienstete	Leistungsbedienstete	Benutzer	Angehörige
(B) Abwechslungsreichtum bzw. Tätigkeitsvielfältigkeit – <i>Varietà nelle attività</i>	41%	84%	63%	57%
(D) Gegenseitige Unterstützung– Kooperation <i>Sostegno e rispetto reciproco</i>	55%	74%	66%	64%
(C) Selbstentwicklung und Qualifikationsmöglichkeiten– <i>Momenti formativi</i>	54%	70%	66%	58%

(F) Positive Zukunftsau- sichten- Selbstent- wicklung <i>prospettive future positive</i>	47%	72%	68%	61%
--	-----	-----	-----	-----

Übersicht 32: Darstellung der Gesamtbewertung pro Untersuchungsgruppe in Hinblick auf die Bewertungskriterien der Tätigkeitsanalysen (B), (D), (C) und (F)

Die kurz ausgearbeitete Gegenüberstellung zeigt am Schluss dieser Untersuchung wie stark die Tätigkeiten nutzerbezogen sind. So zeigt dieser letzte Abschnitt neben der Darstellung des Tätigkeitserlebens der Bediensteten, inwieweit sich die Nutzer im Zentrum der Aufmerksamkeit und der Anstrengungen der Bediensteten erleben.

4.4.1.4.1. Der Abwechslungsreichtum bzw. die Tätigkeitsvielfältigkeit aus der Sicht der Bediensteten und der Nutzer

Wie aus der Gesamtdarstellung ersichtlich, zeigen sich die Pflegebediensteten mit dem Grad des Abwechslungsreichtums der Tätigkeiten unzufrieden, während die Leitungsbediensteten viel Abwechslung erleben. Die Betroffenen bewerteten die Abwechslung weniger schwach als ihre Angehörigen. Alle Bewertungen, mit Ausnahme jener der Pflegebediensteten, liegen jedoch im positiven Bereich.

Im spezifischen bewerteten die Pflegebediensteten die Tätigkeiten 3, 4, 5, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 31, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44 als monoton, während die Leitungsbediensteten alle Tätigkeiten als abwechslungsreich erlebten. Die monotonen Tätigkeiten, die die Pflegebediensteten durchführen sind die

3) Therapievergabe 4) Pflege der Person/ Zentrum (Betten/Grundbetreuung) 5) Betreuung der Familienangehörigen- und der Benutzergruppen 9) Aktivierung anderer Dienste: Gemeinde, Sanitäre Dienste, Krankenhaus, Freiwilligenverein, Familienärzte, Öffentliche Sicherheit, Rechtsanwälte, Tierschutz 10) Autobegleitung von Benutzern und Ärzten 15) Suche von bekannten problemreichen Personen außerhalb der Zone auf Signalisierung 16) Telefondienste 17) Aufnahme im CSM 18) Dienstversammlungen 19) Externe Versammlungen 21) Zwangseinlieferung, freiwillige Einlieferung, klinische Zwangsfeststellung 22) Psychopharmakologische Arbeit 23) Beziehung mit dem psychiatrischen Dienst für Diagnose und Pflege (psychiatrische Notfall- Erstpflege SPDC) 24) Nacht/Tageskontrolle der Türen, Fenster, Sicherheit 27) Schließung der Türen am Tag 29) Krisenbewältigung auf dem Territorium 31) Krisenbewältigung in Privatwohnungen 34) Day Hospital 35) Blutabnahmen und Überbringung bzw. Begleitung 39) interne oder externe Weiterbildung 40) Pflege/Erhaltung Autos 41) Wäscherei für stationär Betroffene 42) Geldverwaltung: Renten, Beihilfen, außerordentliche Finanzierungen (Unatantum), Bezahlungen 43) Tätigkeit als Bote 44) Zusammenarbeit mit: 118 Rettung, Polizei, Feuerwehr, CSM, Stadtpolizei, Carabinieri, Finanzpolizei, Bahnpolizei, WWF.

Die unterstrichenen Tätigkeiten sind jene, welche eindeutig negativ sind. Folgende Tätigkeiten hingegen erleben die Pflegebediensteten als abwechslungsreich, wobei die unterstrichenen mit dem Höchstwert 10 bewertet wurden:

1) Visite im Sprechzimmer 2) Hausbesuche 6) Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation zwischen Nutzern und Tutoren 7) Basispsychopädagogische Eingriffe: Waschen, Autobus, Kochen 8) Überprüfungs- und Unterstützungsgespräche: „Therapeutisches Projekt“ 11) Organisation von Fortbildungskursen: Benutzer/Ang./Neuangestellte, Kochkurse, Theaterkurse 12) Außerklinische Tätigkeiten: Theater, Küche, Sport, Ausflüge, Urlaub, Feierlichkeiten, Kaffeerunden, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesung der Wochen/Tageszeitung, Ausstellungen, Museen 13) Vertretung und Tutoring in Schulen und bei Aus- Fortbildungen: OSS, OTA, prof. Krankenpfleger, ausländische Gruppen, Praktikanten 14) Individuelle intensive Betreuung 20) Tagebuchvermerke 25) Spielerische Tätigkeiten 26) Erleichterung des Benutzers/Zentrums durch Ausgang mit Pfleger 28) Körperliche/chemische Eindämmung, Abraten und Beruhigung: Einbringung des Körpers über Umarmung; Überwachung der Tür 30) Krisenbewältigung im Urlaub 32) Krisenbewältigung im CSM/ZPG 33) Mediation zw. Bediensteten- Betroffenen-Angehörigen 36) Interne - externe Fachunterstützungen 37) Unterstützung des Benutzers bei externen Einlieferungen 38) Vereinsaktivitäten.

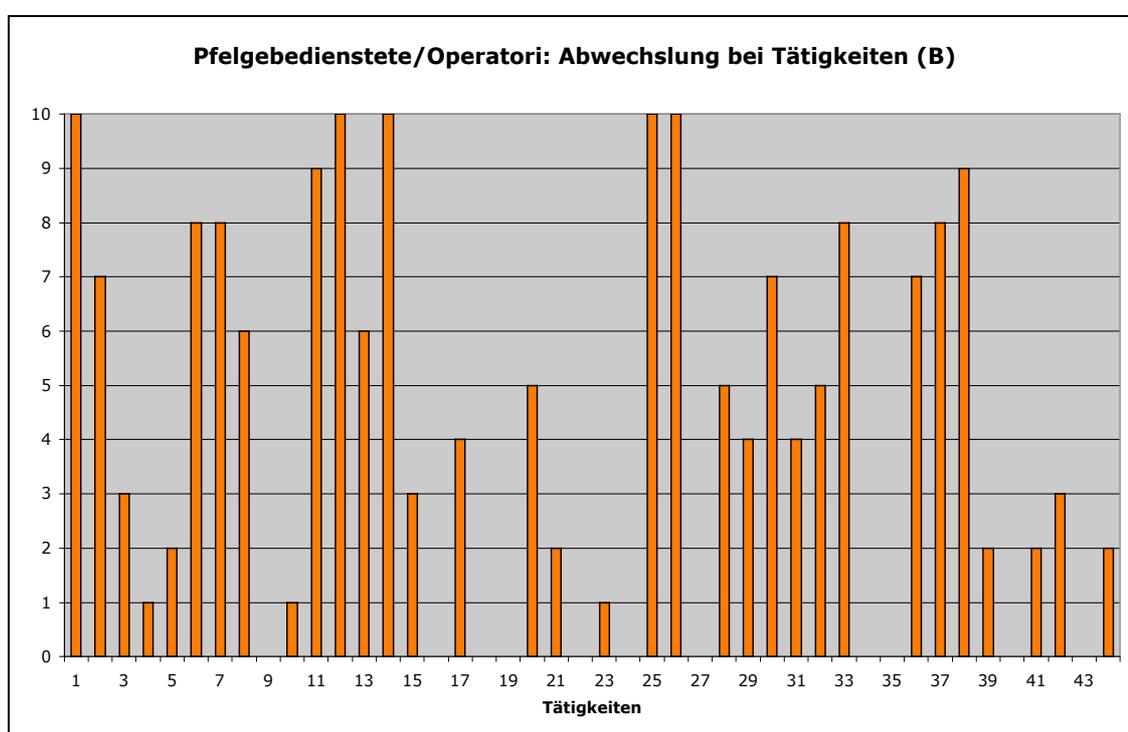


Diagramm 10: Ergebnisse aus der STA-G der Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) 'Abwechslung der Tätigkeiten'

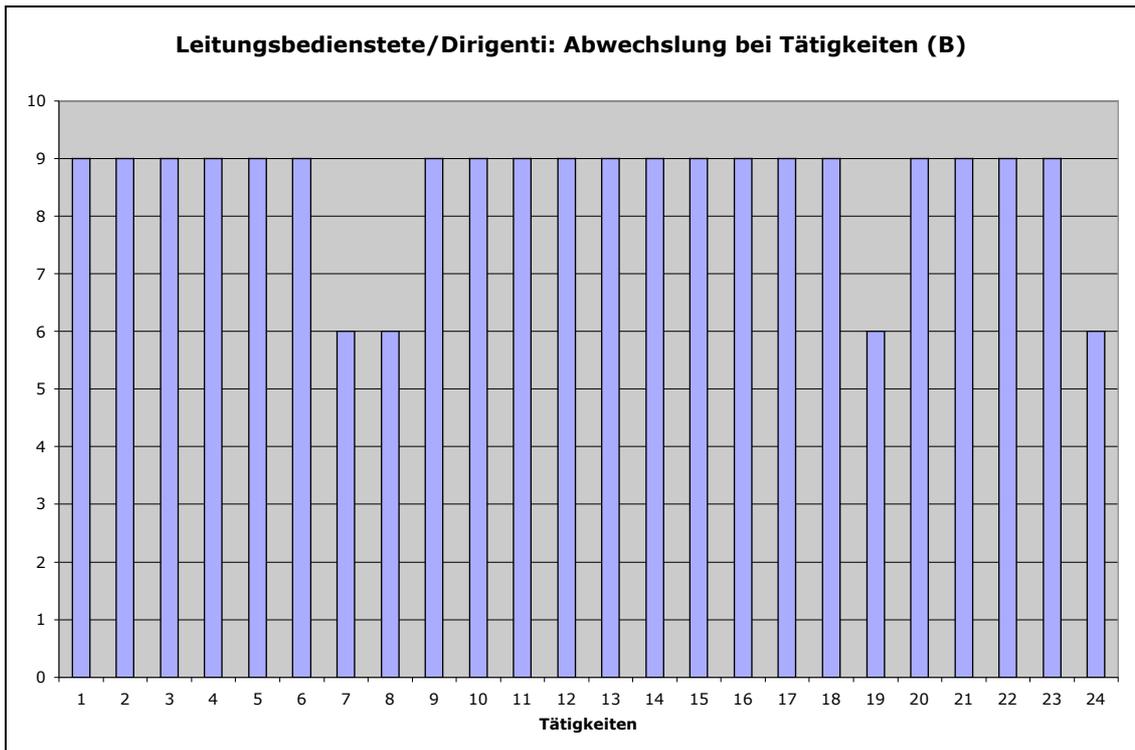


Diagramm 11: Ergebnisse aus der STA-G der Leitungsbediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) ‘Abwechslung der Tätigkeiten‘

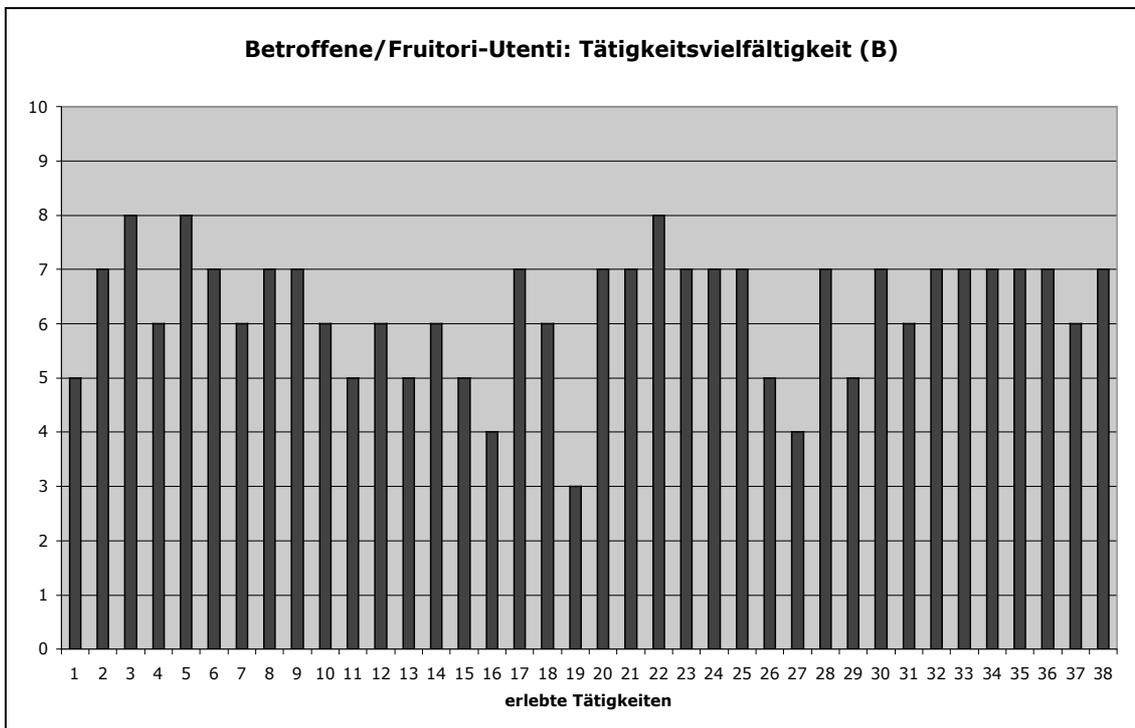


Diagramm 12: Ergebnisse aus der ETA der Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) ‘Abwechslung der Tätigkeiten‘

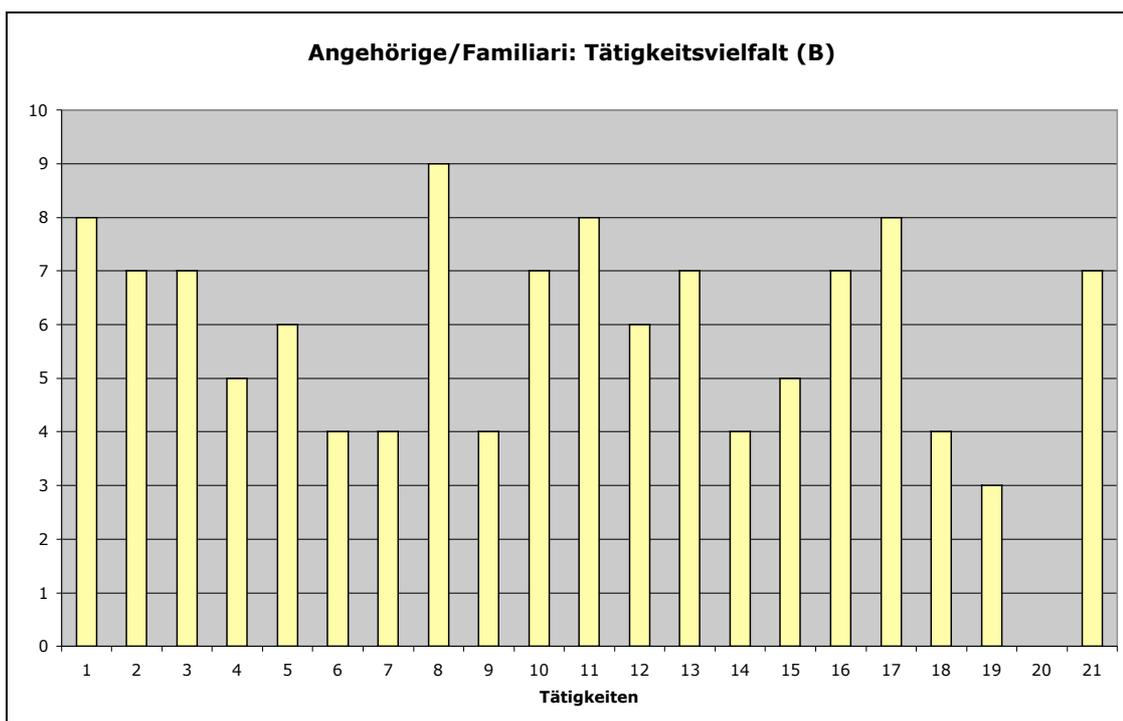


Diagramm 13: Ergebnisse aus der ETA der Angehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (B) 'Abwechslung der Tätigkeiten'

Die Pflegebediensteten bewerten daher die (1) Visite im Sprechzimmer, alle außerklinischen Tätigkeiten (12), die individuelle Betreuung (14), die spielerischen Tätigkeiten (25) und den Ausgang aus dem CSM mit den Betroffenen (26) als die abwechslungsreichsten Tätigkeiten. Demgegenüber erleben sie am eintönigsten die Tätigkeiten der Aktivierung anderer Dienste (9), den Telefondienst (16), die organisationsinternen und -externen Versammlungen (18 und 19), die psychopharmakologische Arbeit (22), die Nacht- und Tageskontrollen der Türen (24), die Day Hospital Tätigkeit (34), Blutabnahmen und der Überbringung bzw. Begleitung (35), die Pflege und Erhaltung der Autos (40) und schließlich die Botendiensttätigkeiten (43).

Im Unterschied dazu bewerteten die Leitungsbediensteten keine der Tätigkeiten weder mit einem positiven noch mit einem negativen Höchstwert. Am monotonsten, doch immer noch im positiven Bereich der Bewertungsskala erleben sie die Tätigkeiten während der Sozialisierungsgruppen (7), der Netzwerkkontakte (8), der Übernahme der Turnusdienste und anderer Tätigkeiten bei Personalmangel (19), der Aktivierung von Hausbesuchen und die Geldverwaltung (24). Alle anderen Tätigkeiten wurden als gleich abwechslungsreich bewertet.

Demgegenüber erleben die Betroffenen die Tätigkeiten 16, 19 und 27 als abwechslungsarm, die Angehörigen hingegen die Tätigkeiten 6, 7, 9, 14, 18, 19 und 20.

Schaut man bei den Betroffenen die Tätigkeiten der Struktur Zyp (16), der Alternativtherapien (19) und der Regionalgelder für Selfhelp (27) genau an, so bewerteten sie die Tätigkeiten des Arbeitsstipendiums (3), des Gesprächs (5) und der Konfrontation mit der Stadt als die abwechslungsreichsten Tätigkeiten.

Die Angehörigen erleben für sich und ihre betroffenen Verwandten die Tätigkeiten der freiwilligen Einweisung (8) nach dem etwas monotoneren und trotzdem positiv bewerteten Bereich der Tätigkeiten der Beziehungen zu den Familienangehörigen (1), dem Beziehungskontakt bei Krisen (11) und den Tätigkeiten, die die Praktikanten (17) einbringen als sehr abwechslungsreich. Die Tätigkeiten der Sozialisierung und der Aktivitäten der Miteinbeziehung der Benutzer (2), der propädeutischen Aktivitäten zur Arbeitseingliederung (3), der Auswahlmöglichkeiten (5), der Urlaubsaufenthalte (10), des Sich-Annehmens (16), der Möglichkeit zur Invalidität (13), der Psychopharmaka (16) und der Annahmestelle (21) beinhalten alle Zuwendungen, die im positiv bewerteten Bereich liegen und demnach als genug abwechslungsreich erlebt werden.

Am monotonsten erleben die Angehörigen die Tätigkeit der Psychiatrischen Notfallstelle (20). Etwas weniger eintönig, jedoch immer noch im negativ bewerteten Bereich, erleben sie die Logistik der Orte (4), die angebotene Zeit (6), die Begleitungen (7), das Dayhospital (9), die spezialisierten Untersuchungen (14), die Zwangseinlieferungen (15), die Tätigkeiten zur Trennung als Wachstumsprozess, bei denen das DSM als Brücke zwischen Familie und Betroffenen fungiert (18) und die Arbeitseingliederung (19).

Bei den meisten negativ bewerteten Tätigkeiten seitens der Nutzer handelt es sich um solche Tätigkeiten, die als nicht abwechslungsreich erlebt werden, weil sie durch die Ressourcenkürzungen kaum normgerecht angeboten werden können und weniger, weil die Nutzer die Tätigkeiten als solche in Frage stellen und als abwechslungsarm erleben. Nachzuvollziehen ist diese Interpretationsdifferenzierung in den drei Bewertungsversuchen der Vergangenheit (schwarze Schriftfarbe), der Gegenwart (rote Schriftfarbe) und der Idee/Ideal (blaue Schriftfarbe). Diese differenzierte Auswertung ist in der Anlage unter der Excel-Datei 'Tätigkeitsanalysen' zu finden. Daraus ist zu ersehen, dass die Angehörigen die Tätigkeiten der Zwangseinlieferung (15) in ihrer

Idee als abwechslungsarm erleben, unabhängig von den Ressourcen und der Durchführungsmöglichkeit der Bediensteten. Dagegen sind die Analyseergebnisse für die psychiatrische Notfallstelle (20) nicht genügend aussagekräftig, um eine Differenzierung vorzunehmen, während alle anderen für die Gegenwart negativ resultierenden Tätigkeiten in ihrer Idee als positiv bewertet wurden.

Die negative Bewertung der angebotenen Zeit (Tätigkeit 6) hingegen lässt erkennen, wie die Angehörigen die Abwechslungsarmut (und nicht nur) im Tätigkeitserleben im Zusammenhang mit den Ressourcenkürzungen wahrnehmen. Sie sind sich seit der Diskussion um die Bewertungen darüber einig, nicht den Bediensteten allein die Verantwortung beispielsweise der investierten Zeit zu übertragen, sondern sie kommen sogar an den Metablick einer gesellschaftspolitischen Verantwortung heran.

4.4.1.4.2. Die Qualifikations- und Selbstentwicklungsmöglichkeiten aus der Sicht der Bediensteten und Nutzer

Empfinden die Pflegebediensteten die Qualifikations- und Selbstentwicklungsmöglichkeiten nur knapp positiv (C+F: 50,5%), so erleben die Leitungsbediensteten durch die zu verrichtenden Tätigkeiten einen hohen Grad (C+F: 71%) an Qualifikations- und Selbstentwicklungsmöglichkeiten.

Das Verständnis von Qualifikation und Selbstentwicklung ist hier an den positiven Zukunftsaussichten festgemacht. Demnach drückt die Bewertung der Pflegebediensteten aus, kaum positive Zukunftsaussichten vorzufinden. Dies wird auch durch die negative Meinung zu positiven Zukunftsaussichten und durch einige Interviewaussagen (z.B. Int. M, I und II) bestätigt, wo Bedienstete in kritischen Arbeitsmomenten selten erleben, Möglichkeiten für einen kreativen Arbeitswechsel entwickeln zu können. Daraus resultiert die Annahme (man müsste dazu die genauen Interviewaussagen heranziehen, was jedoch nicht mehr möglich ist), dass die Pflegebediensteten tatsächlich auch organisationsintern prospektiv weniger Chancen auf Karriere sehen. Denn es sind weder von gewerkschaftlichen Bestimmungen für Pflegebedienstete Karrieremöglichkeiten vorgesehen, noch gelingt es der Organisation,

diesbezüglich *alle* Bediensteten zufriedenzustellen. Diese Interpretation betrifft im Besonderen die Reformbediensteten. Die Restaurationsbediensteten äußern beispielsweise keine Ansprüche auf Leitungsaufgaben, was wahrscheinlich mit der möglichen Entwicklung zur Führungsfigur zusammenhängt. Ich konnte feststellen, dass die am DSM umgesetzten Strategien der Entscheidungsmöglichkeiten in einem zeitlichen Kontinuum das Arbeitsbewusstsein und die Entscheidungsfähigkeit von Leitungsrollen förderten. Nach Jahren der nutzernahen Arbeitspraxis wird auch der Krankenpfleger (obwohl er nicht dazu ausgebildet wurde) eine potentielle Führungsperson.

Die Organisation reagiert seit Jahren auf dieses Phänomen und implementierte einige der Vorreformbediensteten in Leitungspositionen, die auch eine Gehaltsveränderung einbrachten, weil sie gewerkschaftlich anerkannt sind. Jedoch die Erhöhung des Pensionsalters und die inzwischen eingeführte Möglichkeit der externen Projektarbeit verursacht eine Verlängerung der Berufszeit. Damit bekommt die nachrückende Pflegerschaft der Reformbediensteten weniger Möglichkeiten für solche Positionen.

Manchen gelingt es jedoch, sich innerhalb des DSM zu organisieren, indem sie bestimmte Projekte entwickeln, für die sie verantwortlich sind, andere bekommen Aufträge zu Veränderungsarbeiten außerhalb des DSM und verlassen die Stadt, wiederum andere übernehmen die Leitung von Untergruppierungen bzw. Projektgruppen am CSM bzw. DSM, und manche werden zu Vortragenden für die Neuestellten und zu Führungspersonen für die internationalen Besuche bestellt usw.

Dies ist höchstwahrscheinlich der Grund für die knapp positive Bewertung der Zukunftsaussichten. Wohl bestehen Möglichkeiten, die Stellen sind jedoch nicht immer gewerkschaftlich anerkannt, subjektiv erreichbar und von der gegenwärtigen Situation unterstützt. Dafür insistieren die Pflegebediensteten bei der Leitung mit der Forderung, sich für die gewerkschaftlichen Rechte einzusetzen, da oft gerade gewerkschaftliche Bestimmungen die Flexibilität bei der Förderung der Bediensteten behindern. Ihr Argument ist, dass die Leitung verhandlungsmächtiger sei und auch die bessere (und zwar ungleich bessere) finanzielle Ausgangslage habe. Bis zu einem gewissen Punkt befindet sich die Leitung tatsächlich in dieser Art von Vater- bzw. Mutterrolle, weil davon die Motivation der Mitarbeiter abhängt, aber sie verweist auch auf die jeweiligen Gewerkschaftsvertreter.

Dieser Verweis deckt sich mit den Ergebnissen aus den Beobachtungs- und Experteninterviews in Bezug auf die Bewältigungsstrategien von Belastungen (welche hier auch nicht genauer dargestellt werden konnten; siehe dazu in der Anlage die jeweiligen ‘inhaltliche Strukturierungen’ im spezifischen die Kategorie ‘Bewältigungsstrategien’). Daraus ist ersichtlich, wie stark die Vorreformbediensteten die politische Aktivität als Bewältigungsstrategie hervorheben, wohingegen die Reformbediensteten eher von Freizeitaktivitäten sprechen. Im Vergleich dazu sind die Restaurationsbediensteten von der Notwendigkeit beider Strategien überzeugt. Einen Grund schreiben die Vorreformbediensteten dem aktuell veränderten gesellschaftspolitischen Kontext zu, der Ähnlichkeiten mit den 60er und 70er Jahren hat, was sie beispielsweise an der Kritik und am Aktivismus gegen neoliberale Globalisierungsstrategien feststellen. Am Beispiel der verschiedenen Debatten, die während der Bearbeitung der STA-G Analyse über die Bühne gingen, kann gezeigt werden, dass die Restaurationsbediensteten nach einer Zeit der glücklichen Reform (und des wirtschaftlichen Aufschwungs der 80er Jahre) heute wieder auf die politische Aktivität zurückgreifen, um die gesamtgesellschaftliche Situation, in der sie leben, aktiv mitzugestalten.

Diese politische Aktivität, mit Ausnahme derjenigen der delegierten Gewerkschaftsvertreter, findet während der eigenen Freizeit statt und fließt in die Arbeit ein. Die Entscheidungsverhandlungen während der Tätigkeitsanalysen förderten die Aussprache und Offenlegung organisationaler Repräsentationen, die von subjektiven politischen Positionierungen gekennzeichnet sind und die ohnehin in subtiler Form die Interaktion zwischen Bediensteten und Entscheidungsstrategien bestimmen. Resultat der Offenlegung war die aktive Veränderung der Gestaltung der weitaus negativ bewerteten Dienstversammlungen, sodass die Pflegebediensteten ihre monatlichen Versammlungen wieder aufnahmen. Dort entschieden sie, in Zusammenarbeit mit den Leitungsbediensteten die Versammlungsabwicklung daraufhin zu gestalten, die fehlende Selbstverantwortung der Meinungsäußerung, die im Abschnitt ‘Kommunikationsqualität’ behandelt wurde, zu verändern. Dafür wurde unter anderem der Versuch eingeführt, in einer rotierenden Zweierkonstellation Leitungs-Pflegebedienstete einmal wöchentlich eine Arbeitsgeschichte zu präsentieren, der ich selbst zufällig einmal beiwohnte.

Allgemein ist am Beispiel der positiven Zukunftsaussichten der von einigen Tätigen als ungerecht erlebte Einkommensunterschied erkennbar, der zwischen den Berufsbildern und Hierarchieebenen besteht. Diese Bedeutungszuschreibung der Einkommenslage kombiniert mit der aufgefundenen Miteinbeziehung, Entscheidungsmöglichkeit und Verantwortungsübernahme, die für viele Tätigkeiten besteht (siehe Übersicht 33) und einen sehr hohen Grad an Kompetenz und Selbstverantwortung zu arbeitsbezogenen Fragen verlangt, verursacht, wie sich aus allen angewandten Methoden zeigen lässt, bei den Reformbediensteten ein Gefühl der Ausbeutung durch die Organisation („essere sfruttati“). Sowohl die Reform- als auch manche Restaurationsbedienstete bemängeln, auf der einen Seite die gleiche Verantwortung wie die Leitungsebene zu empfinden (jedoch formal nicht zu haben), auf der anderen aber beachtlich weniger zu verdienen, ohne zu berücksichtigen, dass die nicht leitenden Angestellten auch weniger Arbeitsstunden leisten. Dieses ambivalente Erleben von organisationalen Strategien der Humanisierung und Demokratisierung und gleichzeitig von ungleicher Einkommensregelung gründet auf ein weit verbreitetes und auch ins DSM von Triest eingeschleustes ökonomisches Weltbild und auf die oben besprochene EntscheidungsMACHT. Die Pflegebediensteten klagen nicht nur, sondern verwenden diese realpolitische Differenz gegenüber ihren Vorgesetzten öfter auch strategisch, vor allem in den schwierigen Zeiten der Ressourcenkürzungen. Dies bewirkt ein Klima, in dem der Vorgesetzte sich verantwortlich sieht, seine Leistungen vor allem quantitativ anzuheben, während der Pflegebedienstete sich sogar berechtigt fühlt, die Leistungen nicht mehr zu erbringen, erdrückt von einem Erleben der generellen Ungerechtigkeit, da organisationale Ressourcenkürzungen parallel auf das gesamte Gesellschaftsleben umgesetzt werden und ihn deshalb im Privatleben zusätzlich belasten. Darum spreche ich hier von neoliberalen Rationalisierungen, weil Kürzungen und die finanzielle Belastung bereits kapitalschwache Gesellschaftsmitglieder treffen.

Etwas voreilig kann daraus der Schluss gezogen werden, dass die angetroffenen und hier neoliberal orientierten Rationalisierungen nicht das vorgegebene Ziel der Einsparungen bzw. der gerechten Kapitalumverteilung - ohne etwa eine Qualitätssenkung - gegenüber sozial schwachen Gesellschaftspartnern im Auge haben, sondern die Ausgrenzung derselben über den organisierten Möglichkeitsentzug mittels ökonomischer Lasten, wie zum Beispiel das Verhältnis von Gehalt und Kaufkraft zeigt. Aus dieser ökonomischen Sicht erscheinen Pflegebedienstete (wie im allgemeinen

Mittelschichtbürger) gesellschaftlich schwächer, dazu kommen am Arbeitsplatz die bisher explizierten Teamdynamiken in Folge der Kürzungen der Arbeitsressourcen. Als Ergebnis steht eine niederere Qualität der Dienstleistungsangebote den Betroffenen gegenüber, was wiederum mehr Belastung der Angehörigen nach sich zieht. Diese Belastung wirkt sich als Bumerangeffekt (was in der Durchführung der ETA Analysen mit den Angehörigen am Beispiel kritischer Arbeitsereignisse beobachtet werden konnte) auf den Arbeitsplatz der tätigen Angehörigen und ihres sozialen Netzwerkes aus, was gesamtwirtschaftlich gesehen keinerlei Wachstum, weder ökonomisch, sozial noch qualitativ verspricht, sondern die Menschen eher dazu führt, die Ressourcen des Systems, in dem sie leben (und tätig sind) für sich zu beanspruchen, wofür später wiederum Einsparungen notwendig werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Rationalisierung sich positiv auf die gesellschaftliche Verantwortung auswirkt, weil sie die Bürger zu einer Stellungnahme zwingt, was als Nebeneffekt eine größere Reflexion mit sich bringt. Gleichzeitig werden in dieser turbulenten Situation Strategien umgesetzt, wie jene der gegenseitigen Beschuldigung innerhalb der Hierarchien und im Zuge dessen der Abwälzung der Probleme an Hierarchiehöhere. Beide Tatsachen beeinflussen die Leitungsbediensteten dahingehend, ihre Position zu festigen. Im Gesamten bewirkt dies eine Reduzierung der Investitionen aller Mitwirkenden für diesen spezifischen Bereich in Hinblick auf die Bedürfnisse der Nutzer, im allgemeinen auch in Hinblick auf die Bedürfnisse gesellschaftlich Schwächerer, was am Beispiel der Angehörigen wirtschaftlich gesehen einen nachhaltig negativen Effekt bedeutet und die Anzahl gesellschaftlich ausgegrenzter Menschen erhöht.

Doch wenden wir uns nun konkret den einzelnen Bewertungen der positiven Zukunftsaussichten und der Selbstentwicklung durch die Tätigkeiten aus der Sicht der Betroffenen zu.

Von den einzeln bewerteten Tätigkeiten fielen bei den Pflegebediensteten folgende negativ aus:

1) Visite im Sprechzimmer 7) Basispsychopädagogischer Eingriff: Waschen, Autobus, Kochen 8) Überprüfungs- und Unterstützungsgespräche: 'Therapeutisches Projekt' 10) Autobegleitung von Benutzern und Ärzten 14) Individuelle intensive Betreuung 15) Suche von bekannten problemreichen Personen außerhalb der Zone auf Signalisierung 18) Dienstversammlungen 20) <u>Tagebuchvermerkungen</u> 23) Beziehung mit psychiatrischem Dienst für Diagnose und Pflege (psychiatrische Notfall-Erstpflege) 24) Nacht/Tageskontrolle der Türen, Fenster, Sicherheit 27) Schließung der Türen am Tag 28) Körperliche/chemische Eindämmung, Abraten und Beruhigung: Körper über Umarmung; Überwachung der Tür 30) Krisenbewältigung im Urlaub 32) Krisenbewältigung im CSM/ZPG 34) Day Hospital 39) interne oder externe Weiterbildung 42) Geldverwaltung: Renten, Beihilfen, außerordentliche Finanzierungen (Unatantum), Bezahlungen.
--

Legende 5: Liste der negativ bewerteten Tätigkeiten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) der positiven Zukunftsaussichten der Pflegebediensteten

Die Pflegebediensteten erkannten eine positive Zukunftsaussicht bei folgenden Tätigkeitsdurchführungen:

2) Hausbesuche 3) Therapievergabe 4) Pflege der Person/ Zentrum (Betten/Grundbetreuung) 5) Betreuung der Familienangehörigen- und der Benutzergruppen 6) Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation zwischen Nutzern und Tutoren 9) Aktivierung anderer Dienste: Gemeinde, Gesundheitsdienste, Krankenhaus, Freiwilligenverein, Familienärzte, Öffentliche Sicherheit, Rechtsanwälte, Tierschutz 11) Organisation Fortbildungskurse: Benutzer/Ang./Neuangelassene, Kochkurs, Theaterkurs 12) Außerklinische Tät.: Theater, Küche, Sport, Ausflüge, Urlaub, Feier, Kaffee, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesung der Wochen/Tageszeitung, Ausstellungen, Museen 13) Vertretung und Tutoring in Schulen und bei Aus- Fortbildungen: OSS, OTA, prof. Krankenpfleger, ausländische Gruppen, Praktikanten 16) Telefondienst 17) Aufnahme im CSM 19) Externe Versammlungen 21) Zwangseinlieferung, freiwillige Einlieferung, klinische Zwangsfeststellung 22) Gestione Farmaci - Psychopharmakologische Arbeit 25) Spielerische Tätigkeiten 26) Erleichterung des Benutzers/Zentrums durch Ausgang mit Pfleger 29) Krisenbewältigung auf dem Territorium 31) Krisenbewältigung in Privatwohnung 33) Mediation zw. Bediensteten-Betroffenen- Angehörigen 35) Blutabnahmen und Überbringung bzw. Begleitung 36) Interne - externe Fachunterstützungen 37) Unterstützung des Benutzers bei externen Einlieferungen 38) Vereinsleben 40) Pflege/Erhaltung Autos 41) Wäscherei für stationär Betroffene 43) Bote 44) Zusammenarbeit mit: 118 Rettung, Polizei, Feuerwehr, CSM, Stadtpolizei, Carabinieri, Finanzpolizei, Bahnpolizei, WWF.

Legende 6: Liste der positiv bewerteten Tätigkeiten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) der positiven Zukunftsaussichten der Pflegebediensteten

Dass keine Tätigkeit Extremwerte in der Bewertung (0 oder 10) aufweist, deutet darauf hin, dass gruppenintern die Verhandlungen auf einem mittleren Konsens beruhen, wie aus dem prozentuellen Anteil von 34% der jeweiligen bewerteten Tätigkeit hervorgeht, die den mittleren Rang der Bewertungsskala der STA-G besetzen (insgesamt wurden 15 Tätigkeiten von 44 mit fünf Zehntel bewertet). Dies kann auf eine Unschlüssigkeit hindeuten, wohl das Gefühl zu haben, positive Zukunftsaussichten zu haben, sie jedoch nicht umsetzen zu können.

Die Pflegebediensteten bewerteten die (12) Außerklinische Tätigkeiten, bei der sie Theater-, Küchen-, Sportaktivitäten und Ausflüge, Urlaube, Feiern, Kaffeepausen, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesungen der Wochen/Tageszeitung, Ausstellungen und Museumsgänge organisieren als jene Tätigkeiten, bei denen die höchste positive Zukunftsaussicht erlebt wird. Die Möglichkeit zur Selbstentwicklung erleben sie am höchsten bei der Durchführung der Tätigkeiten der Arbeitseingliederung (6), der Überprüfung/Konfrontation zwischen Nutzern und Tutoren (11), der Organisation von Fortbildungskursen für Betroffene, Angehörige und Neuangestellte wie Kochkurse und Theaterkurse, bei außerklinischen Tätigkeiten wie Theater, Kochen, Sport, Ausflüge, Urlaub, Feiern, Kaffee, Ausgänge, Flohmärkte, Abend/Mittagessen, Lesung der Wochen/Tageszeitungen, Ausstellungen,

Museumsgänge (12), bei den spielerischen Tätigkeiten (25), der Krisenbewältigung im Urlaub der Betroffenen (30) und bei der Krisenbewältigung im ZPG (32).

Demgegenüber erleben sie bei der Durchführung der Tätigkeit (20) der Tagebuchvermerkungen ihre positiven Zukunftsaussichten am niedrigsten und bewerten bei der Durchführung der Tätigkeiten der Aktivierung anderer Dienste (9), der Schließung der Türen am Tag (27), der Pflege/Erhaltung der Dienstautos (40), der Wäscherei für stationär Betroffene (41) und der Botengänge (43) die Möglichkeit zur Selbstentwicklung gleich Null.

Im Gegensatz dazu erleben die Leitungsbediensteten die höchsten positiven Zukunftsaussichten in der Durchführung der Tätigkeit der Sozialisierung der Gruppen (6), während sie die Tätigkeit (8) der Bearbeitung von Zertifikaten, von Formularen, von Rezepten, von Gutachten und Anfragen am niedrigsten, jedoch noch im positiven Bereich, bewerten. Die höchsten Möglichkeiten zur Selbstentwicklung erleben die Leitungsbediensteten ebenso bei der Durchführung der Tätigkeit der Sozialisierung der Gruppen (6) und bei der Durchführung der wichtigsten Tätigkeit der Bediensteten eines CSM, des ‘Sichannehmens’ (presa in carico) (9), im Gegensatz der Tätigkeit der Ressourcenanfragen bei der zuständigen Betriebsverwaltung (24).

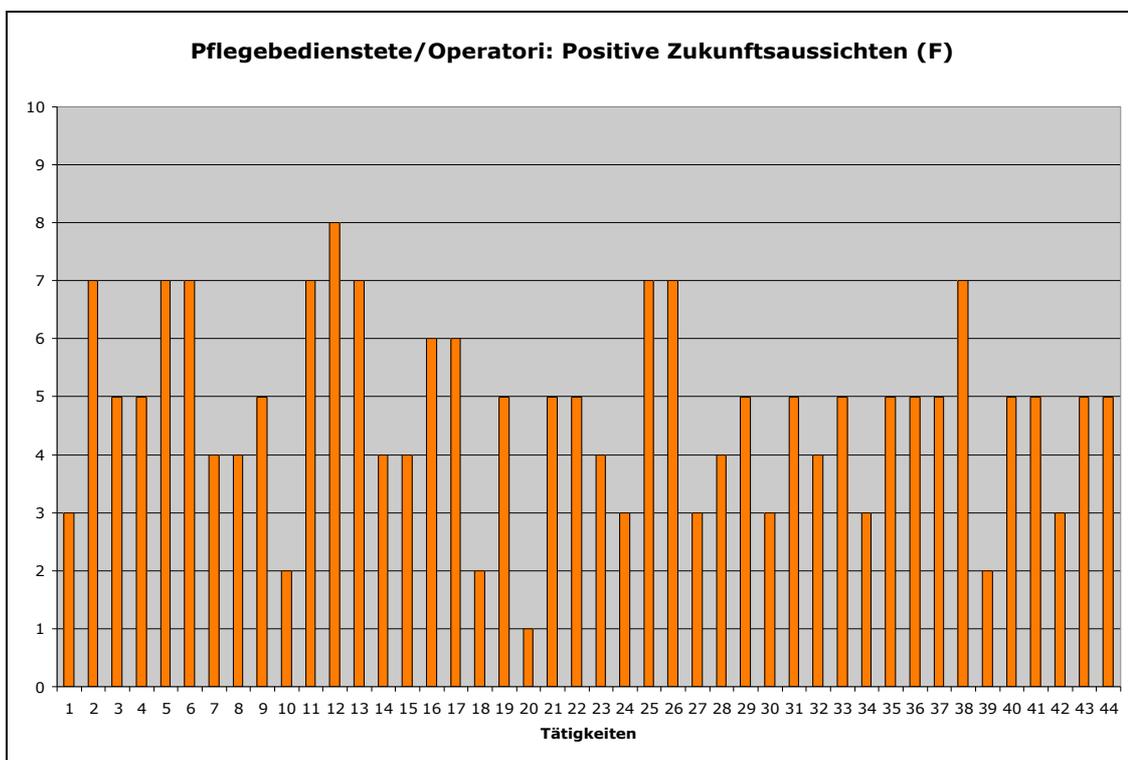


Diagramm 14: Ergebnisse der STA-G der Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) ‘Positive Zukunftsaussichten‘

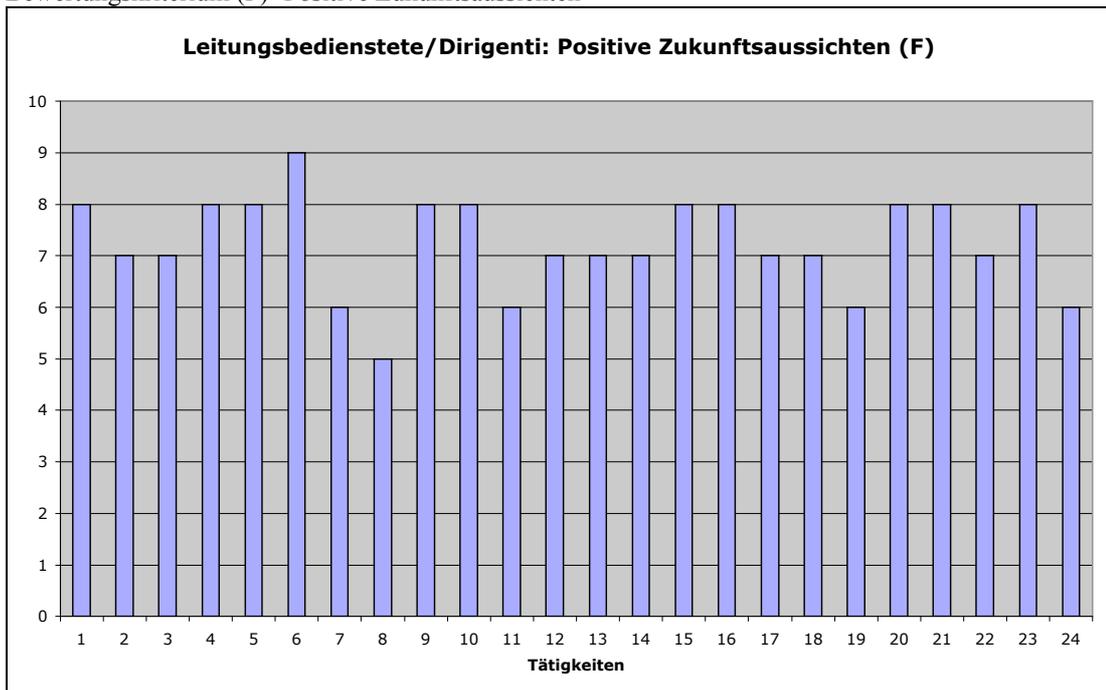


Diagramm 15: Ergebnisse der STA-G der Leitungsbediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) ‘Positive Zukunftsaussichten‘

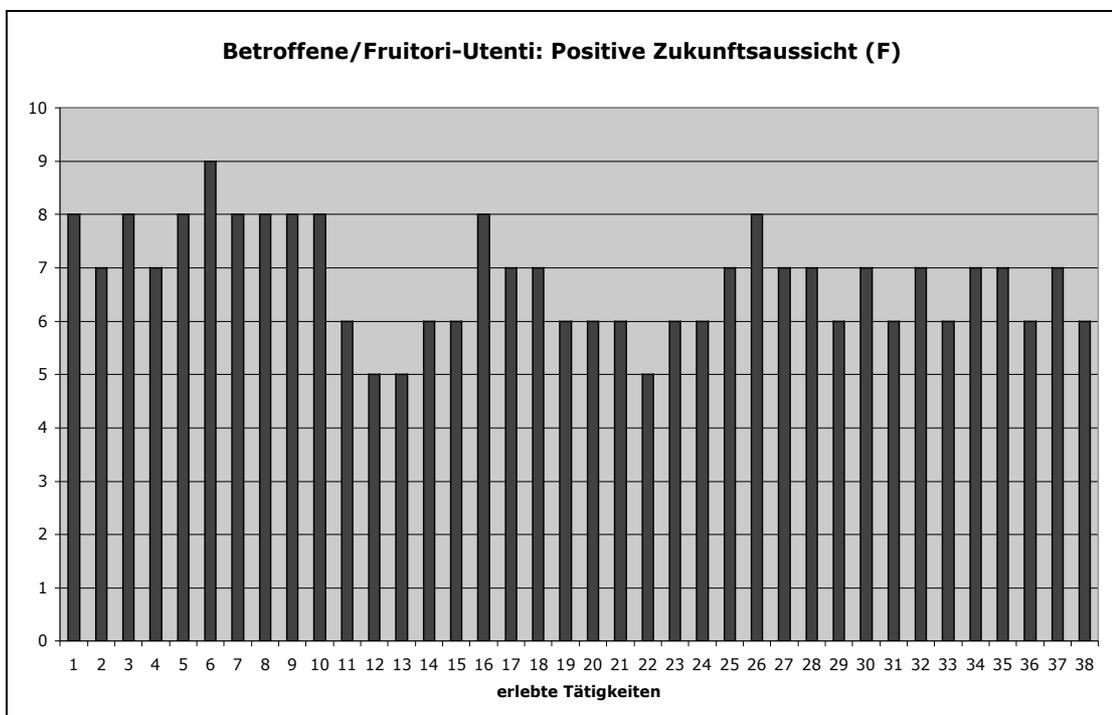


Diagramm 16: Ergebnisse der ETA der Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) ‘Positive Zukunftsaussichten‘

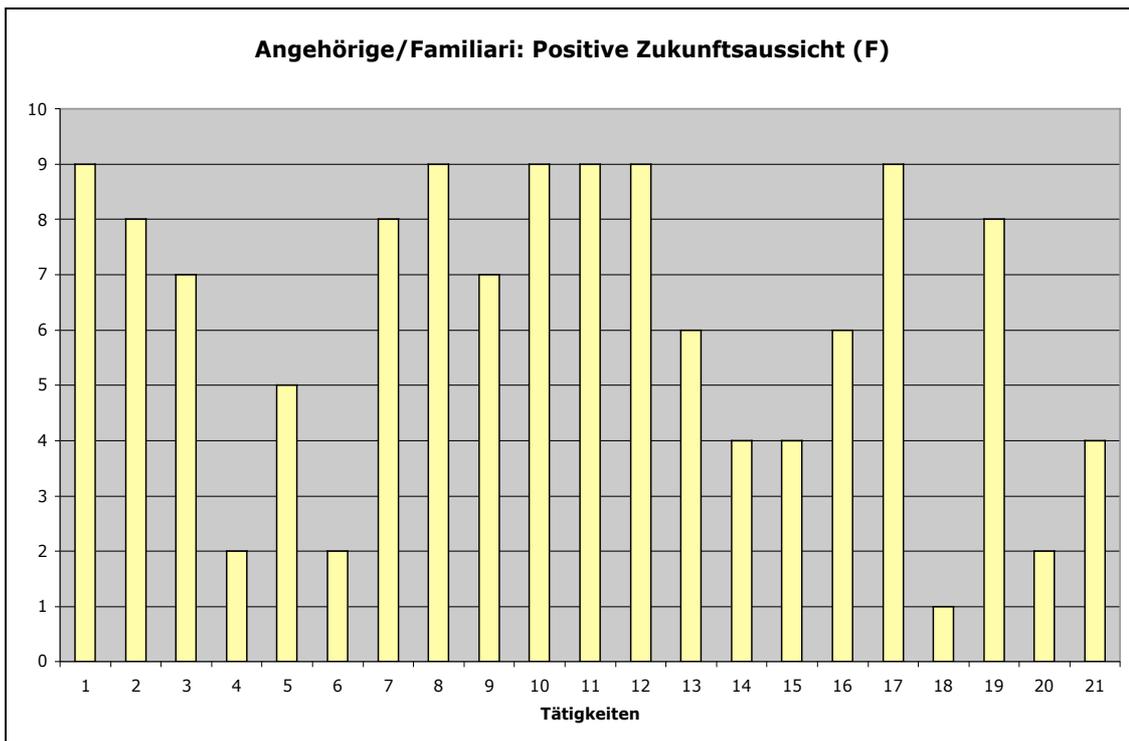


Diagramm 17: Ergebnisse der ETA der Angehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (F) ‘Positive Zukunftsaussichten‘

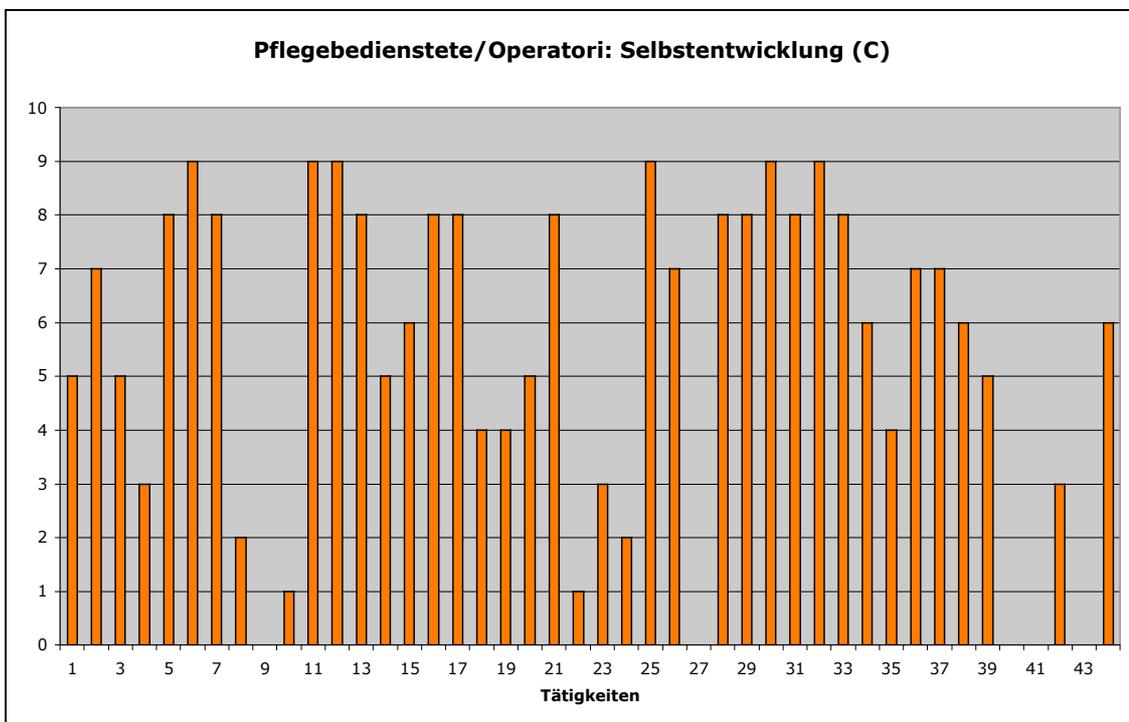


Diagramm 18: Ergebnisse der STA-G der Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (C) ‘Selbstentwicklung‘

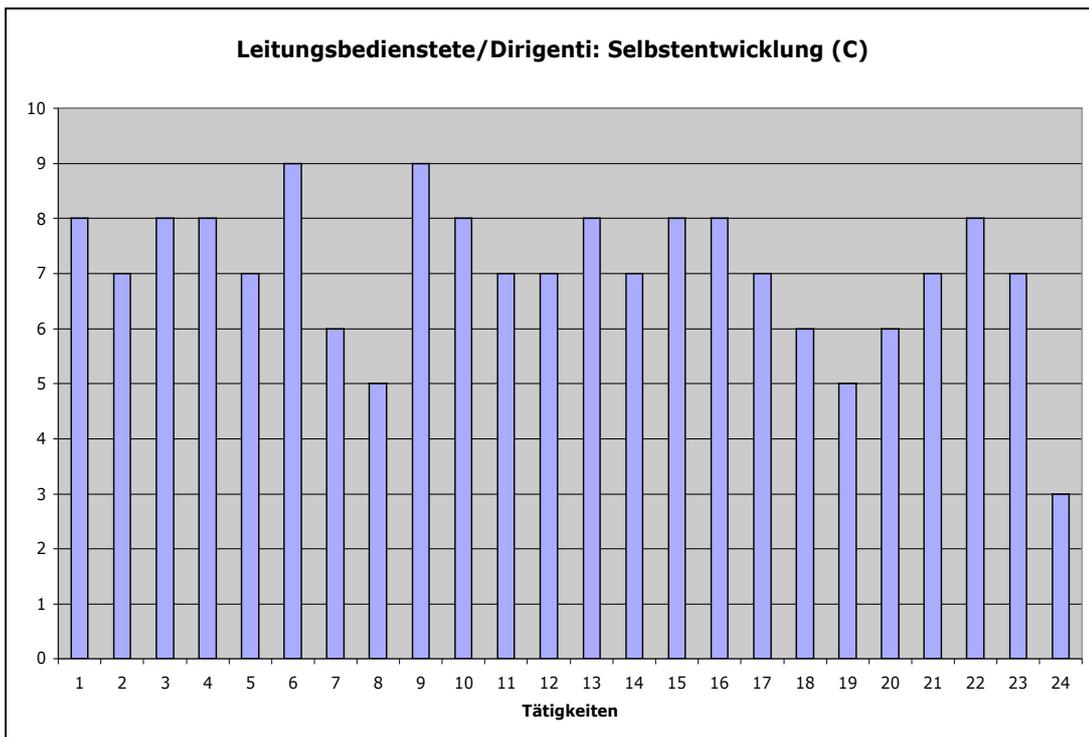


Diagramm 19: Ergebnisse der STA-G der Leitungsbediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (C) ‘Selbstentwicklung‘

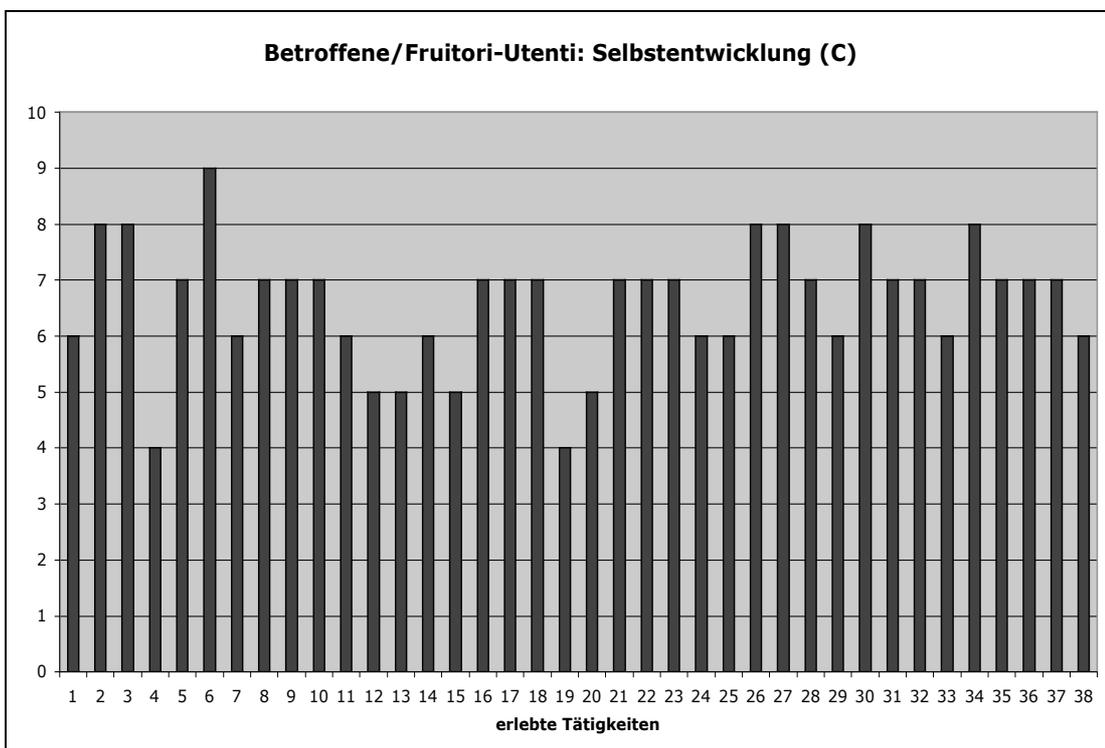


Diagramm 20: Ergebnisse der ETA der Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (C) ‘Selbstentwicklung‘

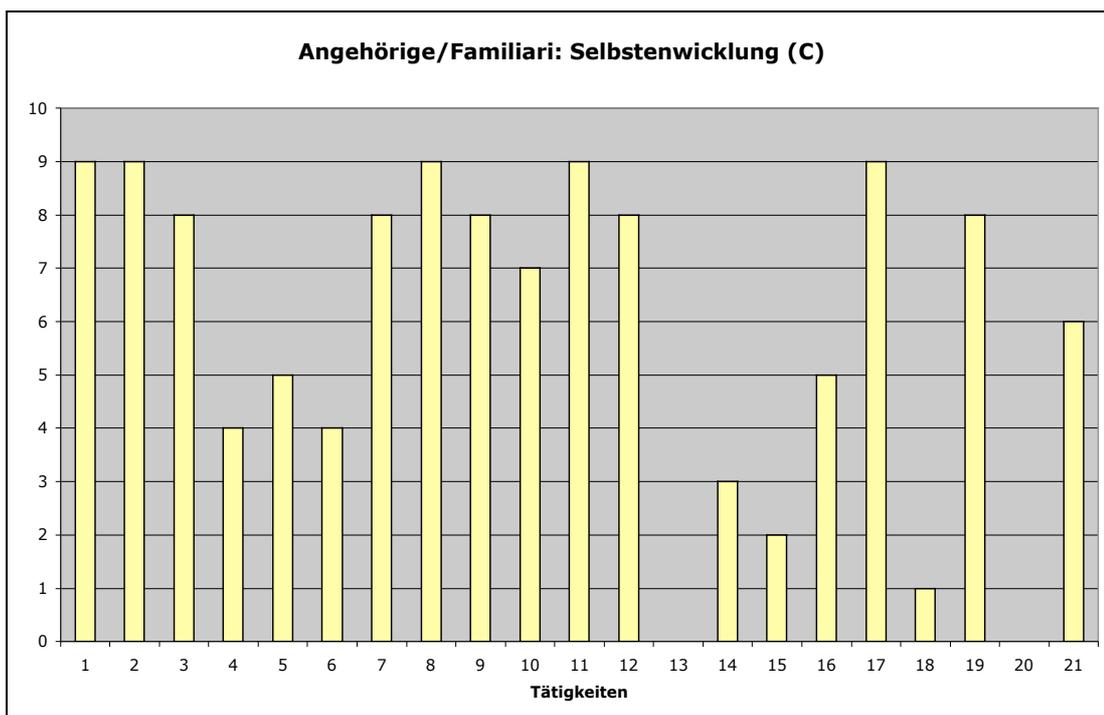


Diagramm 21: Ergebnisse der ETA der Angehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (C) ‘Selbstenwicklung‘

Das Erleben der Selbstentwicklungs- und Qualifikationsmöglichkeiten schätzen die Betroffenen selbst mit 66% höher ein als ihre Angehörigen mit 58%. Ähnlich bewerten die Betroffenen die positiven Zukunftserwartungen mit 68% höher ein als die Angehörigen mit 61%. Beide Gruppierungen haben das insgesamt zufriedene Erleben der Ressourcenanreicherung durch die empfangenen Tätigkeiten gemeinsam, wobei beide die daraus resultierenden positiven Zukunftserwartungen knapp höher einschätzen als die Möglichkeit zur Selbstentwicklung.

Dabei liegen die positiven Höchstwerte bei den Betroffenen in Hinblick auf die positiven Zukunftserwartungen bei der Tätigkeit der sozialen Beziehung (6), während die Tiefstwerte (die sich im mittleren Durchschnittsbereich der Bewertungsskala befinden) bei den Tätigkeiten der Teilnahme (12), der Miteinbeziehung (13), der Konfrontation mit der Stadt (22) zu finden sind. Stellt man diese Ergebnisse gegenüber, kann man davon ausgehen, dass die negativen Bewertungen die aufgefundenen Möglichkeiten der Bediensteten der Durchführung betrifft (und nicht auf die Wichtigkeit der Tätigkeiten), da in allen negativ bewerteten Tätigkeiten die sozialen Beziehungen ausschlaggebend sind.

Die Selbstentwicklung, welche die Betroffenen an Hand der Tätigkeitsangebote erleben, ist durch die Soziale Beziehung (6), die Möglichkeiten zur Kommunikation nach außen über das Telefonieren (2), durch die Arbeitsstipendien (3), die Fortbildungskurse (26), die Regionalgelder für Selbsthilfegruppen (27), die Möglichkeit, freiwillige Mitarbeiter neben sich zu haben (30) und durch das psychotherapeutische Gespräch (34) am besten möglich.

Neoliberal rationalisierungsfreundliche LeserInnen sind durch diese Ergebnisse möglicherweise verleitet anzunehmen, dass den Betroffenen von den Pflege- und Leitungsbediensteten trotz kleiner Ressourcen eine qualitativ zufriedene Beziehungsarbeit entgegengebracht wird, was wiederum das Erreichen guter Zukunftsaussichten als auch Selbstentwicklung ermöglicht. Dagegen steht die Einsicht, dass die Bewertung einer Beziehungsarbeit sich auf Kontinuität bezieht, weil Beziehungsarbeit sich auf einen stattgefundenen Prozess stützt.

Das Berufsbild Psychiater (4) und die angebotene Möglichkeit der Alternativtherapien (19) bewerten sie negativ. Daraus könnte man schließen, dass die medizinischen Therapien, welche die Betroffenen im Zusammenhang mit dem Berufsbild des Psychiaters kennen, nicht im Angebot selbst sondern allgemein für positive Zukunftsaussichten in Frage gestellt werden.

Die Angehörigen bewerten die Art und Weise der Tätigkeitsangebote der Beziehung zu den Familienangehörigen (1), der freiwilligen Einweisung (8), der Urlaubsaufenthalte (10), der Beziehungskontakte bei Krisen (11), des sich Annehmens (12) und der Praktikanten (17) als günstig für sich und die der betroffenen Verwandten in Bezug auf die positiven Zukunftsaussichten. Als negativ erleben sie die Durchführungsweise der Tätigkeiten der Logistik (4), der angebotenen Zeit (6), der Trennung als Wachstumsprozess, wobei das DSM die Brücke zwischen Familie und Betroffenen ist (18), und zuletzt die psychiatrische Notfallstelle SPDC (20). Alle negativ bewerteten Tätigkeiten gründen (Feldbeobachtungen während der Verhandlungsdebatten der Familienangehörigen) für die hier dargestellten ETA Bewertungen auf die Ressourcenfrage und weniger auf die Kompetenzfrage seitens der Bediensteten. Ihrer Meinung nach rauben die Ressourcenkürzungen sowohl den Bediensteten als auch den Nutzern die nötige Zeit zur Selbst- und Fremdrelexion, während die Praktikanten auf Grund der nicht institutionalisierten Rolle davon unberührt bleiben und darum ihre Weise, Tätigkeiten anzubieten, positiv bewertet wird. Neben den selbstverständlichen

Fähigkeiten, die einer organisationalen Verantwortung innewohnen, bekunden die Angehörigen wieder einmal die niedrigste Zufriedenheit mit den Angeboten, die auf die Ressourcenkürzungen zurückzuführen sind. Die Angehörigen diskutierten ausgiebig die ambivalente und schwierige Aufgabe der Brückenfunktion (18) des CSM/DSM, die während einer Trennung notwendig ist für einen gedeihlichen Wachstumsprozess zwischen Betroffenen und Angehörigen. Das pädagogische Konzept dafür veränderte sich in den letzten Jahren dahingehend, den Angehörigen die Verantwortung zurückzugeben, die betroffenen Verwandten so lange bei sich zu behalten, bis der Loslösungsprozess abgeschlossen ist und die Betroffenen das Elternhaus zu verlassen imstande sind (früher hingegen übernahm das DSM die Rolle, das Elternhaus quasi zu ersetzen, indem die betroffenen Verwandten in den Suborganisationen der Dienstleistungen leben konnten, um auch Familiendynamiken zu unterbrechen). Somit bleibt die Unterstützung der Angehörigen gleich wie früher, es ändert sich der Ort, wo die Betroffenen für längere Zeit leben, und die Art und Weise wie der Loslösungsprozess in Gang gesetzt wird. War es früher paternalistischen Tendenzen zugewandt, so stellt das heutige Konzept Selbstentscheidungen in den Vordergrund, die jedoch nur möglich sind, wenn der Betroffene Rahmbedingungen wie selbstständiges Einkommen usw. zur Verfügung hat. Dafür setzt sich das DSM weiterhin ein. Inwieweit diese Entwicklung mit Rationalisierungsmaßnahmen zusammenhängt, wäre noch zu erkunden. Dieses Thema des Loslösungsprozesses stellt am DSM und am untersuchten CSM ein täglich neu diskutiertes Dilemma dar, das sich zwischen der ‘therapeutischen Kontinuität’, der ‘Aufrechterhaltung der Beziehung’ und der ‘Chronifizierung’ bzw. ‘Institutionalisierung’ hin und herbewegt.

Was die Selbstentwicklung durch die Tätigkeitsangebote betrifft, schätzen die Angehörigen die Tätigkeiten der Beziehungen zu den Familienangehörigen (1), die Tätigkeit der freiwilligen Einweisung (8), des Beziehungskontaktes bei Krisen (11) und die Figur des Praktikanten (17) gleich förderlich ein wie in Bezug auf die positiven Zukunftsaussichten. Außerdem erleben sie die angebotenen Aktivitäten der Miteinbeziehung der Benutzer (2) als eine hohe Möglichkeit der Selbstentwicklung. Am wenigsten förderlich für die Selbstentwicklung und also im negativen Bewertungsbereich angesiedelt, erleben die Angehörigen (wie für die positiven Zukunftsaussichten) die Trennung zwischen Betroffenen und Angehörigen zwecks

Loslösung, worunter alle Beteiligten (für diesen Prozess) auf Grund der Mitverantwortung leiden.

4.4.1.4.3. Die Kooperationsmöglichkeiten aus der Sicht der Bediensteten und Nutzer

Das Bewertungskriterium (D) der STA-G und ETA bezieht sich auf die Möglichkeit der ‘Respektierung und gegenseitigen Unterstützung’ zwischen den Interaktionspartnern durch die einzelnen angebotenen Tätigkeiten und evaluiert für das Tätigkeitserleben das Kooperationsphänomen am DSM. Dem gegenübergestellt werden die Ergebnisse der ETA der Nutzer, in Bezug auf dasselbe Bewertungskriterium. Für die Nutzer der Dienstleistung bezog sich die Bewertung auf den Grad der Möglichkeit der ‘Respektierung und gegenseitigen Unterstützung’ auf Grund der empfangenen Tätigkeiten.

Ich gehe also davon aus, dass Tätigkeiten sich abhängig von einem theoretischen (siehe hier Basaglia) und praktischen (organisationale Repräsentationen in den Interviewaussagen) Machtverständnis her entwickeln, angeboten und von den Nutzern angenommen werden. Das zur Evaluation herangezogene Kriterium der ‘Respektierung und gegenseitigen Unterstützung’ am Beispiel der auszuführenden und empfangenen Tätigkeiten, beinhaltet somit die vorherrschende Machtbedeutung, aus der sich die Tätigkeiten entwickelt haben. Hier wird nun die Umsetzung in Hinblick auf die daraus resultierende Kooperation für Bedienstete und Nutzer evaluiert.

Es werden jene Tätigkeiten in ihrer Extrembewertung gegenübergestellt, die den Bediensteten einerseits ein negatives andererseits ein positives Erleben der ‘gegenseitigen Unterstützung und Respektierung’ verursachen, um es dann mit dem Erleben der Dienstleistungsempfänger gegenüber zu stellen. Dieses Bewertungskriterium untersuchte die Qualität der Tätigkeiten so, dass man sich durch

ihre Ausführung bzw. durch ihr Empfangen gegenseitig auch helfen und respektieren kann, weil die bewertete Tätigkeit und deren Teilaufgaben für das Ganze wichtig sind. Im Überblick bewerteten alle vier Gruppierungen die Gesamtzufriedenheit mit der ‘gegenseitigen Unterstützung und Respektierung’ über den negativen Durchschnitt.

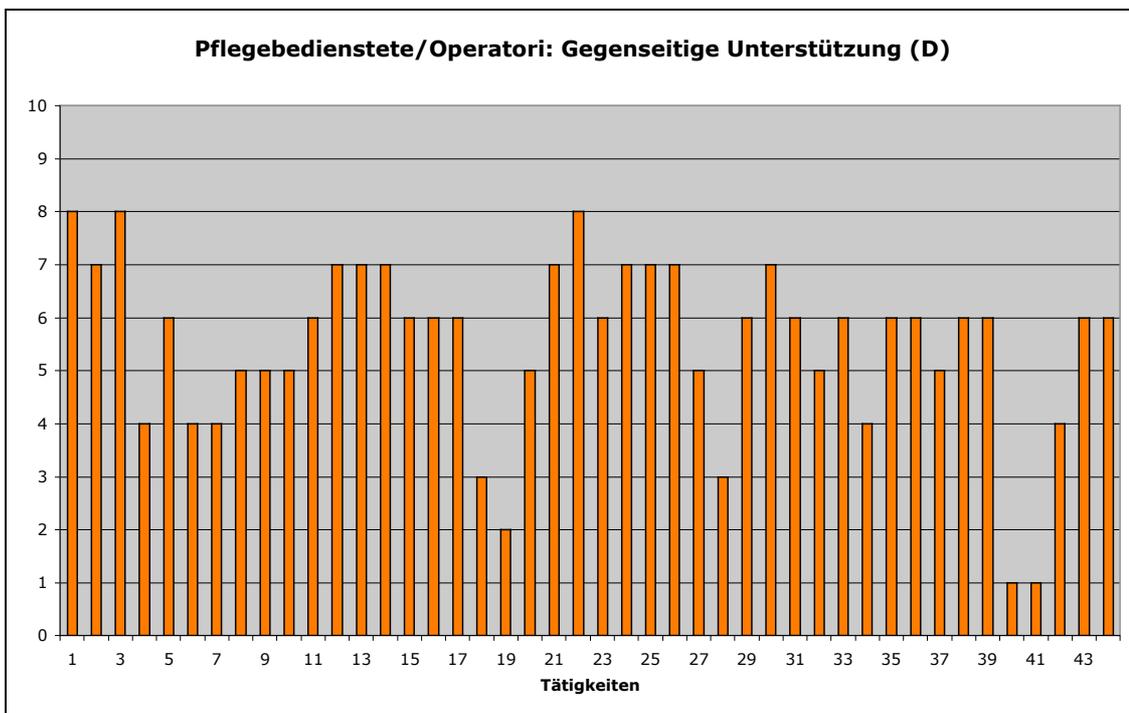


Diagramm 22: Ergebnisse der STA-G der Pflegebediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (D) ‘Gegenseitige Unterstützung’

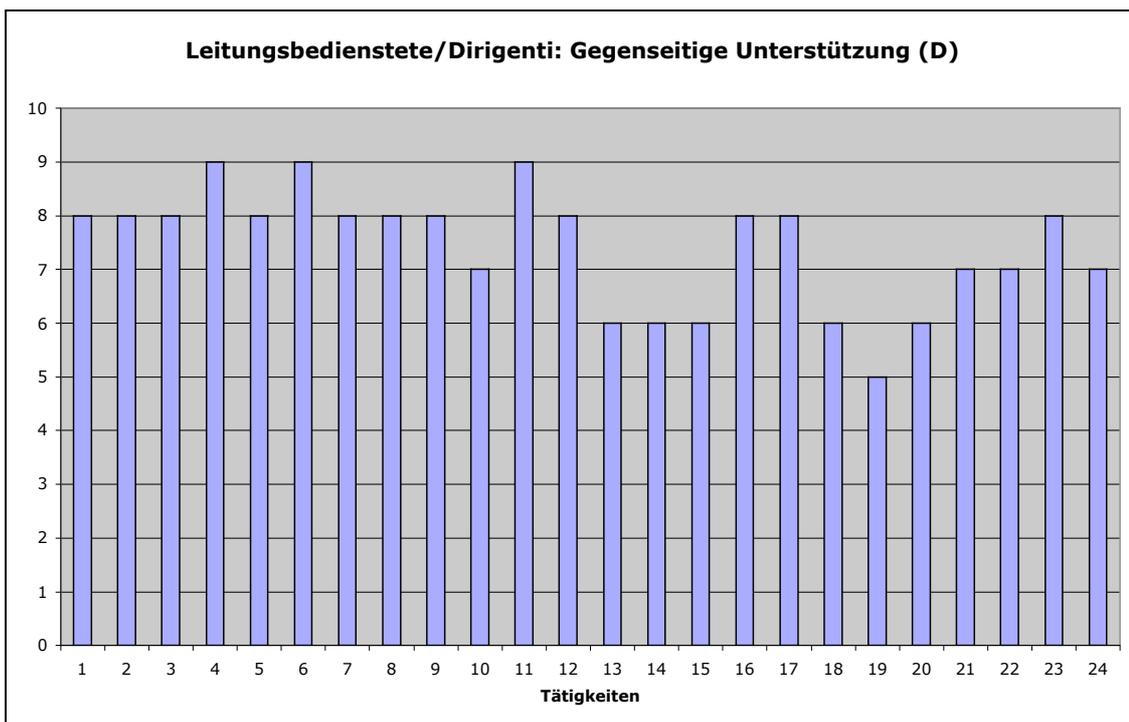


Diagramm 23: Ergebnisse der STA-G der Leitungsbediensteten in Hinblick auf das Bewertungskriterium (D) ‘Gegenseitige Unterstützung’

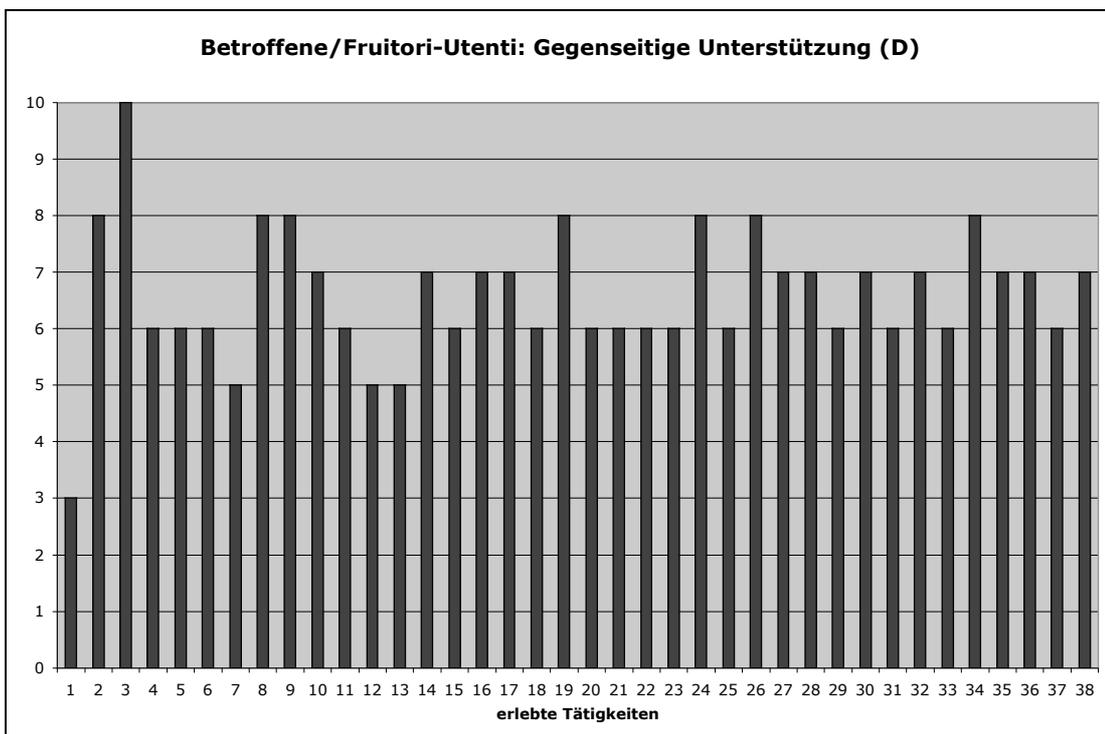


Diagramm 24: Ergebnisse der ETA der Betroffenen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (D) ‘Gegenseitige Unterstützung’

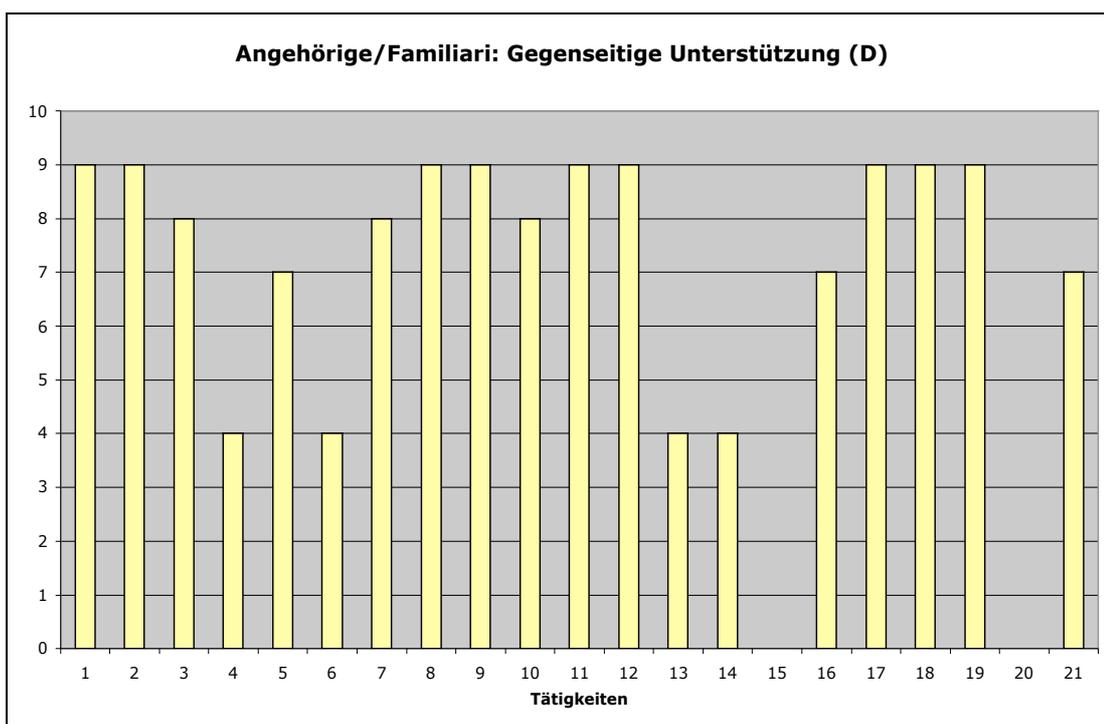


Diagramm 25: Ergebnisse der ETA der Angehörigen in Hinblick auf das Bewertungskriterium (D) 'Gegenseitige Unterstützung'

Bewerten die Pflegebedienstete die Tätigkeiten der Pflege und Erhaltung des Autos (40) und die Tätigkeit in der Wäscherei für stationär Betroffene (41) als Möglichkeit der Kooperation am niedrigsten, so erleben die Leitungsbediensteten die Übernahme der Turnusdienste und anderer Tätigkeiten bei Personalmangel (19) im mittleren Bewertungsbereich. Das zeigt, dass diese drei Tätigkeiten die gegenseitige Unterstützung und Respektierung nicht fördern. Auf der anderen Seite erleben die Betroffenen das Angebot der Tätigkeit der psychopharmakologischen Therapie (1) am wenigsten kooperationsförderlich, während in den Augen der Angehörigen die Zwangseinlieferungen (15) und die Psychiatrische Notfallstelle (20) in keiner Weise die gegenseitige Unterstützung fördern.

Als der Kooperation dienlich erleben die Pflegebediensteten die Visite im Sprechzimmer (1), die Therapievergabe (3), die psychopharmakologische Arbeit (22), während die Leitungsbediensteten bei der Durchführung der therapeutischen Gespräche (4), bei der Miteinbeziehung der Angehörigen (6) und der stationären Behandlung von im ZPG Anwesenden (11) die beste Kooperationsmöglichkeit erleben.

Die Betroffenen erleben die höchste gegenseitige Respektierung beim Angebot der Arbeitsstipendien (3) und die niederste bei der psychopharmakologischen Therapie. Die Angehörigen hingegen stuften die ihnen entgegengebrachte Respektierung hoch ein (1), die Sozialisierung und die Aktivitäten der Miteinbeziehung der Benutzer (2), der freiwilligen Einweisung (8), das Dayhospital (9), den Beziehungskontakt bei Krisen (11), das Sich-Annehmen (12), die Praktikanten (17), die Tätigkeit zur Trennung als Wachstumsprozess (18) und schließlich die Arbeitseingliederung (19).

Der Auswertung ist zu entnehmen, dass sehr viele Tätigkeiten die gegenseitige Unterstützung mit fördern, weil sie für das Ganze gedacht und durchgeführt werden und als solche auch von den Empfängern erlebt werden, wobei das ‘Ganze’, wie bereits im Kapitel der ‘subjektiven Arbeitsstrategien’ (4.3.) ausgearbeitet, die Deinstitutionalisierung der Menschen repräsentiert.

Natürlich würde eine gründliche Analyse aller zwischen den Bewertungen sich verbergenden Aussagen unter Berücksichtigung der Durchführungssituation und der dort erstellten Beobachtungsbeschreibungen genauere Schlussfolgerungen erbringen. Auch wäre eine Diskussion über die Interpretation der gegenübergestellten Ergebnisse als Survey Feedback mit den verschiedenen Gruppen von ebenso großer Notwendigkeit, um die Sichtweisen und Selbstdarstellungen konstruktiv zu integrieren. Obwohl methodisch vorgesehen und bereits mit allen vier Gruppen abgesprochen und vereinbart, konnte es aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht in dem Design stattfinden.

Zum Abschluss liefert Übersicht 33 (s.w.u.) einen Überblick zu den am niedrigsten und am höchsten bewerteten Tätigkeiten am DSM/CSM seitens der Nutzer und der Bediensteten.

Zusammenfassung

Übersicht 33 (s.w.u.) liefert eine gegenüberstellende Übersicht, welche Tätigkeiten aus der Sicht der vier Gruppierungen am niedrigsten und welche am höchsten bewertet wurden (was nicht bedeuten muss, dass sie negativ sind). Zu beachten ist dabei, dass die unterstrichenen Tätigkeiten den Extremwert Null bzw. 10 erhielten. Von daher ist es nun möglich, die verschiedenen belastungsimmanenten Kategorien in Anlehnung an das erweiterte Anforderungs- und Belastungsmodell von Oesterreich/Volpert (1999) im Zusammenhang mit den Bewertungskriterien der Tätigkeitsanalysen zu diskutieren.

Daraus resultiert, dass die Belastung für die Pflegebediensteten am höchsten ist a) wegen ihrer geringen positiven Zukunftsaussichten (F) und b) wegen der Monotonie bei bestimmten Tätigkeiten. Bei dieser Feststellung ist zu berücksichtigen, dass weniger die Tätigkeiten, als vielmehr die aktuellen Durchführungsmöglichkeiten (wegen der Ressourcenkürzungen) der Grund sind für die geringe Möglichkeit der Qualifikationsweiterentwicklung, weiters die stets engen Zeitvorgaben, was die Bediensteten wiederum zu routinierten und zu reduzierten Arbeitsausführungen in Bezug auf ihre Ansprüche zwingt.

Insgesamt sind sowohl die Pflege- als auch die Leitungsbediensteten mit dem Erleben der Tätigkeiten zufrieden. Dies ist einerseits auf die gegebenen hohen Entscheidungsmöglichkeiten bei sehr vielen Tätigkeiten zurückzuführen, wobei die Pflegebediensteten allerdings bei manchen für sie wichtigen Tätigkeiten eine sehr geringe Entscheidungsmöglichkeit erleben. In diesem Zusammenhang steht die Selbstdarstellung der Pflegebediensteten, keinen Unterschied zwischen Entscheidungsmöglichkeiten und Entscheidungsmacht zu machen. Es zeigte sich in ihrem Erleben, dass die hohe Miteinbeziehung bei Entscheidungsprozessen ein ambivalentes Gefühl weckt, wenn die eingebrachten Vorschläge nicht als endgültige Entscheidungen von der Leitung angenommen werden. Werden die Pflegebediensteten in Entscheidungsprozesse eingebunden, nachdem bereits eine Entscheidung gefällt worden ist, erleben sie das als einschränkend und folgern daraus, selbst sehr niedrige Entscheidungsmacht zu haben. Dieser hohe Grad an Verantwortungsbewusstsein entwickelte sich mit Hilfe der am DSM praktizierten Kommunikationskultur, was sich am Beispiel der vermehrt stattfindenden Versammlungen und Momenten der

Aussprachen zeigt, für welche die Pflegebediensteten auch Neugestaltungsvorschläge einbringen (siehe Abschnitt 4.5.). Daraus entstand die aus den Beobachtungen ersichtliche rasche Umsetzung der Entscheidungen. So wurde beispielsweise die aus den STA-G der Pflegebediensteten negativ bewertete Versammlungsabwicklung binnen weniger Monate angegangen und verändert. Zuzuschreiben ist dieser Erfolg der Bereitschaft zur selbst- und fremdkritischen Reflexion der betriebsinternen wie auch der betriebsexternen Kommunikation zwischen allen Berufsbildern. Im Spezifischen erreicht die aufgefundene betriebsinterne Kommunikationsqualität neben der Durchführung quantitativ höher Tätigkeiten auch die gruppengeteilte Sabotage der gefassten Top Down Beschlüsse. Daneben ergab sich ein Machtumgang der Führungsebene einerseits des Ertragens und Beharrens gegenüber der Grenzen den hierarchisch unteren Berufsbildern, andererseits ein von Konsequenzen freier Umgang mit Bediensteten, die nicht als sonderlich arbeitsengagiert wahrgenommen werden. In beiden Fällen zeigte die Leitungsebene einen fehlerfreundlichen Umgang mit diesen Bediensteten, ohne eine Ausgrenzung in Betracht zu ziehen. Das dafür nötige Ertragen und Beharren resultiert aus der Nähe innerhalb der Hierarchievertreter. Die Strategie des Ertragens, Beharrens und der Nähe spiegelt sich in den aufgefundene subjektiven Arbeitsstrategien, insbesondere in der Beziehungsarbeit wieder. Dies deckt sich auch mit dem aufgefundene multifaktoriellen Störungsmodell und mit den hier angetroffenen Schwerpunkten gesellschaftlich produzierter Ambivalenzen.

Es kann darauf geschlossen werden, dass erstmals die Leitungsbediensteten und mit der Zeit dann die Bediensteten aller Hierarchieebenen ihre Arbeit auch als Aufarbeitung subjektiver biographischer Erlebnisse verstehen, was sich vor allem in der von den Restaurationsbediensteten geäußerten und ebenso bei den meisten CSM und DSM Bediensteten beobachteten Ko-respondenzhaltung (sensu Petzold) gegenüber den Nutzern zeigte, aber auch aus der Interaktion mit den Arbeitskollegen. Diese Ko-respondenz erleben die Bediensteten im ‘*mettersi in gioco*’ (sich aufs Spiel setzen/ins Spiel bringen). Dabei durchbricht man die eigenen Grenzen in der Interaktion, Konfrontation und Kommunikation mit der eigenen Fremdheit und begibt sich, wie ich am Beginn dieser Untersuchung annahm, in eine ‘mentale Migration’, meist verkörpert im Gegenüber (anstatt sie durch Macht weg- oder auszuschließen, bzw. zu verdrängen oder gar sie zu unterdrücken). Um der daraus entstehenden, kontinuierlichen ‘*tensione*

critica’, der ‘kritischen Spannung’, standzuhalten bedarf es nach den Vorreform- und Reformbediensteten der

Belastungsimmanente Kategorien	Betroffene		Angehörige		Leitungsbedienstete		Pflegebedienstete	
	Niedrigste Bewertung	Höchste Bewertung	Niedrigste Bewertung	Höchste Bewertung	Niedrigste Bewertung	Höchste Bewertung	Niedrigste Bewertung	Höchste Bewertung
Entscheidungsanforderungen A Entscheidungsmöglichkeiten	22: Konfrontation mit Stadt	32: Festlichkeiten	15: Zwangseinlieferung 20: Psychiatrische Notfallstelle	8: Freiwillige Einweisung 12: Sichannehmen 13: Möglichkeit Invaldität	19: Registrierung Aktivitäten	12: Zusammenarbeit mit WG des ZPG	19: Externe Versammlung	4: Pflege der Person/ Zentrum 6: Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation 7: Basispsychopädagogischer Eingriff 12: Außerklinische Tät 14: Individuelle intensive Betreuung 24: Nacht/Tageskontrolle der Türen 25: Spielerische Tät. 27: Schließung Türen am Tag 30: Krisenbewältigung im Urlaub 36: Interne/externe Fachunterstützungen 38: Vereinsleben 40: Pflege/Erhaltung Autos 41: Wäscherei für stationär Betroffene
Monotone Bedingungen B Tätigkeitsvielfältigkeit	19: Alternativtherapie	3: Arbeitsstipendium 5: Gespräch 22: Konfrontation mit Stadt	20: Psychiatrische Notfallstelle	8: Freiwillige Einweisung	19: Registrierung Aktivitäten 24: Ressourcenanfragen territorialer Krankenhausbetrieb 8: Zertifikate, Formulare, Rezepte, Gutachten, Anfragen 7: Netzwerkkontakte	6: Sozialisierungsgruppen 1: Haus-/Gefängnisbesuche 9: Sichannehmen 2: Visite psychiatrische Notfallstation 3: Ambulante Visite 4: Therapeutische Gespräche 5: Miteinbeziehung Angehörige 12: Zusammenarbeit mit WG des ZPG 11: Eingliederung / Entlassung von Wohngruppen 10: stationäre Behandlung 13: Koordinierungen/ Planungsakt mit Institutionen 14: Netzwerkarbeit 15: Annäherungsstrategien bei dropout 16: externe Mission 17: Ressourcenaktivierung , Gefängnis usw. 18: Übernahme der Turnusse u. a. Tätigkeiten bei Personalmangel 20: Forschungsbeteiligung 22: Personalbeziehungen	19: Externe Versammlung 18: Dienstversammlung 22: Psychopharmaka Arbeit 24: Nacht/Tageskontrolle der Türen 40: Pflege/Erhaltung Autos 43: Bote 27: Schließung Türen am Tag 9: Aktivierung anderer Dienste 16: Telefondienst 34: Day Hospital 35: Blutabnahmen, Überbringung bzw. Begleitung	1: Visite im Sprechzimmer 12: Außerklinische Tät. 14: Individuelle intensive Betreuung 25: Spielerische Tät. 26: Erleichterung des Benutzer u. Zentrum durch Ausgang mit Pfleger
Qualifikationsanforderungen C Selbstentwicklung	4: Psychiater 19: Alternativtherapie	9: Ausbildungsreisen	20: Psychiatrische Notfallstelle 13: Möglichkeit Invaldität	1: Beziehungen Angehörige 2: Sozialisierung Aktivitäten der Miteinbeziehung Betroffene 8: Freiwillige Einweisung 11: Beziehungskontakt bei Krisen 17: Praktikanten	24: Ressourcenanfragen territorialer Krankenhausbetrieb	6: Sozialisierungsgruppen 9: Sichannehmen	40: Pflege/Erhaltung Autos 41: Wäscherei für stationär Betroffene 9: Aktivierung anderer Dienste 27: Schließung der Türen am Tag 43: Bote	6: Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation 11: Organisation Fortbildungskurse 12: Außerklinische Tät. 25: Spielerische Tät. 30: Krisenbewältigung im Urlaub 32: Krisenbewältigung im CSM/ZPG
Qualifikationsanforderungen F Positive Zukunftsaussichten	13: Miteinbeziehung 22: Konfrontation mit Stadt 12: Teilnahme	6: Soziale Beziehung	6: angebotene Zeit 20: Psychiatrische Notfallstelle 18: Trennung als Wachstumsprozess 4: Logistik	1: Beziehungen Angehörige 8: Freiwillige Einweisung 10: Urlaubsaufenthalte 11: Beziehungskontakt bei Krisen 12: Sich annehmen 17: Praktikanten	8: Zertifikate, Formulare, Rezepte, Gutachten, Anfragen	6: Sozialisierungsgruppen	20: Tagebuchvermerkungen	12: Außerklinische Tät.

Kooperationsanforderungen	D Gegenseitige Unterstützung	1: Psychopharmaka Therapie	3: Arbeitsstipendium	15: Zwangseinlieferung 20: Psychiatrische Notfallstelle	1: Beziehungen Angehörige 2: Sozialisierung Aktivitäten der Miteinbeziehung der Benutzer 8: Freiwillige Einweisung 9: Dayhospital 11: Beziehungskontakt bei Krisen 12: Sichannehmen 17: Praktikanten 18: Trennung als Wachstumsprozess 19: Arbeitseingliederung	19: Registrierung Aktivitäten	6: Sozialisierungsgruppen 4: Therapeutische Gespräche 11: Eingliederung /Entlassung von Wohngruppen	40: Pflege/Erhaltung Autos 41: Wäscherei für stationär Betroffene	1: Visite im Sprechzimmer 3: Therapievergabe 22: Psychopharmakologische Arbeit
Sinnfindung	E Tätigkeitsbeitragsleistung	9: Ausbildungsreisen	18: Selbhelp Dokumentation und G.180	6: angebotene Zeit 15: Zwangseinlieferung 20: Psychiatrische Notfallstelle	1: Beziehungen Angehörige 2: Sozialisierung Aktivitäten der Miteinbeziehung Benutzer 8: Freiwillige Einweisung 11: Beziehungskontakt bei Krisen 17: Praktikanten	24: Ressourcenanfragen territorialer Krankenhausbetrieb 8: Zertifikate, Formulare, Rezepte, Gutachten, Anfragen	1: Haus- Gefängnisbesuche 4: Therapeutische Gespräche 9: SichAnnehmen 5: Miteinbeziehung Angehörige	18: Dienstversammlungen	4: Pflege der Person/ Zentrum 6: Arbeitseingliederung Überprüfung/Konfrontation 25: Spielerische Tätigkeiten

Übersicht 33: Gegenüberstellung der niedersten und höchsten bewerteten Tätigkeiten

am DSM genannten ‘affettività circolare’, der zirkulären Affektivität, die die Supervision heute für die Vorreform- und Reformbediensteten nicht mehr ersetzen kann, weil die Zeitknappheit sie nicht mehr möglich macht.

In Bezug auf die aktuelle Ressourcensituation schrumpft jedoch auch die ‘affettività circolare’ und es steigt die Notwendigkeit einer Supervision. Als ‘zirkuläre Affektivität’ bezeichnen die Vorreformbediensteten eine ko-respondierende oder, um es in arbeitspsychologischen Worten auszudrücken, eine zwischen den Anwesenden rotierende affektive Umarmung des Anderen, *während er hinfällt, damit er wieder aufstehen und weitergehen kann* (Interv. Dell’Acqua, 2000). Neben der Zeitknappheit erinnern die Vorreformbediensteten an die gesellschaftliche Kontextveränderung. So war früher die ‘zirkuläre Affektivität’ einfacher aufzubringen, weil ein Großteil der Gesellschaft sie praktizierte (damit eine Rotation der Kräfte auf Gesellschaftsebene stattfindet). Die Bewältigungsstrategie der ‘zirkulären Affektivität’ wäre dahingehend zu untersuchen, ob es sich dabei um eine ‘soziale Unterstützung’ oder gar ‘solidarisches Handeln’ handelt.

Das einzige vorausgesetzte Qualifikationsniveau ist, überspitzt gesagt, die Bereitschaft. Das DSM und das CSM bieten viele ausgearbeitete Qualifikationsentwicklungsmöglichkeiten an. Sie variieren zwischen der Feldfortbildung seitens der Dienstälteren, den pflegereigenen und den von der Personalabteilung organisierten internen Fortbildungen. Daneben findet das Lernen der Organisationsmitglieder während der oben genannten massiv umgesetzten Kommunikationsmomente statt. Diese Organisationskultur besteht seit Beginn der

Reform, deren Erfolg heute die Dienstälteren so erkennen, während die jüngeren eher dazu tendieren, die Organisationskultur zu kritisieren.

Auf diese Weise kann ein zentraler arbeits- und organisationspsychologischer Effekt innerhalb partizipationsorientierter Unternehmen verzeichnet werden: der Erfolg zeigt sich nachhaltig und nicht immanent, weil eine subjektive Entwicklung in Gang kommt, die eben auch Zweifel aufwirft. Dieses Ergebnis ist für den hier untersuchten Bereich der psychischen Gesundheit von zentraler Bedeutung, weil ja die Vorstellung, einen Menschen von heute auf morgen zu seiner Gesundheit hin zu begleiten oftmals eine belastende Ambition ist. Es braucht also Zeit, die heute prozessual schrumpft.

Es mag vielleicht pathetisch klingen, als Ergebnis einer so komplex angelegten Untersuchung das philosophische Konstrukt der Zeit einzubringen. Ich kann es mir aber erlauben, weil die Einsamkeit von Tag zu Tag zunimmt und immer mehr Menschen den Mangel an Reflexions-, Handlungs-, Entwicklungs- Konfrontations- und Veränderungszeit als den Grund für die Entstehung von Krankheiten anführen.

Wie die Leitungs- und Pflegebediensteten erleben auch die Familienangehörigen und die Nutzer das Tätigkeitsangebot über dem positiven Durchschnitt. Auch sie nennen für das Nichtgelingen mancher zentraler Tätigkeiten die mangelnde Zeit.

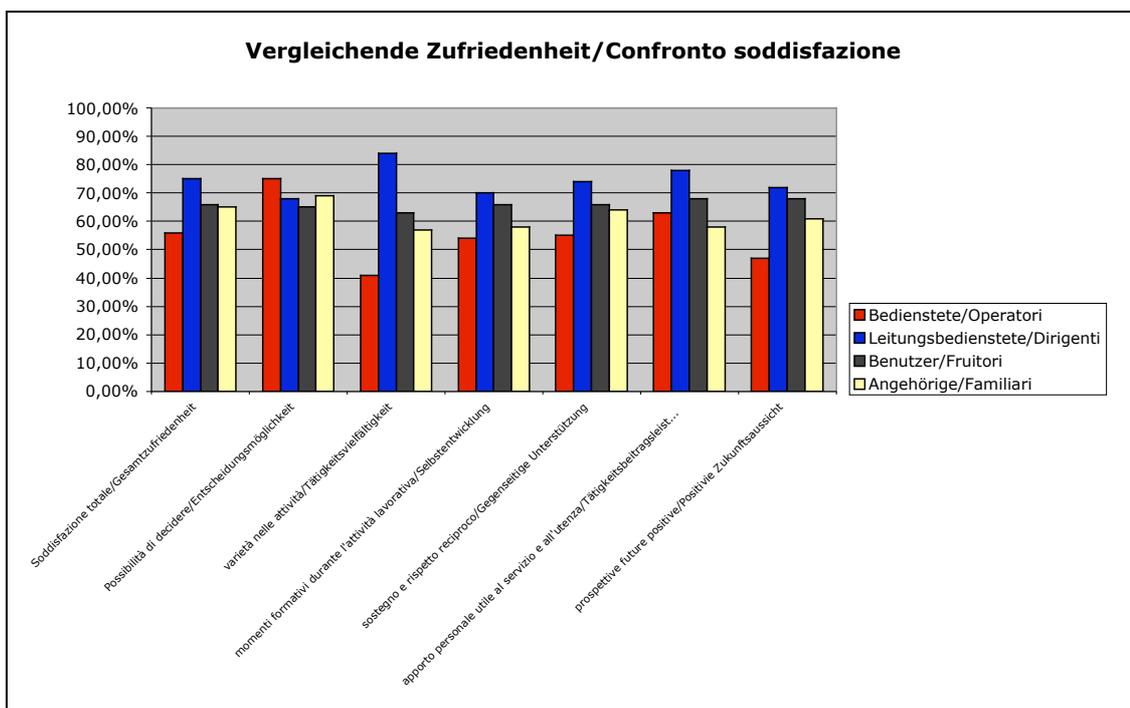


Diagramm 26: Die Gegenüberstellung der Gesamtzufriedenheit aller vier Gruppierungen

Dies bestätigt die Effekte von auf normierte Zeit hin gerichteten Veränderungsstrategien, wie es der Taylorismus bereits vor etlichen Jahrzehnten versuchte und heute erneut versucht. Er bestätigt die Entfremdung vieler im Interesse weniger, während am DSM die Strategie des Nachteiles für wenige überwiegt, um die Interessen vieler mit der Ambition aller zu erreichen.

Diese Strategie entspricht nicht der humanistischen Grundhaltung, birgt aber die kritische Spannung gegenüber realpolitischen Gegebenheiten in sich. Der Mächtige sieht sich in der untersuchten Organisation beauftragt, diese Widersprüche aufzuzeigen, um jeglichen Paternalismus zu vermeiden und er richtet gleichzeitig den schützenden Blick auf schwächere Menschen. Damit erhofft man sich, die notwendige Reflexionszeit in Bezug auf das eigene Leben zu gewährleisten: nicht durch Psychotherapie, Ergotherapie oder sonstige institutionalisierte Beruhigungsmomente, sondern durch das verfassungsmäßig jedem Bürger und jeder Bürgerin zustehende Recht auf Lohnarbeit.

Aus den Umfrageergebnissen sowohl der Betroffenen als auch der Familienangehörigen wird der Wunsch nach mehr Arbeitsmöglichkeiten, selbständige Wohnmöglichkeiten aber auch nach mehr psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten geäußert, die durch die Lohnarbeit selbst ‘gekauft’ werden kann. Es ist nicht möglich, darauf näher einzugehen, es sei jedoch angemerkt, dass die psychologische und psychotherapeutische Arbeit, wie sie die Nutzer hier kennenlernten und demnach verstehen, nicht den Einwegspiegel einer klassischen Familientherapie anwendet, sondern versucht, die Theorien und Techniken der verschiedenen Psychotherapien dort einzusetzen, wo und wann sich das Problem äußert, bzw. wenn die Person die psychotherapeutische Hilfe braucht und sie einholt.

Dies ist meines Erachtens eine neue Herausforderung, der sich die Schulpsychotherapie und –psychologie stellen müssen.

Aus den angetroffenen Führungs- und Machtphänomenen und den angebotenen institutionellen Rahmenbedingungen ergaben sich organisationale Repräsentationen, die, arbeitspsychologisch gesehen, den wichtigen Effekt der Zufriedenheit der Nutzer erreichten. Neben diesen sind auch organisationspsychologisch relevante Ergebnisse der Zufriedenheit der Bediensteten zu verzeichnen, welche sich im Sinne Franco

Basaglias insofern als „eingesperrt“ erleben, als sie über das Beharren und die Aufrechterhaltung der Beziehung die Grenzen des Anderen ertragen zu müssen, was wiederum die eigenen Grenzen herauskristallisiert und dann über organisationale, soziale Repräsentationen verändert. Diese Veränderung der sozialen Repräsentationen der Beteiligten hat einen hier noch nicht diskutierten Effekt auf das Privatleben der Akteure, der aus den Interviews wie aus den Beobachtungsinterviews und aus meinen eigenen Erfahrungen resultiert. Das Angebot der Freiheit, wie es hier gemeint ist und auch mit Hilfe der besprochenen arbeits- und organisationspsychologischen Entscheidungen umgesetzt wird, verursacht eine Selbstentwicklung, die sich im Partnerschafts-, Freundschafts- und Familienleben niederschlägt. So äußerten verschiedene Interviewpartner wie Bedienstete, der schwierigste auszuhaltende Effekt dieser Arbeitsjahre am DSM war und ist, von denjenigen Menschen unverstanden und eventuell verlassen worden zu sein, denen man sich bereits vor der Übernahme der hier ausgearbeiteten Unternehmenskultur nahe empfand. Es fand eine Entfremdung statt.

Nur die Zeit kann unter den beschriebenen Umständen dieser Entfremdung entgegenwirken, damit im eigenen Zuhause die Effekte der Veränderungen ausgetragen, kommunikativ konfrontiert und in Handlungen interaktiv geteilt umgesetzt werden können. Gleichzeitig stellt sich der Unterschied zwischen Arbeit und Privatleben insofern, als die Beziehungsaufrechterhaltung im Privatleben nicht gelten muss.

Die nötige Zeit fehlt immer mehr und entgegen mancher Annahme, dass ja der Einzelne verantwortlich wäre, besteht die Tatsache einer bis zu 70 Stunden langen Arbeitswoche (ohne das Einfließen der Arbeitsgeschichten aus dem Privatleben mitzuzählen). Welcher Unternehmer, hier Bediensteter einer öffentlichen Einrichtung, besitzt so viel Zeit für diese Selbsterfahrung im privaten Leben?

Von dieser sozialpsychologischen Warte her lässt sich vielleicht die Entwicklung der Lebensabschnittspartnerschaften zwar beobachten, jedoch nicht gutheißen.

4.5. Das heutige DSM von Triest und die Neugestaltungsvorschläge aus der Sicht

der Pflegebediensteten und der Angehörigen

In diesem abschließenden Ergebnisteil wird zum ersten das heutige DSM ‘Dipartimento di Salute Mentale’ (4.5.1.) vorgestellt, welches sich aus dem Basaglia Gesetz 180 entwickelte, und zum zweiten werden Neugestaltungsvorschläge der Pflegebediensteten und der Angehörigen (4.5.2.) vorgestellt.

Aus zeitlichen Gründen ziehe ich zur Beschreibung des DSM von Triest vor allem Teile des Berichtes ‘Die demokratische Organisation psychischer Gesundheit am Beispiel der Reformpsychiatrie Triest’ (Virgadola, R., 2004) und Teile des 2003 veröffentlichten Werks des heutigen Direktors des DSM mit dem Titel ‘Fuori come va?’ (‘Wie geht es draußen?’), Dell’Acqua, G.) heran. Zudem wurden für diesen letzten Abschnitt nur zum Teil die Organisationsdaten bis 2006 analysiert, explizit jene bis einschließlich 2005. Dies ist insofern zu berücksichtigen, als in Anlehnung an die letzten Beobachtungsinterviews des Jahres 2005 (Stand Dezember 2005) die politisch durchgesetzten Ressourcenkürzungen im öffentlichen Gesundheitssystem so sehr auf der Organisation lasteten, dass beispielsweise in diesem Jahr die Zwangseinlieferungen anstiegen, Tätigkeiten nachdrücklich gestrichen werden mussten, wie auch die Zeit für die Durchführung derselben.

Für die Neugestaltungsvorschläge können aus forschereigenen Kapazitätsgründen nur mehr jene dargestellt werden, die die Pflegebediensteten und die Familienangehörigen aus den Tätigkeitsanalysen erarbeiteten. Es ist nicht mehr möglich, die Beobachtungsmitschriften und die Minidisc-Aufnahmen zur ETA Analyse der Betroffenen heranzuziehen, auch nicht die Interviews mit den vier Leitungspersonen und aller Pflegebediensteten.

4.5.1. Das DSM ‘Dipartimento di Salute Mentale’ der Stadtprovinz Triest und das Basaglia Gesetz

Als 1997 die Trennung zwischen dem Betrieb der Krankenhausdienste (A.OOR) und dem Sanitätsbetrieb (A.S.S.) stattfand, war es endlich möglich, die Ressourcen zwischen den beiden Betrieben aufzuteilen. Diese erreichte Deinstitutionalisierung der Aktivitäten ist eine Folge der von Franco Basaglia angestellten Umsetzungen der Gesetzesinhalte, auf die nun in einem historischen Vergleich kurz eingegangen wird.

In Italien galt bis zur Veränderung der Rechtsgrundlage durch das Gesetz 180, das die „weltweit radikalste Veränderung der Psychiatrie [im vorigen und] in diesem Jahrhundert“ (Zehentbauer et al., 1997) darstellt, die Eintragung der in die Irrenanstalten eingewiesenen Menschen in das Strafregister als legitim, ebenso die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie die obligatorische Entmündigung und die Einweisung der als gefährlich geltenden Bürger in Sonderanstalten. Menschen wurden mit einem richterlichen Akt als gefährlich und als skandalisierend erklärt und mit richterlichem Beschluss, der auf Antrag Dritter und ohne zeitliche Begrenzung verfügt wurde, eingesperrt. Sie wurden strafrechtlich entmündigt und vom politischen Leben und vom Wahlrecht ausgeschlossen, auf Anordnung des Richters nur auf Probe entlassen und nach ihrer Entlassung ins Register der Entlassenen der Anstalt sowie in das Strafregister des Bezirks- und Landesgerichtes eingetragen, in das die Polizei Einsicht nehmen konnte. Außerdem konnten sie gegen ihren Willen auch in eine andere Anstalt überstellt werden.

Der Haltung und Verantwortung der Experten und der Sozialpolitik sind die schauderhaften physischen Zwangsmaßnahmen zu überantworten, denen die Menschen zum Teil bis heute ausgesetzt sind. Dazu zählen unter anderem die krampferregende Cardiazoltherapie, die durch den Elektroschock ersetzt wurde, der Insulinschock und die chirurgischen Eingriffe der orefrontalen Leukotomie sowie später der transorbitalen Leukotomie sowie das Einsperren in reizlose Gitterzimmer und der Entzug menschlicher Beziehungen. Auch galt die Zwangseinweisung als einzige Unterbringungsmöglichkeit in die Irrenanstalten; eine freiwillige Unterbringung war vom italienischen Gesetz bis 1968 nicht vorgesehen!

An dieser Tatsache wird die vorrangige Funktion der Psychiatrie deutlich, nicht nur die Gesellschaft vor der ‘Geisteskrankheit’ zu schützen, sondern auch der politischen Macht zu dienen. Die 1922 beginnende faschistische Periode „verstärkte die ordnungspolitische Funktion der Anstaltspsychiatrie und festigte die organisatorische Ausrichtung der psychiatrischen Wissenschaft und Behandlungskonzepte“ (Forster

1997, S. 47). „Durch den Faschismus und den 2. Weltkrieg kam es zu einer Verschlechterung des wissenschaftlichen Niveaus“ (Monsorno 1997, S. 54). Doch nicht nur die damalige politische Ideologie brauchte die Psychiatrie, die wissenschaftliche Psychiatrie und viele Psychiater brauchten den Nationalsozialismus (vgl. Klee, 2002).

Zur Kenntnis genommen werden muss jedoch die seit den Achtzigerjahren des vorigen Jahrhunderts dokumentierte Bereitschaft zur Aufarbeitung entsprechender Biografien mancher ‘illuminierter’ Nachfolgepsychiater (vgl. Cranach 2002; Norcio 2002; Perwanger 2002).

„Erst vor dem Hintergrund des ökonomischen Aufschwungs und der soziokulturellen Öffnung, durch die Rezeption ausländischer Modelle und die Einführung der Psychopharmaka kam Bewegung in die erstarrten Verhältnisse“ (Forster 1997, S. 47).

Diese gefängnisähnliche Organisation änderte sich jedoch kaum, als 1968 in Italien das seit 1904 geltende Psychiatriegesetz durch die Einführung der ‘freiwilligen Aufnahmen’ leicht abgeändert wurde.

Ähnlich befreite auch der bekannte Psychiatriereformer Pinel (1836, zit. nach Foucault 1989, S. 483) in Frankreich die ‘Irren’ von ihren Ketten, nur um sie wiederum in modernere, besucherfreundlichere psychiatrische Krankenhäuser einzuschließen. Zwar erwirkte Pinel das Recht auf Heilung, doch dies wurde sofort wieder verwässert und war nicht so sehr von der Notwendigkeit zur Heilung dominiert, als vielmehr von der gesellschaftspolitischen Überzeugung der Notwendigkeit der Kontrolle, der Ausschließung und Unterdrückung. Die Verwahrung dieser Menschen wird im neuen Recht garantiert: Der Übergang von den Ketten zum psychiatrischen Krankenhaus erfolgt über ein ärztliches Zeugnis, denn es handelt sich nun um eine sanitäre Einrichtung, die den Menschen als krank und gefährlich für sich und die anderen bezeichnet. Als 1968 die Veränderungsarbeiten in Triest begannen, waren die psychiatrischen Krankenhäuser genau in dem Zustand, wie 150 Jahre vorher in Frankreich.

Die menschenrechtsverletzenden gesetzlichen Bestimmungen und die diskriminierenden Zustände und Praktiken blieben nicht nur für die Zwangsuntergebrachten weiterhin unverändert. Zwar sah die Modernisierung erstmals auch Rechtsgrundlagen für ambulante Einrichtungen vor, die so genannten ‘Centri di

Medicina Sociale’, „doch beseitigte [sie] nicht die dominierende Stellung der psychiatrischen Anstalt“ (Forster 1997, S. 48). Außerdem galt es in den Centri di Medicina Sociale vor allem, die Verteilung der neu auf dem therapeutischen Markt erschienenen Psychopharmaka zu gewährleisten.

In Italien zählte man 1963 insgesamt (privat und öffentlich) 98.544 Psychatriebetten und 91.868 Zwangseingewiesene (Pirella, 1999).

Der Werdegang der Irrenhäuser und der Anstaltspsychiatrie in Italien zeugt von der Vertikalität und der Hierarchie der Organisation solcher Unternehmen und den daraus folgenden Praktiken im Umgang mit der Verschiedenheit. Das Erbe der medizinisch-positivistischen Wissenscherrschaft im Einklang mit einer nicht demokratischen oder pseudo-demokratischen Gesellschaftsordnung reicht viel weiter als es hier dargestellt werden kann. Ein Beispiel dafür sind noch überall bestehende diskriminierende Sprichwörter, die als gesellschaftlich institutionalisierte Biografie soziale Konstruktionen (Gergen, 1991) beschreiben.

Die organisatorischen Folgen der von unmenschlichen Praktiken geprägten Psychiatrie auf alle Insassen und ‘Wächter’ beschreibt Goffmann mit dem Terminus der ‘totalen Institution’ (Goffman, 1973).

Verschiedene Interviewpartner beschreiben im Rahmen dieser Studie, wie die stark hierarchische Arbeitsorganisation dieser abgeschlossenen Orte einer religiösen Organisation mit strengen Zeiten und festgelegten Rhythmen gleicht, ähnlich einem Kloster und/oder einer Militärorganisation. Der Direktor ist der Oberkommandant, sein Urteil und seine Befehle sind unanfechtbar.

Nicht zu vernachlässigen ist, dass die Eingeschlossenen, in manchen Orten die Benutzer, denn von Kunden kann hier ohnehin nicht die Rede sein, sich unter der Last der gesamten Pyramide befinden.

Diese erdrückende Last der Hierarchie von Institutionen und ihren Interessengemeinschaften erlebt der Einzelne als Ohnmacht, da die Menschenrechte, die in Italien seit 1978 jedem Bürger gesetzestmäßig zugestanden werden, in organisationalen Abläufen von oben nach unten oft schwinden. Die Rechte dieser Menschen an jenen Orten sind die Rechte, die im Inneren der Institution diktiert werden und den Menschen außerhalb sehr oft nicht entsprechen. Stattgefunden hat somit eine Beschneidung der Rechte, eine Geiselnahme des Einzelnen.

Die Experten entscheiden und sie entziehen dem Menschen die soziale Rechtsgrundlage über einen Eingriff in sein Leben. Sie entfernen den Menschen, um ihn an einen anderen Ort zu ‘transportieren’, in eine andere Welt, die sich nicht mehr nach der sozialen Rechtsgrundlage richtet, sondern ihre eigenen internen Regeln hat.

Darum ist der Versuch, in diesem Beitrag von der *demokratischen* Organisation psychischer Gesundheit zu sprechen von Grund auf erschwert, wenn nicht gar unmöglich. Denn wie der oben angeführte geschichtliche Grundriss zeigt, sind alle bisher konzipierten Institutionen, positivistisch ausgedrückt, um die ‘psychische Krankheit’ herum organisationstypologisch auf Hierarchien und ihre Vertikalität gegründet, deren Qualität in den meisten Fällen immer noch menschenverachtend ist. Die Hierarchien, Vertikalitäten und die Praktiken auf schließen viele demokratische Elemente von vornherein aus, weil sie den ‘psychisch Kranken’ apriori als ein Objekt definieren und ihn als Menschen vom Rechtsstaat und dessen Normen ausschließen (sprechen wir von Normen, meinen wir natürlich Rechte und Pflichten eines Rechtsstaats).

Dies ist die Geburt der Organisation psychischer Gesundheit, wie sie hier genannt wird, begründet vom psychiatrischen Paradigma. Die Institutionen im Umfeld der ‘psychischen Krankheit’ erleben daher einen Geburtsakt, der sie außerhalb des demokratischen Kontextes stellt, außerhalb des Kontextes demokratischer Rechte und Pflichten, außerhalb demokratischer Garantien, indem neue Untergarantien einer abgespaltenen Welt angeboten werden.

Daraus folgt, dass der Blick auf das Leben dieser Menschen und deren Wächter verfälscht und künstlich ist. Nur eine Re-Definition oder eine Neuformulierung des psychiatrischen Paradigmas und dessen praktische Umsetzung, sowie eine radikale Veränderung der Organisationsstrukturen und deren Praktiken versprechen der demokratischen und humanen Förderung oder Herstellung psychischer Gesundheit Hoffnung.

Diese Veränderungen nicht anzusprechen würde der Organisation psychischer Gesundheit einen nicht-demokratischen Kontext, eine nicht-demokratische Organisation zu Grunde legen. Es legitimiert eine Organisation und ihre Arbeitsstrukturen, die Charakteristiken einer Spezialarbeit übernimmt, als

außergewöhnliche Institution, abgeschnitten von den normalen, gesetzlich allgemein gültigen Regeln sozialen Lebens.

Dies belegen auch die Praktiken innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser, von ihrem Beginn an bis heute. Erzählungen damaliger Mitarbeiter weisen auf kasernenähnliche Zustände vor der Reform hin. Unabhängig voneinander sprechen die Befragten von „terrorähnlichen“ (Int. der Vorreformbediensteten) Zuständen zwischen den Hierarchieebenen, beispielsweise während der Nachtdienste, von Kontrolltendenzen der Politik in der Anstellung und von Formen des Machtmissbrauchs in der Verwaltung. Die Interviewpartner sprechen vom Fehlen der Rentenversicherung und von einer nur tageweisen Anstellung (wie sie gegenwärtig wieder üblich geworden ist) ohne Stellenausschreibung. Ein deutliches Beispiel für die bestehenden Zustände ist folgende Arbeitsbeschreibung: „Gut war ein Krankenpfleger, wenn er es schaffte, die bis zu 60 in einem Raum wie Tiere angehäuften Menschen still und ruhig zu halten, ohne dass sie sich gegenseitig verprügelten.“ (Int. A., I., II.) Dies zeugt von Unmenschlichkeit auf allen Ebenen. Der Ausgangspunkt dieser hier vertretenen Kritik ist dementsprechend das Paradigma der Institution ‘psychischer Krankheit’ – das psychiatrische Krankenhaus als Lebensort, oder genauer, als Absage an das Leben.

Dies wird reichen, um aufzuzeigen, mit welcher Verspätung die demokratischen Entwicklungen in der Außenwelt die Rechte innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser berühren.

Von einer erdrückenden Hierarchie zu sprechen, bedeutet nicht, an ihr versehentliches Wachstum zu denken, sondern an ihren eigentlichen Entstehungsgrund, die Unterdrückungsabsicht im Interesse der Kontrolle, die Intentionalität zur Unterdrückung und Ausgrenzung sowohl der Dienstleistungsempfänger als auch der Dienstleistungsanbieter.

Heute sind diese Spuren in den psychiatrischen Diensten immer noch vorhanden. Die Praktiken und Kulturen des Stigmas stellen die Menschen so hin, als wären sie Bürger mit speziellen oder etwas anderen Rechten.

Psychiatrische Dienstleistungen verkörpern den beschriebenen Verantwortungs- und Mitspracheentzug mehr als andere Gesundheitsdienste. Alles andere als eine demokratische Lebens- und Arbeitsorganisation ist auch heute noch in den

psychiatrischen Dienstleistungsunternehmen zu finden. Ihre Intentionalität ist die Nicht-Bürgerschaft der Subjekte (vgl. Ulrich: „Bürgerrechte im Unternehmen ...“, 2004; S. 169), um ihre Objektivierung zu bestätigen. Sie bauen eine Welt außerhalb der normalen Welt auf, in deren Inneren die außergewöhnliche Utopie einer Sonnenstadt steht, die keine Sonnenstadt ist, sondern eine stark hierarchisierte, totalitäre, ausgrenzende und unterdrückende Stadt.

„All dies steht in Übereinstimmung mit den offiziellen Zielsetzungen der Irrenanstalt: Den gefährlichen Wahnsinnigen der Freiheit und der Mündigkeit zu berauben und ihn damit zu hindern, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen“ (Pantozzi 1997, S. 151) – oder doch lieber sich eine neue lebenswürdigere Lebensumwelt zu bauen, trotz und vor allem wegen seiner Leiden?

Auch in Italien hat sich die Psychiatrie nicht langsam innerhalb ihrer wissenschaftlichen Mauern etabliert und hinausgewagt, „sie war vielmehr vom Anfang an Teil einer allgemeinen sozialen Strategie der Kontrolle und Überwachung“ (Wambach 1980, S. 379).

Die stetig steigenden Kosten der psychiatrischen Krankenhäuser waren und sind primär für die Wende verantwortlich, jedoch „mehr die Dynamiken der Dehospitalisierung“ betreffen als das (psychiatrische) Paradigma (Pirella, 2002) der Einschließung und Beobachtung des objektivierten Menschen, seiner nosografischen Klassifikation selbst.

Darum ist die hier bereits besprochene Schlussfolgerung der gegenwärtigen Mitarbeiter in Triest jene, mit Basaglia, seiner Arbeitsgruppe und den Anstaltsinsassen befreit worden zu sein, wie es die Ergebnisse zum Tätigkeitserleben als qualitative Verbesserung der Begegnung von Mitarbeitern und Benutzern zu Tage gebracht haben.

Das Gesetz 180 von 1978 steht für den juristischen Höhepunkt der von Franco Basaglia und seiner Arbeitsgruppe vorgebrachten Humanisierung und Demokratisierung der Irrenanstalten und ihrer Praktiken. Nach Jörg Bopp (1982) erhielten die Insassen dadurch endlich ihre Würde und den eigentlich selbstverständlichen Anspruch auf Menschenrechte zurück. Das Gesetz sieht die Schließung der Irrenanstalten und der psychiatrischen Krankenhäuser vor und verbietet auch den Neubau von entsubjektivierenden Strukturen. Das demokratische Kulturgut dieses Gesetzes umfasst auch die freie Wahl der Behandlungsorte und Behandlungspersonen, das Recht auf Kommunikation im Verlauf einer Zwangseinweisung wie auch die Pflicht der

berufenen Politiker und Experten, bei Zwangseinweisung Initiativen zu gewährleisten, um den Konsens und die Partizipation der ‘Gezwungenen’ zu begleiten. Die Möglichkeit einer Zwangseinweisung gibt dem Gesetz doch noch einen antidemokratischen Charakter und führt, wie hier diskutiert, zu täglichen Anstrengungen, um eine Praxis wissenschaftlich unter Beweis stellen zu können, auf Grund derer die Unfähigkeit, Alternativen zu schaffen, überwunden wird. Dabei handelt es sich um Formen und Modalitäten innerhalb einer zu konstituierenden oder bereits konstituierten Beziehungskonstellation zwischen Benutzern und ehemaligen Wärtern. Bedauernd und mit verschiedenen organisatorischen und praktischen Folgen verbunden ist der Umstand, dass es sich beim Gesetz 180 immer noch um ein Rahmengesetz handelt. Dies ist sicher einer der Gründe, weshalb in vielen Teilen Italiens die verschiedensten Erfahrungen gemacht wurden, auch in Form von Laissez-Faire-Verhalten der leitenden Verantwortlichen, und weshalb die erdrückende Verantwortungslast durch die ‘Befreiung’ der ‘Eingesperrten’ fast ausschließlich auf die Familienangehörigen gefallen ist.

Unter anderem veranlasste auch diese angeführte Belastung der Familienangehörigen verschiedene politische Versuche (der letzte Versuch von der bis 2006 amtierenden italienischen Regierung unternommen) mithilfe von Medienkampagnen, das Gesetz 180 von 1978, bekannt als ‘Basaglia-Gesetz’, im Interesse einer erhöhten sozialen Kontrolle juristisch abzuändern. Dies geschah unter anderem durch den Vorschlag einer Reduzierung der Mitbestimmung der Betroffenen, durch eine Wiedereinführung der 30- bis 50-Betten-Begrenzung (gegenüber den maximal 15 Betten des Gesetzes 180), durch die Möglichkeit der Beantragung einer Zwangseinweisung durch alle Bürger (gegenüber der Beantragung einer Zwangseinweisung durch einen Arzt und den Bürgermeister), durch die Erhöhung der Dauer einer verlängerbaren Zwangseinweisung auf 30 Tage (gegenüber sieben Tagen und gegenüber dem Einspruch gegen eine Verlängerung durch die Betroffenen selbst und durch jeden anderen Staatsbürger). Gleichzeitig wurde das Rahmengesetz 180 am 7. April 2001, dem Welttag der psychischen Gesundheit, erstmals und nach langjähriger Nichtbeachtung von der Weltgesundheitsorganisation als das weltweit einzige (Dell'Acqua, 2002) Gesetz anerkannt, welches durch seine demokratischen Grundelemente in der Lage sei, die soziale Ausgrenzung, die Diskriminierung und die Stigmatisierung von Menschen zu bekämpfen sowie die Heilungsprozesse, den

Wiedereinstieg in die Kollektivität und ein neues soziales Aufsteigen zu ermöglichen (vgl. dazu die Homepage des DSM www.triestesalutementale.it).

Die aus dem Gesetz 180 hervorgegangene notwendige Trennung zwischen dem Betrieb der Krankenhausdienste und dem Sanitätsbetrieb brachte nicht nur eine ökonomische und machtpolitische Umgestaltung klinisch zugeordneter Dienstleistungen mit sich, sondern drückt aus, die eigenen Ressourcen und Angebote menschennah in der Gemeinde und nicht in geschlossenen Institutionen zur Verfügung stellen zu wollen.

Dafür gilt das Dipartimento di Salute Mentale als die operative Struktur des Sanitätsbetriebs in Fragen zur psychischen Gesundheit. Es bietet in diesem Arbeitsfeld präventive, diagnostische, therapeutische, heilende und rehabilitative Maßnahmen an. Es organisiert den Schutz der psychischen Gesundheit für die Bewohner der Stadt und Provinz Triest. Das Dipartimento ist institutionell für den Schutz der Betroffenen gegen jegliche Diskriminierung, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung verantwortlich und setzt sich für die Einhaltung der Bürgerrechte aktiv ein. Es beruft sich auf die institutionsinterne Charta der Rechte aller Benutzer, auch wenn diese Rechte vom italienischen Gesetz schon garantiert sind. Die Charta enthält die Rechte der Benutzer und die Leitlinien für die Mitarbeiter. Es handelt sich dabei um das Recht

- der freien Meinungsäußerung,
- eigener moralischer, religiöser und politischer Überzeugungen,
- eigener sexueller Vorlieben,
- der Kommunikation,
- der Erforschung, Erkennung, Festigung und Förderung der eigenen Fähigkeiten (anstelle der einfachen Hervorhebung der Schwierigkeiten psychischer Kompetenzen),
- auf Information über die Behandlung und auf die Miteinbeziehung bei Entscheidungen, die die eigene Gesundheit und das eigene Leben betreffen,
- keiner Verletzung der körperlichen Integrität und der eigenen Würde – insbesondere jeglicher Eindämmung – ausgesetzt zu werden,

- die eigenen elementaren Bedürfnisse erfüllt zu sehen und bei der Suche nach emanzipatorischen Antworten und Bedürfnissen unterstützt zu werden,
- die begleitende Arbeitsgruppe auszusuchen und innerhalb dieser zwischen den einzelnen professionellen Dienstleistungsanbietern zu wählen,
- sich Verbänden anzuschließen,
- zu entscheiden, dass jeder Akt von Pflege/Manipulation am eigenen Körper von Mitarbeitern des gleichen Geschlechts durchgeführt wird.

Übersicht 34: Die Charta der Rechte am DSM von Triest

Das Dipartimento di Salute Mentale kontrolliert die Verwaltungsmodalitäten der Zentren für psychische Gesundheit (CSM) und deren Jahresbudget, organisiert und verwaltet das sektorale und generelle Informationssystem CSM-DSM, das mit dem Informationssystem des Sanitätsbetriebs und der Region Friaul Julisch-Venetien zusammengeschlossen ist. Neben den vier Zentren und der Clinica Psichiatrica stellen auch der ‘Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura’ (kurz SPDC; psychiatrische Anlaufstelle bei nächtlicher Krisenintervention) und der ‘Servizio Residenziale e Semiresidenziale’ (Wohngruppen und halbstationäre Einrichtungen) einen wichtigen Teil des Dipartimento dar.

Durch diese strukturelle Organisation sind die Gesamtkosten seit der Schließung des Psychiatrischen Krankenhauses um die Hälfte gesunken. 1999 kostete die gesamte Dienstleistung knapp 14 Millionen Euro.

Rund ein Siebzigstel der circa 255.000 Stadt- und Provinzbewohner nützen jährlich die Dienstleistungen des Dipartimento. Im Jahr 1999 hatten 3.498 Menschen mindestens einen Kontakt mit dem DSM, noch 1971 waren es circa 2.500 Personen von insgesamt 301.000 Einwohnern, davon waren 1.600 regelrecht interniert. Seit 1984 gibt es in nach einer schrittweisen ‘Befreiung’ keine internierten Menschen mehr in Triest. Dabei hielten sich bis 2005-2006 die Zwangseinweisungen zeitlich stabil und schwankten zwischen 20 und 25 pro Jahr. Sie überschritten niemals die Grenze von elf Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner, mit einem Durchschnitt von sieben Zwangseinweisungen, die auf 100.000 Einwohner entfallen, während der nationale Durchschnitt um die 30 bis 40 Zwangseinweisungen im Jahr beträgt. Obwohl das Dipartimento in keiner Weise eine Selektion auf Basis spezifischer Diagnosen

vornimmt, wurden für das Jahr 2002 trotz großer Inanspruchnahme der Dienstleistungen keine Warteschlangen verzeichnet.

Das Centro di Salute Mentale

Die territorialen Bezugsstellen der Zentren bilden mit einem 24-Stunden-Dienstleistungsangebot das pulsierende Herz des Dipartimento. Eines davon wurde in der vorliegenden Untersuchung spezifisch untersucht. Die Bezugspersonen sind organisatorisch gekennzeichnet durch eine hohe Anwendung von Rotationsstrategien, selbstständiges Budgetmanagement, selbstständige und personenorientierte Arbeitsstundeneinteilung, durch selbstständige Entwicklung von Interventionsprojekten, durch Untergruppenbildung im Sinne teilautonomer Arbeitsgruppen (Ulich, 2001) und durch Zonenaufteilung. Ihr Dienstleistungsangebot und ihr Verantwortungsbereich in Hinblick auf Bedürfnisse, die die psychische Gesundheit betreffen, reichen von klinisch-therapeutischen und pflegerischen Leistungen über eine gemeindebezogene Begleitung der Menschen in alltäglichen Dingen wie Wohnungssäuberung und Wechseln einer Glühbirne zum Beispiel, bis zur Hilfeleistung bei formal-bürokratischen Schwierigkeiten wie Rentenzuschüssen, Wohnungssuche, Kapitalverwaltung, Krankenkassengängen, begleitende Unterstützung bei Gefängnisstrafen und Konsultationen von Rechtsanwälten und überdies bis zur vernetzten Zusammenarbeit unter allen Teilnehmern der verschiedenen mitverantwortlichen Institutionen. Der Ausbildungsförderung und der Begleitung bei Arbeitseingliederungsprogrammen wird große Bedeutung zugemessen. Die Prozedur einer nächtlichen Zwangseinweisung oder eine Einweisung in die Kriseninterventionsstelle (die Zwangseinweisungen am Tage führt das Centro di Salute Mentale selbst aus) dauert meist einen Tag lang. Anschließend werden die betroffenen Menschen entweder in das territorial zuständige Zentrum - welches sowohl Tagesklinik als auch 24-Stunden-Zentrum ist – weitervermittelt, in eine Wohngemeinschaft integriert, oder es findet eine Rückkehr zum eigenen Wohnsitz statt.

Die einzelnen 24-Stunden-Zentren für psychische Gesundheit werden von circa 35 Mitarbeitenden getragen und stellen jeweils vier Betten für Frauen und vier Betten für

Männer zur Verfügung. In den Zentren und den Stadtvierteln findet man neue sozialklinische Berufsbilder als Unterstützung der professionellen psychiatrischen Krankenpfleger sowie zwei Rehabilitationstechniker, einen Sozialarbeiter, einen Psychologen, vier Psychiater, abwechselnd zwei Begleiter der Sozialgenossenschaft ‘Cooperativa sociale 2002’ und zeitweise Ärzte, Psychologen und Praktikanten aus dem In- und Ausland. Die Gemeindeärzte, die Familienangehörigen, die Polizei, die Öffentlichkeit und alle ihre Informationsgremien können dabei die ihnen übertragene Verantwortung übernehmen.

An die 24-Stunden-Dienstbereitschaft war die Herausforderung gestellt, das psychiatrische Krankenhaus endgültig zu überwinden. Die geteilte Meinung am DSM ist die, dass dort, wo die 24-Stunden-Bereitschaft nicht realisiert ist, die akut Leidenden am Abend in die geschlossene psychiatrische Krankenhausabteilung gebracht und am nächsten Morgen wieder in die Tagesstätte zurückgeholt werden.

Nicht nur die Mitarbeiter, die Angehörigen und die Betroffenen erleben die positiven Wirkungen des DSM/CSM, wie aus dieser Arbeit hervorgeht, auch Stadtbewohner machen Aussagen wie „in dieser Stadt, die, nebenbei gesagt, nicht meine ist, herrscht eine höhere Akzeptanz der Verschiedenheit, die auch meine Erfahrungen als Einwandererin berücksichtigt“ (Feldinterview, Triest, 25.02.03).

Die psychopharmakologische Intervention hat auch in Triest ihre Geschichte, da die gesamte Deinstitutionalisierung unter anderem ohne die kritische Reflexion über den Einsatz von Psychopharmaka nicht hätte stattfinden können. Im Vergleich zu den meisten anderen italienischen Städten, so ergänzen die meisten Interviewten, bietet das Dipartimento di Salute Mentale nicht nur auf dem Papier die Integration sehr differenzierter Dienstleistungsangebote, so dass die pharmakologische Intervention in eine Nebenrolle gerückt werden kann. Die psychotherapeutische Arbeit bemüht sich dabei, die Benutzer in subjektorientierte territoriale Settings zu integrieren, um die jeweilige individuelle Lebensgeschichte zu rekonstruieren und den alltagsbezogenen Bedürfnissen der Benutzer gerecht zu werden.

Die sozialen Genossenschaften

Die sozialen Genossenschaften entstanden aus einer Idee Franco Basaglias und seiner Mitarbeitenden. Sie bekamen in den frühen Siebzigerjahren, von Triest ausgehend, den Auftrag, während des Deinstitutionalisierungsprozesses des Irrenhauses dem Arbeitsmarkt kreativ und erfinderisch gegenüberzutreten. Dies sollte es den Benutzern auch ermöglichen, der Arbeitstherapie zu entrinnen, denn in dieser wurden sie zwecks Erhaltung der psychiatrischen Institution funktionalisiert. Die sozialen Genossenschaften sollten den Brückenschlag wagen zwischen Normalität und vom Arzt diagnostizierter Nicht-Normalität. Dies erfordert eine marktflexible und krisenbeständige Veränderungskapazität der Organisation. So arbeitete beispielsweise die spätere soziale Genossenschaft ‘Laboratori Uniti Franco Basaglia’, die sich in den Siebzigerjahren ohne entsprechende Gesetzesgrundlage zusammengeschlossen hatte, vor allem im Gastgewerbe, während dann die Einsatzbereiche auf Catering, Reinigungsdienste, Wäscherei, Buchbinderei, Gartenpflege und Baugewerbe ausgedehnt wurden. Das soziale Genossenschaftswesen stellt eine Synthese der ‘Arbeitsorganisation von unten’ (Stenico u. Della Fornace, 1996) dar. Die Vermischung von Arbeitenden ohne und solchen mit leidvollen Lebenserfahrungen stellt ein vielschichtiges Begegnungspotenzial dar. Zwar wäre die Konsensbereitschaft und die soziale Verantwortung aller am Arbeitsmarkt beteiligten Akteure, insbesondere der Unternehmer, gefragt, doch der Profitmarkt schottet sich immer noch von den Benutzern ab. Die heutige Position der Mitglieder des Triester Modells wird in ihrer politischen, administrativen und ökonomischen Verhandlungsbasis durch die immer verheerendere Entdemokratisierung der italienischen Gesellschaft zunehmend geschwächt. Davon zeugen nicht nur allein die niedrigen Gehälter sondern auch die geringe Anerkennung der professionellen langjährigen Praktiken.

In Italien wird heute prinzipiell zwischen den herkömmlichen Genossenschaften und den sozialen Genossenschaften, die gesetzlich ein Nonprofit-, ein Solidaritätsziel verfolgen, unterschieden. Die sozialen Genossenschaften des Typs A engagieren sich dabei in der Dienstleistung im Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich, die des Typs B haben die Arbeitseingliederung und die Schaffung von Arbeitsplätzen für gesellschaftlich benachteiligte Menschen zum Ziel und schaffen dies meist ohne bemerkenswerten Zeitaufwand. Die Mischform von A und B stellt eine neue Herausforderung dar und erweitert die bereits bestehenden Formen durch die Kombination von Dienstleistung und Produktion. Sie gewährleistet heute unter

anderem die Möglichkeit, Menschen nach einer schwierigen und meist leidvollen Erfahrung als Begleitpersonen anderer Menschen in krisenhaften Momenten anzustellen und sie dafür zu bezahlen. Das daraus entstehende Arbeitsverhältnis zwischen den Mitarbeitern der sozialen Genossenschaft, den zu Mitarbeitern gewordenen ‘arbeitenden Benutzern’ (ital.: *utente lavoratori*) und den aktuellen Benutzern der Dienstleistung der sozialen Genossenschaften stellt eine Beziehungsherausforderung für alle am Prozess Beteiligten dar. Die Formen B sowie A und B werden vom Dipartimento auch aus historischen Gründen für eine starke Zusammenarbeit herangezogen. Das Expertenwissen ist kreativ, einfallsreich und übertrifft häufig die oft vorurteilsbehafteten Erwartungen. Die Mitarbeiter des Dipartimento erfüllen ihren Auftrag, indem sie solche Austausch- und Emanzipationsmomente, wie zum Beispiel die Entfaltung der Selbstständigkeit der Betroffenen organisieren, ermöglichen und vernetzen und Unklarheiten und Unwissenheit aufdecken - ein sicher nicht immer reibungsloser Auftrag. Bei der Arbeit der beruflichen ‘Neuorientierung’ wird die zentrale Position der sozialen Genossenschaften spürbar, denn nicht immer lassen sich Arbeitgeber, freie Arbeitsplätze oder der von den Benutzern gewünschte Arbeitsplatz finden.

Zusammenfassung

Das DSM ist heute Teil des Gesundheitsbetriebes ‘A.S.S. Triestina 1’ (ital.: Azienda Sanitaria 1), das in den 90er Jahren eine vom Krankenhausbetrieb autonome Budgetverwaltung durchsetzte. Es besteht aus insgesamt fünf in der Stadt strategisch verstreuten Zentren für psychische Gesundheit (ital.: Centro Salute Mentale) mit einem durchschnittlichen Einzugsgebiet von 50.000 Einwohnern, acht Betten und einer Mensa für die stationär und im dayhospital behandelten Menschen. Die Bettenzahl ist von den 1.160 Krankenhausbetten der psychiatrischen Krankenhauszeit auf insgesamt 134 reduziert worden, die auf das gesamte Einzugsgebiet von 250.000 Einwohner verstreut sind, davon 34 in den vier CSM und 12 in der Universitätsklinik, welche seit 1999 das fünfte CSM beherbergt. Die psychiatrische Notfallstation (ital.: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), mit ebenfalls acht Betten ist hingegen, wie per Gesetz vorgesehen, im Allgemeinen Krankenhaus untergebracht. Wohngemeinschaften verschiedener Organisationen (teils geschützte usw.), auf die in dieser Forschungsarbeit nur wenig eingegangen werden konnte, sind auf das gesamte Stadtgebiet verteilt. Sie beherbergen achtzig Menschen. Die DSM Bediensteten kümmern sich um die Verringerung der Inanspruchnahme privater Anbieter als auch der Einlieferung in das ‘OPG Ospedale Psichiatrico Giudiziario’, um die psychiatrische Strafanstalt, die es als letzten Rest der Irrenanstaltskultur zu überwinden gilt. So erreichte man 2001 das Prioritätsziel von 1,8%, das waren 81 Stadtbewohner, die an private Kliniken außerhalb der Region übersetzten, während im Jahr 2002 insgesamt vier in die psychiatrische Strafanstalt eingeliefert wurden. Für diese zentrale Deinstitutionalisierungsarbeit (die fünf in Italien noch aktiven psychiatrischen Strafanstalten gelten als letztes Überbleibsel der Irrenanstalten und der großen psychiatrischen Krankenhäuser) gilt auch die nicht im Detail beschriebene Gefängnisarbeit.

Die Abbildung 8 zeigt das Einzugsgebiet des DSM der Stadt-Provinz Triest. Es ist gekennzeichnet von einem erkennbaren Rückgang der Bevölkerung, die stetig altert. Das Einzugsgebiet zählt neben der Stadt fünf weitere Dorfgemeinschaften, die sich außerhalb befinden. Die Stadt grenzt an Slowenien, wodurch auch 4% der Einwohner slowenische Sprachzugehörigkeit aufweisen.

Aus Abbildung 9 ist die Bedeutung der in Triest durchgezogenen Reform ersichtlich, nämlich die psychische Gesundheit nicht mehr mit Mauern von der Stadt abzugrenzen, sondern das Phänomen in der Stadt integrativ zu behandeln, und zwar soweit, dass die Stadt die betroffenen Menschen schützt. Aus dieser Selbstdarstellung des Verständnisses der Reform sind auch die Hauptmerkmale für die Art und Weise ersichtlich, wie die Bediensteten des DSM in den letzten Jahrzehnten die Problematik der Konstruktion psychischer Gesundheit konkret angegangen sind.

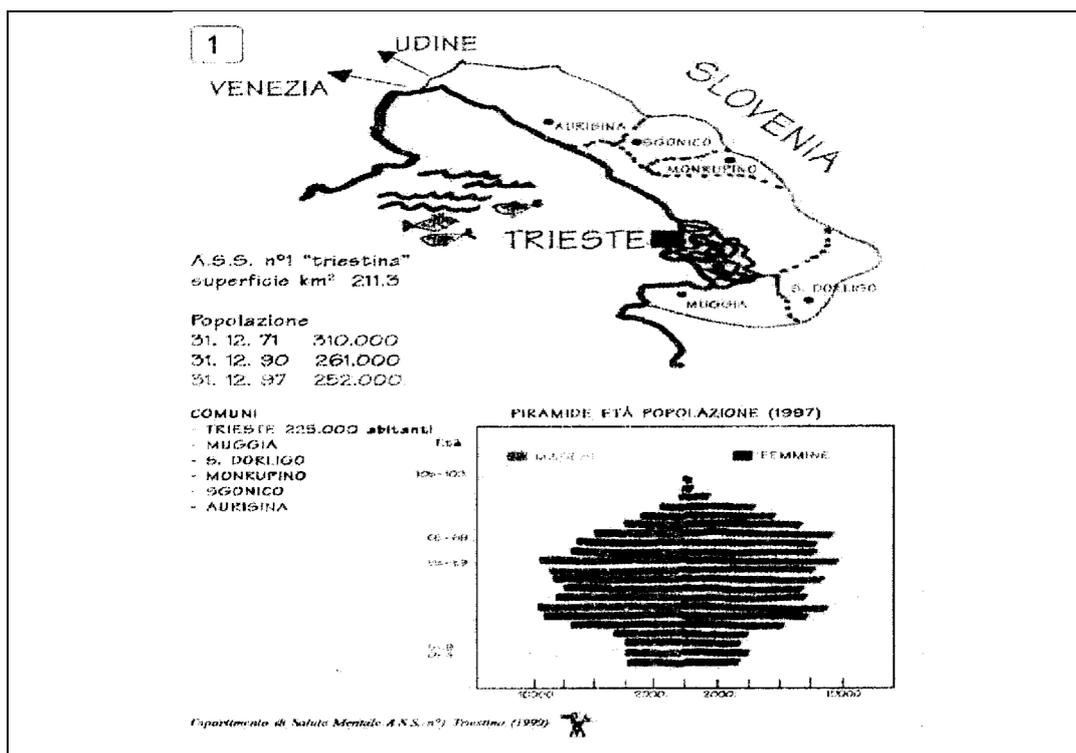


Abb. 8: Darstellung des Einzugsgebiet des DSM (aus dem Jahresbericht: 'Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste nell'Azienda per i Servizi Sanitari', 2000)

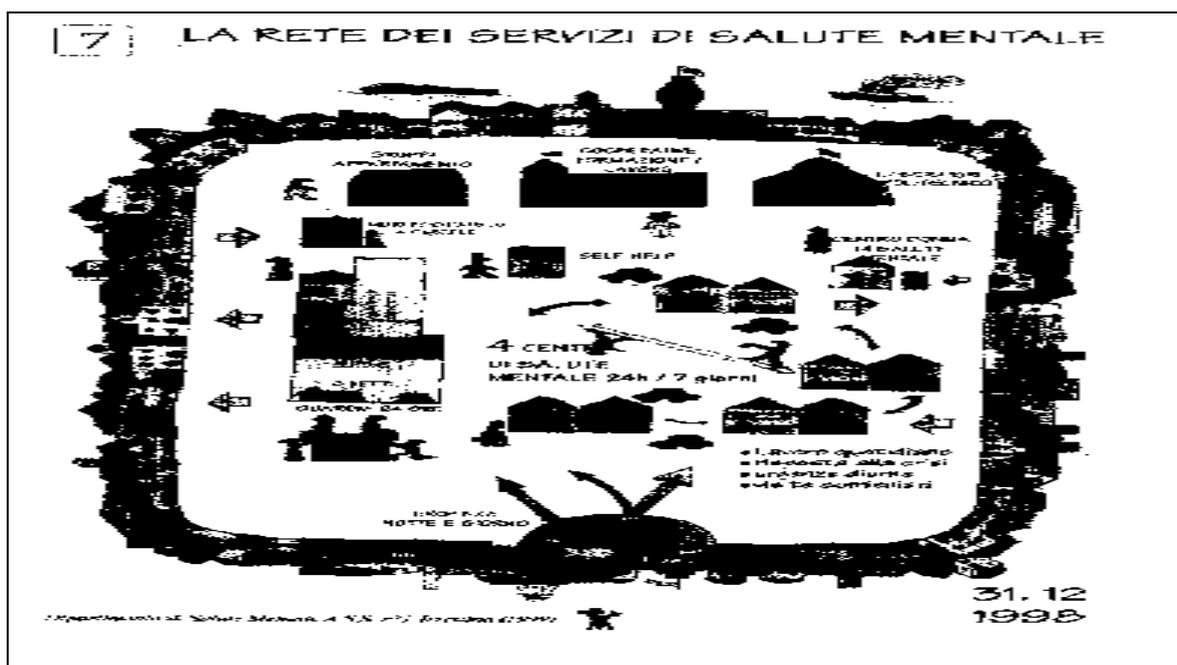


Abb. 9: Selbstdarstellung des DSM in Hinblick darauf, wie das Phänomen der psychischen Gesundheit anzugehen ist (aus dem Jahresbericht: ‘Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste nell’Azienda per i Servizi Sanitari’, 2000).

4.5.2. Die Neugestaltungsvorschläge aus der Sicht der Pflegebediensteten und der Angehörigen

Hier werden Neugestaltungsvorschläge aufgezeigt, die noch im letzten Tätigkeitsanalysemodul wegen der eingestellten Finanzierung unter Zeitdruck erarbeitet wurden. Jedoch konnten die Gruppen nicht für alle negativ bewerteten Tätigkeiten Gestaltungsvorschläge erarbeiten.

Weitere Veränderungsvorschläge und Zukunftsaussichten in Bezug auf die durchzuführende wie auch erlebte Arbeit sind einerseits in den Bediensteteninterviews und deren inhaltlichen Strukturierung und in den Aufnahmen der Betroffenen - ETA - Analyse wiederzufinden, andererseits in den Beobachtungsbeschreibungen der letzten sechs Jahre. Wegen des großen Umfangs konnten diese leider nicht in die Darstellung eingearbeitet werden.

Zu Beginn werden jene Neugestaltungsvorschläge wiedergegeben, die die Pflegebediensteten (4.5.2.1.) erarbeitet haben, anschließend werden die Vorschläge der Angehörigen (4.5.2.2.) vorgestellt.

Für beide Ausarbeitungen ist es nicht möglich, die Rahmenbedingungen der Bearbeitungsmodule zu explizieren. Die Beobachtungsbeschreibungen sind in der Anlage unter der Datei ‘Computerisierte Mitschriften zu den Gestaltungsarbeiten’ einzusehen.

Was die Methode betrifft, sei erwähnt (vgl. Kap. 2), dass es bei der Sammlung von Neugestaltungsvorschlägen darum ging, die negativ bewerteten Tätigkeiten so mit Alternativen zu versehen, dass positiv bewertete Tätigkeiten keine Qualitätseinbußen hinnehmen mussten. Möglich war auch eine Hervorhebung jener Tätigkeiten, deren Eigenschaften nicht durch Vorschläge verbessert werden sollten, weil ihr Bestehen von den Anwesenden generell in Frage gestellt wurde.

4.5.2.1. Die Neugestaltungsvorschläge der Pflegebediensteten

Die Pflegebediensteten nannten ohne Einfluss des Forschers Tätigkeiten in der folgenden Reihenfolge, die aus der STA-G Analysebewertung negativ resultierten:

- a) die internen Dienstversammlungen (18 – 11/30),
- b) die Schließung der Tür tagsüber (27 – 19/30),
- c) die Arbeit mit den Psychopharmaka (22 – 25/30),
- d) das Unterstützungs- und Überprüfungsgespräch in Bezug auf das ‘therapeutische Projekt’ (8 – 29/30),
- e) das Day Hospital (34 – 24/30).

In Klammer ist die Tätigkeitsnummerierung, wie sie in der jeweiligen Legende der Tätigkeitensammlungen der einzelnen Gruppen vorzufinden ist und anschließend der Bewertungsdurchschnitt angeführt.

Aus zeitlichen Gründen ist es nicht möglich, die Tätigkeitsneugestaltungen d) und e) hier wiederzugeben, vor allem weil für die notwendigen Übersetzungen am Ende der Ergebnisbearbeitung die Ressourcen fehlten. Auch ist es nicht möglich, die hier fast wörtlich übersetzten und wiedergegebenen Aussagen zu vertiefen. Die Zeit für die

Übersetzungen (auch der Interviews, der Organisationsdaten usw.) sprengte bereits den vor einigen Jahren vorgegebenen Rahmen einer Dissertationsarbeit. Die Ansuchen zur finanziellen Unterstützung für ausständige Übersetzungsarbeiten wurden von der Universitätsverwaltung abgelehnt.

Aus den Beobachtungen schließt man allgemein, dass die Sammlung der Neugestaltungsvorschläge für die Gruppenmitglieder sehr wertvoll war. Diese Aussage beweist sich auch an der sofortigen Umsetzung mancher Beschlüsse, wie jene, die für die Dienstversammlungen bereits angesprochen wurden.

a) Kriterien zur Verbesserung der internen Dienstversammlung

Die Gruppe der Pflegebediensteten sammelte für die Neugestaltung der am DSM zentralen Informations- und Wissensbestandstrategie folgende Schwerpunkte:

- **Bei den Versammlungen zu berücksichtigende Thematiken**

- vermehrte Diskussion zu den Arbeitsgeschichten in Bezug auf Nutzer, die sich tagsüber und 24h im CSM aufhalten,
- die Tagesübergaben,
- die Arbeitsgeschichten mit Prioritätsqualität,
- die generellen Schwierigkeiten,
- Konfrontation der schwierigen Arbeitsgeschichten,
- Methode, um den inhaltszerstreuenden Kommunikationsstil zu überwinden.

- **Kollektive Partizipation**

Für die Dienstversammlungen erachten die Anwesenden die Erarbeitung einer Dialogkultur für notwendig, um die kommunikative Zurückhaltung und die Unaufmerksamkeit mancher zu überwinden.

Dafür ist eine kollektive Neudefinition der Gruppenziele notwendig.

- **Neudefinierung der Turnusdienste**
 - Delegieren der Tagesübergabe an einen Bediensteten,
 - Übereinanderlegen der Turnusdienste.

- **Auf die Gruppe erweiterte Fort- und Ausbildung zur Leitung von Versammlungen**

b) Kriterien zur Verbesserung der Tätigkeit der Schließung der Tür tagsüber

Beim Versuch, die umstrittene Tätigkeit der Schließung der Tür tagsüber zu verbessern, führte die Gruppe vorerst eine Diskussion bezüglich der Ressourcen, was anschließend eine Debatte entfachte, in der die Intentionalität der Tätigkeit hinterfragt wurde. Schließlich richtete sich die Aufmerksamkeit der Anwesenden auf die Frage, wie die vorhandenen Ressourcen organisiert werden könnten, um die diskutierte Tätigkeit abzusetzen. Dafür ergaben sich drei zu berücksichtigende Merkmale:

- das Verständnis der Organisationsmitglieder von Qualität versus Quantität,
- das Risiko, „nicht innovativ genug zu sein“, nachdem vielleicht jahrelange Versuche in der Behandlung eines Menschen scheiterten. Die vorgegebenen Prioritäten können dabei hemmend wirken. Statt zu einer berufsbildübergreifenden Rollenübernahme bei personellen Engpässen führen sie zu einer Professionalisierung, die sich angesichts der gebotenen Eile bei Notfällen sogar noch erhöht,
- die Schwierigkeit, diese Tätigkeit zu unterbinden, hängt mit vielen anderen Tätigkeiten zusammen, wie beispielsweise die wiederholte Suche einer vermissten Person in der Stadt, was jedoch im Zusammenhang mit den aktuellen Personalkürzungen die Belastung erhöht: „Ständig nachlaufen ist ermüdend“.

Daher unterbreiten die Pflegebediensteten als Vorschlag dafür, die Tür nicht zu schließen (die Bediensteten erarbeiteten die Vorschläge am Beispiel einer Arbeitsgeschichte eines Betroffenen), eine Rollenrotation wie für die Annahmetätigkeit

vor, bei der alle Berufsbilder sich der Aufgabe stellen und regen eine verstärkte Zusammenarbeit mit der zuständigen Wohngemeinschaft an. Diese Zusammenarbeit stellen sie sich so vor, dass Bedienstete beider Dienstleistungen eine 24h Begleitung für einen Zeitraum von 3-6 Monaten organisieren, um anschließend gemeinsam die Wahl eines Rehabilitationskontextes zu treffen.

c) Kriterien zur Verbesserung der Tätigkeit der psychopharmakologischen Therapie

Für die Neugestaltung dieser Tätigkeit fanden die Pflegebediensteten drei bedenkenswerte Merkmale:

Merkmal 1. : Das Protokoll für die Psychopharmaka

Die kritische Diskussion darüber betrachtete Thematiken der philosophischen Antithese, der Vergabe der Psychopharmaka zur Erleichterung der Organisation, wenn auch öfters gegen die Bedürfnisse der Menschen.

Daraus schlossen die Anwesenden, die Überprüfung deshalb neu zu gestalten, um die Quantität, den nachhaltigen Nutzen und die Nachteile für den Menschen unter Berücksichtigung der Therapieveränderungen beispielsweise bezüglich des bereits besprochenen Ärztewechsels, abzuwägen. Ihrer Meinung nach ist diese Notwendigkeit im Zusammenhang mit der Situation der CSM-Struktur und der möglichen Kontinuität zu überprüfen. Sie wissen, dass die psychopharmakologische Therapie mit der sozialen Kontrolle einhergeht. Dabei steigt die Dosierung im Verhältnis zur Eile (Ressourcenproblem), was sich wiederum auf jene Menschen niederschlägt, welche ihre Bedürfnisse lautstark äußern. Nach ihrer Erfahrung betrifft dies mehr Menschen mit einer ‘Manie – Diagnose’.

Wenn es darum geht, die psychopharmakologische Therapie zu verringern, sei auch die Entscheidung über die Beziehungsaufrechterhaltung gegenüber der Beziehungsunterbrechung von zentraler Wichtigkeit. Erhöht man den Arbeitsaufwand, um einen Reifungsprozess zu forcieren, dann erweisen sich möglicherweise die hier geäußerten Reduzierungen psychopharmakologischer Behandlung als sinnvoll.

Merkmal 2.: Die Art und Weise der Pharmakavergabe

Die Pflegebediensteten sind sich sicher, dass eine Pharmakaversorgung am Lebensort der Betroffenen, die wegen der Ressourcenkürzungen in den letzten Jahren stark zurückgegangen ist, die Qualität der Dienstleistung wieder erhöht und somit der erwartete positive Effekt der Unabhängigkeit eher eintritt. Die Bediensteten sind sich somit sicher, dass durch die Einnahme einer Substanz im eigenen Zuhause die Qualität der angestrebten Effekte steigt.

Dazu erarbeiteten die Anwesenden ein Konzept der Delegation an andere Netzwerkpartner, um diese territorialnahe Tätigkeit trotz Ressourcenproblem wieder zu ermöglichen. Dazu zählen sie beispielsweise das Pfarrhaus des Wohnviertels und/oder die Stadtviertelvereine. Für hohe Prioritäten soll das CSM zuständig bleiben.

Merkmal 3: Die Voraussetzungen, um auf diese Weise bei der Pharmakavergabe arbeiten zu können

Um den Vorschlag mit Erfolg umsetzen zu können, ist ein gegenseitiges Einverständnis (zwischen den Netzwerkpartnern und innerhalb der Arbeitsgruppe), eine mentale Öffnung ohne Beharren auf spezifischen Rollenaufgaben, eine subjektive Verantwortung ohne Kontrolle, ein Verstehen aller einbezogenen Partner und ein ‘Daran-Glauben’, ein Sich-Mitteilen und Zuhören und letztlich das Warten-auf-den-anderen notwendig.

4.5.2.2. Die Neugestaltungsvorschläge der Angehörigen

Im Anschluss an die Präsentation aller negativ bewerteten Tätigkeiten entschieden die anwesenden Angehörigen auf Grund gruppaler Konsensverhandlung, folgende negativ bewerteten Tätigkeiten aus zeitlichen Gründen doch weiterhin vorzuziehen (was darüber Aufschluss gibt, welche Tätigkeiten nach Ansicht der Angehörigen am wichtigsten sind):

- a) Angebotene Zeit (6 - 21/30): therapeutisches Gespräch (17); systemisches Gespräch (50) und angebotene Zeit (29)

Als therapeutisches Gespräch verstehen die Angehörigen ein therapeutisches Einzelgespräch im Unterschied zu einem systemischen (sozialen Netzwerk-)Gespräch.

b) Logistik (4 – 23/30): therapeutische Wohngemeinschaft (32); Wohngemeinschaft (33)

Zur Bewertung der einzelnen Tätigkeiten legten die Angehörigen zuerst eine Zusammenfassung von mehreren Tätigkeiten fest. Und zwar fassten sie nach der Bewertung der einzelnen gesammelten Tätigkeiten jene Tätigkeiten in einer Gruppe zusammen, die ihnen verwandt vorkamen, so dass sie Zeit sparen konnten. Die Tätigkeitsgruppe entspricht den bis hierher besprochenen Tätigkeiten und hat die der Ergebnisdiskussion zugewiesene Tätigkeitsnummer. So gibt die erste in Klammer stehende Zahl jene Tätigkeitsnummer an, die der bearbeiteten Ergebnisdarstellung zugewiesen wurde. Der Tätigkeitsnummer folgt der Durchschnitt in Bezug auf den Mittelwert. Anschließend werden hier erstmals die Tätigkeiten der ursprünglichen Analysefassung mit den jeweiligen Tätigkeitsnummerierungen vorgestellt, die später, wie gesagt, unter der Tätigkeitsgruppe zusammenfielen.

a) Kriterien zur Verbesserung der Tätigkeit des Zeitangebots

Die Familienangehörigen heben für die Durchführung therapeutischer Gespräche allgemein das Ziel hervor,

- das Verständnis,
- die Nähe und
- die Gegenseitigkeit

weiterzuentwickeln.

Beim Angebot therapeutischer Gespräche fordern sie eine zeitliche Kontinuität ein. Während einer Krise schlagen sie mindestens ein therapeutisches Gespräch pro Woche, nach der Krise mindestens eines pro Monat bis zur vollständigen Besserung vor. Der Betroffene muss dabei im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen und im Falle einer

Verweigerung von zu Hause geholt werden. Für diesen Akt fordern die Angehörigen eine Einbeziehung des Menschen und zwar über subjektorientierte Strategien, die weniger pädagogisch und problemorientiert sein sollen (‘du musst dies und das machen’), umso mehr aber die Interessen des Menschen ansprechen.

Die Angehörigen wünschen die Partizipation an den Gesprächen. Darunter verstehen sie die Auswahl seitens der Betroffenen, wer am Gespräch teilnehmen kann. Als Ausnahme nennen sie Momente der Informationsvermittlung, wofür gemeinsam entschieden werden soll, wer notwendigerweise anwesend sein darf/soll.

Spezifisch in Bezug auf die angebotene Zeit fordern die Angehörigen während der Tätigkeit der Therapievergabe vor allem für solche Betroffenen, die therapeutischen Gesprächen nicht nachkommen oder denen man solche aus zeitlicher Knappheit nicht anbietet, mehr Hinwendung im Sinn von Zeit und Interesse. Auch sollte ärztliches Personal anwesend sein, von welchem (erfahrungsgemäß) weniger Eile verlangt wird.

Die Angehörigen sind sich über die Gründe der Zeitknappheit seitens der Bediensteten im Klaren, was von einer hohen Reflexionsebene zeugt. So gehen sie in den Neugestaltungsvorschlägen so weit, das Zeitmanagement am DSM unter die Lupe zu nehmen. Sie schlagen eine Reinterpretation der zur Verfügung stehenden Zeit vor. Konkret sind sie der Meinung, es wäre notwendig, die zur Budgetaufteilung jährlich angestregten Statistikstrategien zu überdenken und sie in Bezug auf

- die Eigenschaften des Einzugsgebietes,
- die Störungsbilder der Menschen,

mit besonderer Berücksichtigung der Jugendlichen, die bereits in prekären Wohn-, Arbeits- und - allgemein - Zukunftssituationen leben, zu erstellen.

b) Kriterien zur Verbesserung der Tätigkeit der Logistik

Die Angehörigen fordern ein größeres Angebot teilautonomer und autonomer Wohnmöglichkeiten und unterstreichen die Wichtigkeit des zeitunabhängigen Verweilens gegenüber der gegenwärtigen zeitlichen Einschränkung. Als notwendig erachten sie auch die konkrete Erstellung individualisierter Projekte bei der Eingliederung in mehr oder weniger geschützte Wohngemeinschaften. Unter diesen

Aspekten verlangen sie die Potenzierung der Begleitung der Menschen aus den Wohnungen, um diese nicht in bloße Nüchternungsorte zu verwandeln. Sie erwarten sich weiters weniger pädagogische Starre und legen das Augenmerk auf eine ‘Neuerziehung’ des Menschen. Dafür könnten mehr Bedienstete für den Wiedereinstieg ausgebildet werden.

Voraussetzungen, um Menschen auf den Wiedereinstieg vorzubereiten, sehen sie in der individualisierten Organisation des Tagesablaufes, in der Rehabilitation der Person selbst und in der Gesellschaft. Sie nennen Strategien zwischen Zwingen, Überzeugen und Erklären.

Notwendig ist für die Angehörigen die Kontinuität der Bediensteten, damit die Betroffenen die verlorenen Fähigkeiten leichter wieder erlernen können.

Die angebrachte Entfaltung einer generalisierbaren Sozialisierung sehen sie etwa durch das neue Rauchverbot an öffentlichen Sozialisierungsorten eingeeignet.

Zusammenfassung

Aus den Neugestaltungsvorschlägen der Pflegebediensteten sind Engagement und die durch die organisationalen Strategien entwickelten Reflexionskompetenzen zu erkennen. Einige der Verbesserungsvorschläge entsprechen jenen der Angehörigen. Neben der hoch entwickelten Selbstkritik geht aus den Vorschlägen auch die angemahnte gesellschaftliche Verantwortung hervor.

Aus den hier dargestellten Neugestaltungsvorschlägen der Angehörigen lässt sich auf eine hohe Reflexionsfähigkeit schließen. Sie erwuchs aus der Miteinbeziehung in die Entscheidungsprozesse des DSM, aus der Vereinsarbeit, aus den verschiedenen Ausbildungs- und Fortbildungsmomenten, wie etwa den internationalen Zusammenschlüssen und den daraus entwickelten Erfahrungen. Aus den teilnehmenden Beobachtungen während aller durchgeführten Arbeitstreffen heraus besteht der Grund zur Annahme, dass viele der hier dargelegten Neugestaltungsvorschläge politischen Charakter in sich bergen. Damit tun die Angehörigen kund, bei den politisch Verantwortlichen Gehör für ihre Belange finden zu wollen und weniger bei der Organisation des DSM, die sie schätzen und von der sie wissen, dass sie seit Jahrzehnten erfolgreich kooperiert, wenn auch unter vielen noch anzugehenden Dynamiken.

Am Beispiel der Vorschläge ist auch die apostrophierte Notwendigkeit der Ressourcen nachvollziehbar. Es handelt sich nämlich um Kompetenzen, von denen die Bediensteten selbst sagen, sie in der Vergangenheit umgesetzt zu haben, sie heute aber nur mehr schwerlich umsetzen können. Diese Aussage lässt sich an Hand der Vergangenheitsbewertungen der Angehörigen verifizieren, welche nun zur Evaluation des aktuellen Angebotes von den meisten Anwesenden als Standard herangezogen worden ist.

-
- ⁱ Für die vergangenen hochkomplexen Schwierigkeiten vgl. auch den Bericht von Klaus Hartung (1980)
- ⁱⁱ Wohl zu bemerken ist, dass stationärer Aufenthalt nicht bedeutet, den gesamten Tag im CSM zu verweilen, er wird vielmehr abhängig vom Wohlsein der Person durch CSM externe Tätigkeiten organisiert. Es ist zu vergleichen mit einer Herberge, in die der Betroffene freiwillig zum Essen oder zu vereinbarten Uhrzeiten wiederkommt und dort entweder für Stunden seinen Interessen nachgeht oder/und den gesamten Tag gezielt Tätigkeiten verrichtet, die von den CSM Bediensteten begleitet werden (Integrationsarbeit).
- ⁱⁱⁱ Ich lernte Maria 1999 kennen und verfolgte ihre Nutzerkarriere bis 2005.
- ^{iv} Die Thematik der notwendigen Bewegungsfreiheit wird auch im Abschnitt 'subjektive Kommunikationsqualität' behandelt.
- ^v Selten findet man in öffentlichen Gesundheitsdiensten Berufsbilder wie Philosophen vor, die direkt mit Menschen arbeiten.
- ^{vi} Die Vorreformbediensteten sprechen von ca. 20% der Beschäftigten, die diese Zeit zu sehr in Anspruch nahmen und somit Ausfälle verursachten, die auch betriebswirtschaftlich berechenbar sind. Wieviel Zeit für sich in Anspruch genommen werden kann, um direkt auf dem Feld sich neue Kompetenzen anzueignen, damit neue Anfragen beantwortet werden können, ist ein sehr heikles Thema in der Gruppe. Es stellt verschiedene zu berücksichtigende Ebenen dar: die Führungsstile, die Arbeitsethik, die Thematik der Arbeit als Ort der Aufarbeitung subjektiver Schwierigkeiten usw.
- ^{vii} Basaglia, F.(1974): Was ist Psychiatrie? Frankfurt
- ^{viii} Es sei daran erinnert, dass sich bereits andere Markierungen in den inhaltlichen Strukturierungen finden lassen. So sind beispielsweise jene Textteile rot geschrieben, die sich auf die Aussagen der II. Interviewdurchführung stützen. Die unterstrichenen Textteile betreffen die biographischen Aussagen der Interviewten, während die kursiven Textteile in der inhaltlichen Strukturierung von Frau Beatrice die Fundstellen zur Unterkategorie der 'subjektiven Arbeitstrategien' betreffen. Die kursiven und unterstrichenen Textteile halten alle Aussagen fest, die zur Erarbeitung der 'subjektiven Kommunikationsqualität' herangezogen wurden.
- ^{ix} Es wäre interessant, diese Ergebnisse mit der Bedeutung von 'Sorge um Sich' von Foucault (1986) zu diskutieren. Ebenso interessant wäre, dazu die Ausarbeitungen von Gussone und Schiepek (2003) heranzuziehen. Für diese Ausarbeitung fehlen jedoch die notwendigen Ressourcen.
- ^x Vorausgeschickt sei die Frage: Bewirken die hier angetroffenen persönlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten der Bediensteten eine zeitlich anhaltende Haltung der Selbstkritik und des Zweifels – oder – bewirkt die zeitlich anhaltende Haltung der Selbstkritik und des Zweifels die hier angetroffenen persönlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten der Bediensteten, damit sie es schaffen, Tag für Tag die Folgen (Effekte) des Irrenhauses wie des psychiatrischen (Groß-) Krankenhauses für die Bediensteten und Nutzer aktiv zu verringern anstatt sich ihnen anzupassen?
- ^{xi} 10.03.05 Convegno: Si Lavoro. Presentazione del progetto di inclusione sociale attraverso politiche di welfare ed integrazione lavorativa del Friuli Venezia Giulia. Organizzato da Assessorato Regionale al Lavoro della Regione del Friuli Venezia Giulia e partner. Stazione Marittima Trieste
- ^{xii} 2002 waren am DSM 235 Bedienstete (zit. nach Dell'Acqua 2003)